



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

ALANA SOARES BRANDÃO BARRETO

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER
DE MAMA NO MUNICÍPIO DE CUITÉ, NA
PARAÍBA.**

**RECIFE
2012**

ALANA SOARES BRANDÃO BARRETO

**Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer
de Mama no Município de Cuité na Paraíba**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho

Coorientador: Marina Ferreira de Medeiros Mendes

RECIFE
2012

ALANA SOARES BRANDÃO BARRETO

**Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer de
Mama no Município de Cuité na Paraíba**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2012

BANCA EXAMINADORA

Luiz Claudio Santos Thuler - Instituto Nacional do Câncer - INCA

Isabella Chagas Samico - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira - IMIP

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho - Instituto de Medicina
Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, esposo, filhos, familiares, e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai eterno e poderoso, que me deu a chance de aprender a ser alguém na vida, pelo companheirismo nas longas viagens, por me carregar no colo nos momentos mais difíceis e por todas as bênçãos recebidas.

Ao Prof. Dr. Luiz Claudio Thuler, que me despertou para a pesquisa científica, pela sua orientação segura e precisa, pela amizade e o compartilhar da minha vida profissional, minha eterna gratidão.

A minha amiga e irmã Lourdes de Fátima, que durante toda a minha trajetória de vida profissional sempre me estimulou a avançar na busca do conhecimento e de meu crescimento.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Cuité, Gentil Filho que abriu as portas dos serviços públicos municipais de saúde para que o trabalho de campo pudesse ser realizado.

A banca examinadora pelas contribuições apresentadas.

As minhas irmãs Adriana, Ariane e em especial Alessandra, que mesmo a distância me incentivou a ir adiante;

Aos meus tios Minúcio e Lúcia, pelo estímulo, paciência e apoio dedicado em toda a minha jornada em Recife.

A minha prima Fabiana pelo apoio, estímulo, incentivo e principalmente pela tolerância em dividir seu espaço me permitindo invadir a privacidade.

Aos meus pais, que em todos os momentos de minha vida torcem e fazem tudo que esteja ao seu alcance, para me ver feliz.

Ao meu esposo, amigo e companheiro Nairon, pelo o amor de sempre, pelas alegrias, pelas conquistas e por ter me ajudado e incentivado em todo o percurso do curso.

Aos meus filhos Naylana, Nayra e Edmarcos Neto que mesmo reclamando souberam superar as minhas ausências.

A todos os professores da Pós-Graduação, pelos ensinamentos e direcionamentos.

As amigas Irene Soares e Ana Tereza Lacerda, pelo apoio e força durante o período da coleta de dados.

Ao meu orientador Fernando Gusmão, pelo apoio e incentivo em me fazer acreditar do seu jeito que sou capaz.

A minha coorientadora Marina Mendes, grande amiga, pela valiosa contribuição na minha formação profissional, no apoio durante a realização deste estudo.

*Enfim, a todos **aqueles** que, com suas formas peculiares de ajudar, foram fundamentais na realização dessa conquista.*

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.”

Paulo Freire

RESUMO

O Câncer de Mama é o segundo tipo mais comum de neoplasia em mulheres e constitui a primeira causa de morte no sexo feminino. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que em 2012, há um risco de surgirem 52 casos da doença a cada 100.000 mulheres no Brasil. Este estudo teve por objetivo avaliar o grau de implantação (GI) do Programa de Controle do Câncer de Mama – Viva Mulher (PCCM) no município de Cuité na Paraíba, analisando o conjunto de ações desenvolvidas no âmbito municipal nos diferentes níveis de atenção, determinando o GI quanto ao cumprimento das normas estabelecidas para o controle da doença e, identificando os fatores que influenciaram na implantação. Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, que utilizou a avaliação normativa das dimensões “estrutura” e “processo”, a fim de determinar o GI do PCCM. Para tanto, construiu-se o modelo lógico do PCCM, que subsidiou a construção do instrumento de coleta de dados primários e secundários. Foram entrevistados 64 profissionais de saúde e informantes chaves envolvidos com o PCCM no município do estudo. Utilizou-se um sistema de escores que classificou o GI do município em a) implantado = 90 a 100%; b) parcialmente implantado = 60 a 89 % e c) não implantado < 59 %, de acordo com o grau de cumprimento das normas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) para o Controle do Câncer de Mama na instância municipal. Os resultados mostraram que o município teve o GI não implantado 49% na dimensão “processo” e parcialmente implantado 65% na dimensão “estrutura”, o qual apresentou um melhor resultado. Concluiu-se que existe fragilidade em relação ao cumprimento das recomendações mínimas preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama.

Palavras-chaves: câncer de mama, estudo avaliativo, avaliação normativa, grau de implantação.

ABSTRACT

Breast Cancer is the second most common cancer in women and is the leading cause of death in women, the Nacional Cancer Institute (NCI) estimates that in 2012, there is a risk of 52 cases of disease per 100.000 women in the country. This study aimed to evaluate the degree of implementation (GI) Control Program Breast Cancer –Viva Mulher (PCCM) Cuité in the city of Paraíba, analyzing the set of actions taken at the municipal in the different levels of care, determining GI regarding compliance with the standards set for controlling the disease and identifying the factors that influence the deployment. This is a descriptive evaluation study, which used the normative assessment of dimensions “structure” and “process” in order to determine of the PCCM. For this purpose, we constructed the logical model of PCCM, which subsidized the construction of the instrument to collect primary and secondary data. We interviewed 64 health professionals and key informants involved with the PCCM in the municipality of the study. We used a scoring system called the GI deployed in the city = 90 to 100%; partially implemented = 60 to 89% and not implemented < 59%, according to the degree of compliance with the standards proposed by the Ministry of Health (MS) for the Control of Breast Cancer in the municipal. The results showed that the council had not implemented the IM 49% in the dimension “process” and partially implemented 65% in the dimension “structure” which presented a better result. It was conclude that there is fragility in relation to compliance with the minimum recommendations established by the MS for the control of breast cancer.

Keywords: breast cancer, evaluation study, normative evaluation, degree of implementation

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CACON – Centro de Alta Complexidade de Oncologia

CBR – Colégio Brasileiro de Radiologia

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ECM – Exame Clínico das Mamas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GI – Grau de Implantação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAAF – Punção por Agulha Fina

PAG – Punção por Agulha Grossa

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCCM – Programa de Controle do Câncer de Mama

PCCCU – Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PRO-ONCO – Programa de Oncologia

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SUS – Sistema Único de Saúde

UICC - União Internacional de Combate ao Câncer

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Diretrizes e estratégias do Programa Viva Mulher | 20 |
| Quadro 1 – Recomendações para o Rastreamento do Câncer de Mama | 23 |
| Quadro 2 – Recomendações e Orientações para detecção precoce do câncer de mama | 24 |
| Figura 2 – Fluxograma de atendimento do controle do câncer de mama – Projeto um beijo pela vida | 33 |
| Figura 3 – Divisão Geo-Administrativa do Estado da Paraíba, localização do município de Cuité | 42 |
| Tabela 2 – Número de profissionais do estudo e número total de participantes por unidade de saúde da família | 43 |
| Tabela 3 – Número de informantes por categoria existente nas unidades de análise de gestão e referência | 44 |
| Quadro 3 – Tipos de variáveis de estrutura a serem investigados | 45 |
| Quadro 4 – Tipos de variáveis de processo a serem investigados | 46 |
| Figura 4 – Modelo Lógico do Programa de Controle do Câncer de mama | 49 |
| Quadro 5 – Parâmetros para estimativa de procedimentos no rastreamento do câncer de mama, conforme subgrupo de população | 54 |
| Quadro 8 – Matriz de medida de estrutura | 57 |
| Quadro 9 – Matriz de medida de processo | 58 |

| | |
|--|----|
| Tabela 4 – Número de profissionais que realizam exame clínico das mamas; número de profissionais capacitados e prazo de realização de última capacitação. | 59 |
| Tabela 5 – Distribuição das Rotinas de atendimento, ações educativas executadas nas unidades, existência de agendamento de ECM; Existência de Registro de ECM; existência de sistema de referência e contra referência; existência de formulário de referência | 61 |
| Tabela 6 – Estrutura física das unidades, disponibilidade de materiais com capacitação de profissionais | 64 |
| Tabela 7 – Quantidade de exames por faixa etária segundo Ano de competência | 67 |
| Gráfico 1 – Percentual de mamografias segundo indicação clínica | 68 |
| Gráfico 2 – Quantidade de Exames de mamografia por faixa etária segundo indicação clínica | 68 |
| Gráfico 3 – Percentual de Exames por período, segundo tempo de mamografia anterior | 69 |
| Gráfico 4 – Percentual de exames segundo exame clínico anterior | 70 |
| Tabela 8 – Percentual do meio de realizar captação das mulheres | 70 |
| Quadro 10 – Matriz de Julgamento - Estrutura | 77 |
| Quadro 11 – Matriz de Julgamento – Processo | 79 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| RESUMO | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 9 |
| LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS | 10 |
| I – Introdução | 14 |
| 1.1. Câncer de Mama | 14 |
| 1.2. Programa de Controle do Câncer de Mama – Viva Mulher | 19 |
| 1.2.1 Programa de Controle do Câncer de Mama – Viva Mulher e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) | 20 |
| 1.3. Projeto Um Beijo Pela Vida | 30 |
| 1.4. A Avaliação e as Políticas Públicas | 34 |
| II – Justificativa | 37 |
| III – Objetivos | 39 |
| 3.1. Objetivo Geral | 39 |
| 3.2. Objetivo Específico | 39 |
| IV – Métodos | 40 |
| 4.1. Desenho do Estudo | 40 |
| 4.2. Local do Estudo | 41 |
| 4.3. População e Período de Referência | 42 |
| 4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão | 44 |
| 4.5. Definição de Variáveis | 45 |
| 4.6. Modelo Lógico | 47 |
| 4.7. Coleta de Dados | 50 |
| 4.8. Instrumentos para Coleta de Dados | 51 |
| 4.9. Processamento e Análise dos Dados | 52 |
| 4.10. Aspectos Éticos | 56 |

| | |
|---|-----|
| V – Resultados | 59 |
| 5.1 – Dimensão da Estrutura | 63 |
| 5.2 – Dimensão de Processo | 66 |
| 5.3 – Grau de Implantação do PCCM | 71 |
| VI – Discussão e Recomendações | 78 |
| VII – Referências | 87 |
| VIII – Apêndice | 94 |
| Apêndice 1 - Modelo Lógico | 95 |
| Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 98 |
| Apêndice 3 - Matriz de Julgamento – Estrutura | 99 |
| Apêndice 4 – Matriz de Julgamento – Processo | 101 |
| Apêndice 5 – Roteiro Entrevista Gestor Local | 103 |
| Apêndice 6 – Roteiro Entrevista para profissionais de Saúde - ESF | 105 |
| XI – Anexos | 109 |

I. INTRODUÇÃO

1.1. CÂNCER DE MAMA

Um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta atualmente no Brasil é o controle do câncer de mama, tendo em vista ser o mais incidente na população feminina mundial. No país o controle do câncer de mama foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), em 2005, e no Pacto pela Saúde, em 2006¹.

O câncer de mama é uma doença heterogênea em que se observam variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e ainda diferentes respostas terapêuticas, entretanto, quando diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é bom. Vários fatores de risco estão estabelecidos para o desenvolvimento do câncer de mama entre os quais se destacam o envelhecimento, a menarca precoce (primeira menstruação menor que 12 anos), primeira gestação a termo acima dos 30 anos, nuliparidade (não ter tido filhos), uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia (após 50 anos), e terapia de reposição hormonal após menopausa. A história familiar de câncer (mãe e irmã) principalmente antes dos 50 anos e a história pessoal pregressa de câncer de mama são fatores considerados importantes e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes. O caráter hereditário corresponde a cerca de 5 a 10% do total dos casos¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, por ano, ocorram mais de 1.400.000 novos casos de câncer de mama em todo o mundo, correspondendo a 23% do total dos casos de câncer, ocupando o 2º lugar geral entre todos os casos câncer, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. Atualmente o câncer de mama representa

a quinta causa de morte por câncer em geral (458.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer entre as mulheres^{1,2}.

Segundo estimativa do INCA, em 2012, o número de casos novos de câncer de mama esperados no Brasil será de 52.680, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres³. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira com 11,1 óbitos/100mil mulheres em 2007^{1,4}.

Na mortalidade proporcional por câncer em mulheres, os óbitos ocupam o primeiro lugar no país, com 15,2%, muito provavelmente por serem diagnosticadas em estádios avançados. Na população mundial a sobrevida média, estimativa de cura, após cinco anos é de 61%, sendo que para países desenvolvidos esta sobrevida aumenta para 85%, já nos países em desenvolvimento fica em 60%^{3,5}. Segundo Noronha⁶ “... a sobrevida em câncer, contada a partir do diagnóstico da doença, depende não só da qualidade dos registros de câncer, mas é consequência direta de um conjunto de ações inerentes ao desempenho do sistema de saúde de cada país, que incluem acesso à informação, promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce e tratamento adequado e oportuno”.

Na Região Nordeste, o número de casos novos esperados para 2012 é de 8.970, com um risco estimado de 32 casos a cada 100 mil mulheres e, na Paraíba o número de casos novos esperados é de 640, com um risco estimado de 32 casos por 100 mil mulheres. A mortalidade por câncer de mama na Paraíba vem crescendo nos últimos anos, passando de 51 óbitos em 1996 para 193 óbitos em 2009. A ocorrência de óbitos por câncer de mama no município de Cuité foi registrado no período de 2004 a 2006,

em número de 02 ocorrências ao ano, após este período só houve registro em 2009 com a ocorrência de 01 (um) óbito por este tipo de câncer⁷.

A descoberta do câncer de mama em suas fases iniciais (diagnóstico precoce) proporciona chances elevadas de cura e permite à mulher um tratamento sem a retirada das mamas, visto que estudos apontam que tumores não invasivos (*in situ*) apresentam um índice de curabilidade próxima de 100%, enquanto que para os tumores invasivos com aproximadamente 2 cm de diâmetro este índice chega a 95%. O fato é que a maioria das mulheres chega aos serviços de saúde com tumores localmente avançados, ou seja, de tamanho maior do que 3 cm, com linfonodos axilares comprometidos, ou seja, o tumor encontra-se com sua extensão anatômica comprometendo o organismo⁸.

Desde 1988, a OMS orienta que para o rastreamento do câncer de mama a mulher com idade igual ou superior a 50 anos, realize uma mamografia a cada 2 anos, este por sua vez é uma importante medida preventiva, que contribui para uma redução de 30 % na mortalidade². Portanto, é de grande importância que existam políticas públicas para que se estabeleçam estratégias, em âmbito nacional, a fim de que o diagnóstico de câncer de mama seja o mais precoce possível.

Em 2003, a OMS estabeleceu três formas diferentes de rastreamento (*screening*), realização de exames (mamografia e exame clínico) em pessoas saudáveis, sem sintomas, com identificação daquelas com a probabilidade maior de ter a doença por apresentarem exames alterados ou suspeitos, devendo ser encaminhadas para investigação diagnóstica, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade pela doença: O rastreamento organizado, onde após um planejamento ativo as pessoas com faixa etária definida e frequência são convidadas a realizarem o exame; o rastreamento seletivo, dirigido para um grupo já identificado como de maior risco para ter uma

doença e; o rastreamento oportunístico, oferecido ao indivíduo que, por outras razões, procura o serviço de saúde⁹.

Assim, o Programa Nacional para o Controle do Câncer², recomenda a promoção da conscientização dos sinais de alerta que alguns tipos de câncer são capazes de apresentar, entre os quais o câncer de mama está inserido. O diagnóstico precoce e o rastreamento são as duas estratégias utilizadas na detecção precoce.

O caminho para a redução nos casos de estádios avançados começou a ser trilhado há algumas décadas, com campanhas pioneiras que alertavam sobre a realização do exame clínico e a difusão maciça do uso da mamografia de rastreamento. A situação era crítica, pois 70% das mulheres chegavam aos médicos tarde demais, as possibilidades de cura eram mínimas. Assim a retirada total da mama se apresentava como a única opção de tratamento. Atualmente, estudos apontam que pouco mais de 40% das mulheres já tem a doença nos estádios III e IV quando recebem o diagnóstico, os quais segundo a OMS são considerados avançados¹⁰.

A identificação do estágio do tumor permite não só identificar a taxa de crescimento e a extensão da doença, como também o tipo de tumor e a sua relação com o organismo. Estadiar o câncer é avaliar a extensão anatômica de comprometimento do organismo, de acordo com normas determinadas. O estadiamento do câncer de mama é feito através do sistema preconizado pela União Internacional de Combate ao Câncer – UICC, denominado Sistema TNM de classificação dos tumores malignos, se baseia em três componentes principais: características do tumor primário, características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e presença ou ausência de metástases à distância, onde T representa o tamanho ou volume do tumor primário, N indica a condição dos linfonodos regionais, expressando o nível

de evolução do tumor e dos linfonodos comprometidos e M indica a ausência ou presença de metástases à distância, aplicados apenas aos carcinomas, tumores de origem do epitélio formador que representam 80% dos tumores de mama^{9, 10}.

No Brasil, os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção à saúde da mulher são a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM). Recomenda-se a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Baseado em evidências científicas a estratégia de realização da mamografia nesta faixa etária com periodicidade bienal favorece para a redução da mortalidade, cujo impacto pode chegar a 25%¹¹.

Na faixa etária de 40 a 49 anos recomenda-se o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica nos casos de resultado alterado, porém segundo a OMS, não se evidencia redução de mortalidade, pois, tem baixa sensibilidade em mulheres na pré-menopausa por apresentarem uma maior densidade mamária¹².

Também se recomenda a realização do rastreamento mamográfico anual e exame clínico das mamas em mulheres com risco elevado de câncer de mama, a partir dos 35 anos. Entende-se por risco elevado as mulheres que apresentam história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*¹³. Considerando que a realização de rastreamento em mulheres de alto risco não possui ainda, embasamento científico, e que os programas existentes realizam abordagens variadas, é importante recomendar o acompanhamento clínico individualizado para as mulheres deste grupo.

As recomendações estabelecidas para realização do rastreamento e também do diagnóstico precoce no câncer de mama só produzirão resultado satisfatório para a redução das taxas de mortalidade e de morbidade por câncer quando os casos diagnosticados em estágio inicial forem adequadamente tratados e acompanhados.

As Políticas Públicas relacionadas à saúde da mulher, nessa área, vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde a década de 1980 sendo impulsionado pelo Programa do Controle do Câncer de Mama - Viva Mulher, em meados de 1998.

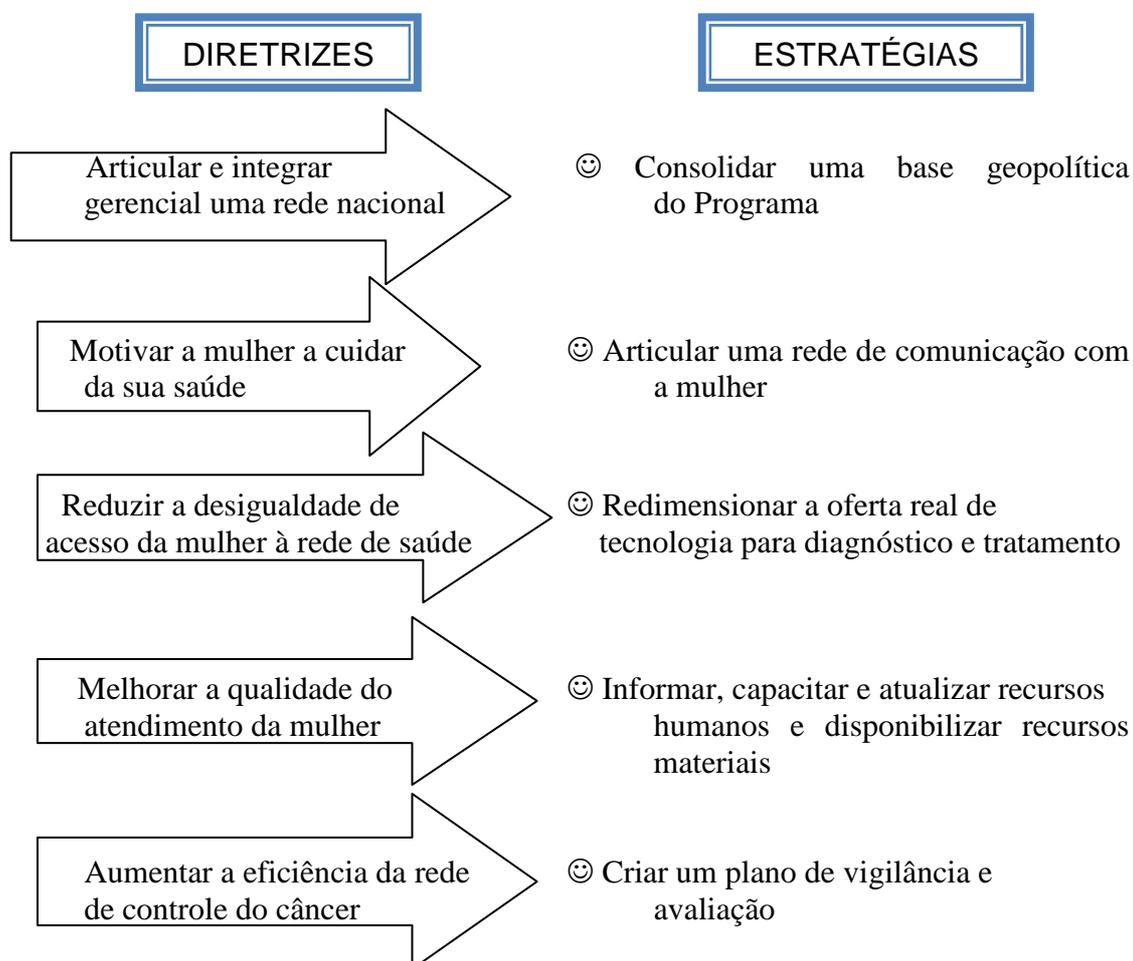
1.2. PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA – VIVA MULHER

Em 1998, o INCA/MS, promoveu um debate sobre o câncer de mama em uma Oficina de Trabalho – Câncer de Mama – Perspectivas de Controle. Participaram vários segmentos representativos da sociedade civil, e científica com o objetivo de juntos, traçarem as diretrizes que norteariam o enfrentamento da doença no País. Esta oficina marcou o início de uma discussão sobre as ações contínuas que devem ser desenvolvidas para a concretização de um Programa¹⁴.

O Programa de Controle do Câncer de Mama (PCCM) - Viva Mulher foi estruturado para atender a expectativa de enfrentamento da doença e tem como objetivo reduzir a mortalidade e repercussões físicas, psíquicas e sociais de câncer do colo do útero e da mama, por meio da oferta de serviços para a prevenção e detecção em estágios iniciais, além do tratamento e reabilitação das mulheres. As diretrizes traçadas estabeleceram estratégias que contemplavam a formação de uma rede integrada, com um núcleo geopolítico gerencial, o qual fosse sediado no município, e permitisse a ampliação do acesso da mulher ao serviço de saúde, e ainda, a capacitação dos

profissionais e motivação das mulheres fortalecendo e aumentando a eficiência da rede formada para o controle do câncer¹⁴ (**Figura 1**).

Figura 01 – Diretrizes e Estratégias do Programa Viva Mulher¹⁴



Fonte: Implantando o Viva Mulher/INCA.

1.2.1 O Programa de Controle do Câncer de Mama - Viva Mulher e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS)

As ações de controle do câncer de mama tiveram um marco histórico em meados dos anos 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹⁵, que postulava o cuidado mais amplo à mulher para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Nesta mesma década, a Organização

Pan-Americana de Saúde (OPAS) elaborou o “Plano de ação de saúde para todos no ano 2000” com ênfase à criação de manuais de normas com recomendações para profissionais de saúde sobre a organização de programas adequados para o controle do câncer do colo do útero nas populações da América Latina e do Caribe. No Brasil, a criação do Programa de Oncologia (Pro-Onco), em 1986, transformado em Coordenação de Programas de Controle do Câncer dentro da estrutura do Instituto Nacional do Câncer (INCA) colaborou para o fortalecimento das ações específicas de controle do câncer do colo do útero¹⁶.

A partir da década de 1990, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um consequente redirecionamento das prioridades em saúde. Assim, tendo como principais diretrizes do SUS, a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade às ações de saúde¹⁶, o processo de descentralização e regionalização dos serviços de saúde, na perspectiva de estruturação de formação de redes, situa-se como uma prioridade.

Neste cenário, o INCA consolida a liderança no controle do câncer no Brasil divulga, oficialmente, as Normas e Manuais Técnicos para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Busca neste período estabelecer um conjunto de elementos essenciais que pudessem estabelecer uma base para um programa de rastreamento¹⁶.

Em 2004, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), que tem como proposta construir um plano de ação para as diversas regiões do Brasil, considerando as peculiaridades de cada local, respeitando as características epidemiológicas, sociais e culturais, para atuar sobre a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras. Para tanto preconiza a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, de modo

a reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina organizando em municípios pólos de microrregiões, redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama¹⁷.

Considerando o aumento da incidência do câncer de mama, no Brasil, e a necessidade de se traçar estratégias para o seu controle, o Ministério da Saúde através do INCA, da Área Técnica da Saúde da Mulher e apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, elaborou o Documento de Consenso, neste mesmo ano, para o controle do câncer de mama, o qual apresenta as recomendações para prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos no câncer de mama, com o intuito de que haja uma implementação de acordo com as diretrizes do SUS¹⁴. Nele estão propostas as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama, e ainda recomenda no PCCM a detecção precoce do câncer de mama¹⁴(Quadro 1). Pressupõe-se que na medida em que as ações de controle do câncer forem expandidas na população-alvo, a doença se apresente cada vez mais por imagem e menos por sintoma, a fim de que amplie as possibilidades de intervenção conservadora e também aumente o prognóstico favorável. Alguns estudos revelam que países com rastreamento bem organizado e com boa cobertura metade dos casos são detectados em fase sintomática com redução da mortalidade entre 15% e 20%¹⁸, e por isso se faz necessário valorizar o diagnóstico precoce¹.

Epidemiologicamente, de acordo com o Documento de Consenso não foi confirmado nenhuma evidência relevante na adoção de métodos específicos de prevenção da doença, embora alguns fatores ambientais e comportamentais possam estar associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama¹³.

Atualmente, há vários países com programas de rastreamento muito bem estabelecidos, como Canadá, Holanda, Noruega e Itália. Nestes países observaram-se um aumento da incidência por esse câncer acompanhado da redução da mortalidade associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia de rastreamento, e a oferta de tratamento adequado.

Quadro 1 – Recomendações para rastreamento do câncer de mama. Brasil, 2004

| População Alvo | Estratégias |
|---|--|
| Mulheres a partir de 40 anos de idade | Rastreamento por meio do Exame Clínico das Mamas –Anual |
| Mulheres a partir de 35 anos com risco elevado | ECM e Mamografia anual |
| Mulheres com idade entre 50 a 69 anos | Rastreamento por Mamografia com intervalo máximo de dois anos |
| Mulheres com alteração no exame realizado | Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento |

Fonte: Documento de Consenso Controle do câncer de mama/ INCA¹³.

Em 2009, alguns especialistas nacionais e internacionais da área participaram do Encontro Internacional sobre Rastreamento do câncer de mama, o qual resultou no resumo executivo com recomendações consensuadas sobre a necessidade de maior avanço na implementação de rastreamento de alta qualidade no Brasil¹⁹, as quais se destacam por haver relevantes semelhanças com as diretrizes do PCCM, a exemplos da importância da base populacional organizada para detecção precoce com mamografia; o

caráter fundamental do controle de qualidade dos exames e seus laudos; a racionalidade da escolha dos grupos etários, e de risco, como alvo do rastreamento.

No Quadro 2, observamos as recomendações de rastreamento populacional adotadas no Brasil⁹.

Quadro 2 – Recomendações e Orientações para detecção precoce do câncer de mama, Brasil, 2011.

| Localização do Câncer | Algumas queixas/ alterações que podem ser notadas pelos pacientes ou identificadas pelo profissional de saúde | Recomendações/ Orientações gerais |
|-----------------------|---|---|
| MAMA | Sintomas como: dor, calor, edema, rubor ou descamação da mama. Alteração na forma ou tamanho da mama | Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Esse procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária da mulher. |
| | Alteração na auréola ou no mamilo Presença de nódulo ou espessamento na mama, próximo a ela, ou na axila. | Na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, a mulher deve fazer uma mamografia a cada dois anos. |
| | Sensibilidade ou saída de secreção pelo mamilo, inversão do mamilo para dentro da mama. | Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. |
| | Enrugamento ou endurecimento da pele da mama (a pele apresenta um aspecto de casca de laranja) | Garantia de acesso a diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados. |

Fonte: ABC do Câncer – Abordagens básicas para o controle do câncer⁹

O INCA destaca a relevante semelhança entre as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e as recomendações dos especialistas internacionais, a exemplo da importância da base populacional organizada para a detecção precoce com mamografia, do caráter fundamental do controle de qualidade dos exames e seus laudos e ainda, da racionalidade da escolha dos grupos etários, e de risco, como alvo do rastreamento.

No PCCM, a pactuação firmada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) contribuiu para a construção de um modelo hierarquizado, regionalizado e descentralizado, permitindo o controle social. As ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, o tratamento e reabilitação são oferecidos pelo SUS e prevê intersectorialidade como forma de promoção da saúde. Neste sentido, o gestor quer seja federal, estadual e municipal deve estar com as unidades públicas, organizadas e coordenadas de modo a garantir o acesso aos serviços e, a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral¹⁴.

É pressuposto que a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, seja desenvolvida por uma rede de serviços organizada, com profissionais capacitados e distribuídos em níveis hierarquizados de atividades voltados ao atendimento integral da população, possibilitando a integração e racionalização dos serviços de modo a proporcionar um atendimento mais eficiente e com qualidade. As ações de controle do câncer de mama para terem abrangência necessária, devem estar integradas entre os três níveis de assistência (primário, secundário e terciário) e estar inseridas no conjunto de ações de saúde desenvolvidas nesta rede¹⁴.

No nível de assistência primária as ações são desenvolvidas pela equipe multiprofissional da atenção básica, esta é a porta de entrada para o Programa. A principal ação é a de captação das mulheres pelos agentes comunitários de saúde (ACS),

na faixa etária prioritária, para a realização do exame clínico das mamas pelos médicos e enfermeiros da unidade de saúde da família assim como, solicitação dos exames mamográficos das mulheres com situação de risco, de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, receber os resultados e encaminhar para a consulta especializada as mulheres cujo resultado mamográfico ou exame clínico indiquem a necessidade de maior investigação diagnóstica^{14, 20}.

No nível de assistência secundária funciona a unidade de média complexidade para a referência das mulheres com resultados alterados, onde é exigida a presença do profissional especializado (mastologista) que dará continuidade à busca pelo diagnóstico, realizando a investigação dos casos suspeitos de câncer de mama com solicitação do exame mamográfico, da punção por agulha fina (PAAF) e da biópsia por agulha grossa (PAG). É neste nível de atenção que se encontra o serviço de mamografia^{14, 20}.

No nível de assistência terciária encontra-se a unidade de alta complexidade no SUS, a qual é responsável pelos exames e tratamentos especializados, é neste nível que as mulheres realizam o tratamento do câncer em estádios que envolvam procedimentos de cirurgias, radioterapias e quimioterapias. As ações realizadas neste nível de atenção são realizadas por profissionais especializados na área de oncologia^{14, 20}.

No Brasil, um sistema de vigilância estruturado fornece informações sobre a magnitude e o impacto do câncer como também sobre a efetividade de programas de controle de câncer, bem como a avaliação do seu desempenho. Os registros de câncer (de base populacional e hospitalar) são parte desse sistema, a implantação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), em 16 cidades brasileiras, contribuiu para o processamento das informações dos casos de câncer e, demonstraram nos anos 90, que o

câncer de mama foi o câncer de maior frequência no país. O aumento da incidência tem sido acompanhado pelo crescimento da mortalidade nas mulheres a partir dos 50 anos de idade, atribuído muito provavelmente ao retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica inadequada¹³.

A implantação das ações de controle do câncer de mama inseridas no PCCM - Viva Mulher, nos estados, se deu em meados de 2000, com a aquisição e distribuição de mamógrafos por parte do Ministério da Saúde e a inserção dos cursos de capacitação dos profissionais para a realização do Exame Clínico da Mama, porém, só em 2002 começaram a serem inseridas algumas ações de controle do câncer de mama nos municípios do Estado da Paraíba.

Numa perspectiva de revisão da estrutura e das estratégias propostas e ao se passarem 60 meses de expansão do PCCM - Viva Mulher, é elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama – Diretrizes e Estratégias 2005-2007, por um grupo de trabalho (GT) formado por diversas áreas do MS. Este Plano apresenta seis diretrizes estratégicas: (1) Aumento da cobertura da população alvo; (2) Garantia da Qualidade; (3) Fortalecimento do Sistema de Informação; (4) desenvolvimento de Capacitações; (5) Desenvolvimento de Pesquisas; (6) Mobilização Social, composta por ações a serem desenvolvidas a partir de 2005²¹.

Neste período é publicada a Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica²² a qual reconhece o câncer como problema de saúde pública e determina ações para o seu controle através de uma rede de atenção oncológica. Dentre as diretrizes estabelecidas nesta Política destaca-se que o Plano de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde¹³.

A realização de rastreamento deve contar com uma rede de saúde estruturada de forma que as mulheres na faixa etária de maior risco sejam submetidas aos exames de detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença. Pensando nisso, o INCA, com o objetivo de orientar as condutas clínicas e colaborar com o planejamento da assistência à saúde das mulheres em nível local desenvolveu um instrumento chamado “Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama²³”, baseado no conteúdo do Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso¹³ e no Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama 2005 – 2007²¹.

Na perspectiva de estabelecer uma co-responsabilização entre as esferas de governo, união, estado e municípios objetivando o fortalecimento, integração e resolutividade do Sistema Único de Saúde, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE, publicado na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006²⁴, no qual se insere três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Entre as seis prioridades previstas no Pacto pela Vida destaca-se o controle do câncer do colo do útero e da mama, visando contribuir para a redução da mortalidade por estes cânceres. Em se tratando de controle do câncer de mama, objeto deste estudo, os municípios devem se comprometer a ampliar para 60% a cobertura de mamografia e a realizar punção em 100% dos casos necessários, conforme o protocolo²⁵.

Para o controle do câncer de mama é fundamental realizar procedimentos de qualidade para garantir o diagnóstico e o tratamento da doença. O Projeto Piloto de Garantia de Qualidade de Mamografia, iniciado em 2006, é uma dessas ações e assume importância estratégica para a organização bem sucedida do rastreamento populacional

do câncer de mama. Lançado oficialmente em 2007, pelo INCA em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e com as Vigilâncias Sanitárias dos Estados, o Projeto tem como objetivo avaliar os serviços de mamografia do Sistema Único de Saúde - SUS, monitorando a qualidade da imagem, do diagnóstico e da dose da radiação.

Os resultados obtidos com a avaliação dos serviços contribuíram para o lançamento do Programa Nacional de Garantia de Qualidade de Mamografia em março de 2009²⁶.

Em 29 de abril de 2008 é sancionada a Lei 11.664 (“Lei de Atenção Integral à Mulher”), que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo do útero e de mama no âmbito do SUS. De acordo com a referida Lei no seu artigo 1º, o SUS deverá assegurar atenção integral à saúde da mulher incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre as ações de controle do câncer, de modo a garantir a realização do exame mamográfico de rastreamento a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade²⁷.

Neste mesmo ano, o SUS avançou quanto ao controle do câncer de mama com a publicação da Portaria nº 779/SAS²⁸, dispondo sobre o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), permitindo a elaboração de estratégias de âmbito nacional nas três esferas de governo, incluindo a avaliação permanente e de controle, de caráter educativo, desde a requisição de exames até o seu diagnóstico final contribuindo para um planejamento adequado da oferta de serviços e consequente manejo de recursos de forma otimizada. Também é possível através dele estimar a cobertura da população alvo e a qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos e ainda a situação do seguimento das mulheres com exames alterados.

Todavia, só em 2009 foi possível implantar o módulo do prestador de serviços nos serviços de radiologia que realizam mamografia e nos laboratórios de citopatologia e histopatologia que realizam exames para o SUS, e o módulo da coordenação, nas coordenações estaduais, regionais e municipais, quando da conclusão das capacitações dos profissionais que deveriam manusear o sistema.

Em 2009, o INCA desenvolveu um instrumento denominado “Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama - Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais²⁹”, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento do câncer de mama; e, sobretudo, servir de referência para a previsão e estimativa de gastos do conjunto mínimo de procedimentos a serem ofertados à população-alvo.

Em 2011, a Presidente da República lança ações de fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, entre os objetivos para o controle do câncer de mama destaca-se a ampliação do acesso aos exames de rastreamento (mamografia) da doença com qualidade a todas as mulheres entre 50 e 69 anos – população alvo do programa e reduzir, ao máximo possível, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento da doença, de forma a diminuir a mortalidade. Também estão previstas ações de qualificação da rede de atenção para o controle do câncer de mama implementando o Programa de Qualidade de Mamografia³⁰.

1.3. O PROJETO UM BEIJO PELA VIDA

No país algumas organizações não governamentais têm como objeto contribuir com as ações de controle do câncer de mama através de financiamentos de projetos específicos para o controle da doença, sendo necessária a apresentação de projetos

desenvolvidos, tanto para aquisição de equipamentos quanto para fortalecimento de ações sociais para divulgação das ações existentes para o controle do câncer de mama.

O Projeto Um Beijo Pela Vida foi desenvolvido com o objetivo de ampliar as ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, visando à redução da morbi-mortalidade por este tipo de câncer em dois municípios do Estado da Paraíba, Monteiro e Cuité. Estas ações seguiram as recomendações discutidas e publicadas no Documento de Consenso de Mama em 2004, e tinha como propósito ser um projeto piloto para ser multiplicado para outros municípios do Estado. Com este Projeto os municípios passariam a assumir o câncer de mama como prioridade de saúde pública, cumprindo as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Oncológica, inserindo no plano municipal de saúde, onde houvesse a uniformização dos procedimentos pertinentes a todas as fases de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença, além da realização de atividades educativas e, também de exames clínicos das mamas por parte dos profissionais da equipe de saúde da família, com incentivo à adoção dos hábitos saudáveis de vida.

As atividades relacionadas ao “Projeto Um Beijo pela Vida” foram desenvolvidas no período de março 2006 até o final de 2007, prazo estabelecido pela instituição financiadora.

Para o desenvolvimento do Projeto foram selecionados dentre os 223 municípios existentes no Estado, 2 municípios que tivessem a princípio gestores comprometidos e interessados em apoiar o desenvolvimento do projeto, fossem plenos de gestão, e ainda que apresentassem 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, que possuísse na sua estrutura assistencial um serviço de atenção secundária, de referência, no qual fossem realizados procedimentos de radiologia mamográfica e

consulta ambulatorial de Mastologia, com área geográfica e população semelhante. Os municípios selecionados para fazerem parte do Projeto e que atendiam os critérios propostos foram Monteiro (27.821 habitantes), situado na região do Cariri e Cuité (20.797 habitantes), situado na região do Curimataú Paraibano.

Embora os municípios de Monteiro e de Cuité dispusessem de uma infraestrutura adequada, os seus serviços apresentavam formas de gestão diferenciadas para com o serviço especializado, pois o Centro de Especialidades do município de Monteiro era gerenciado pelo próprio município, enquanto que o serviço de Cuité pertencia ao Consórcio Intermunicipal de Saúde. Este município não tinha gerência alguma sobre o serviço que apresentava um número de procedimentos (exame mamográfico e de ultrassonografia, e as consultas especializadas) limitado, dificultando o acesso das mulheres que eram inseridas no programa.

A meta proposta para o município foi de realizar ações educativas em 100% da população feminina acima de 40 anos de idade e de realizar rastreamento por exame clínico das mamas em 80% das mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos e mamografia em 50% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, seguindo as recomendações estabelecidas no Consenso de Mama¹³.

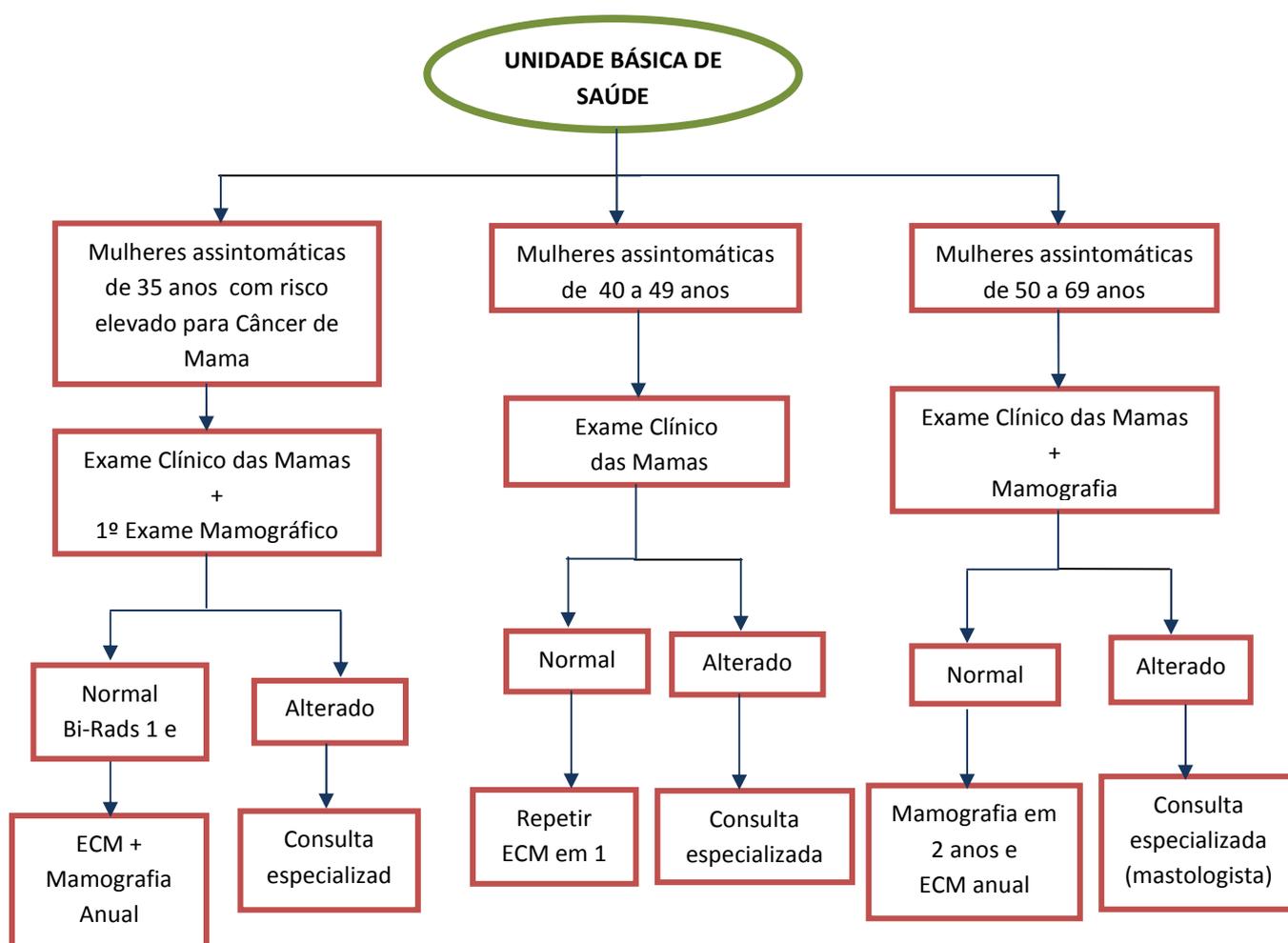
No município de Cuité, objeto deste estudo, foram adquiridos com recursos disponibilizados pelo Projeto equipamentos de informática, tais como computador e impressora para o registro de dados da unidade secundária, e os insumos necessários para a ampliação das ações de abordagem das mulheres, tais como: folders, cartazes, livretos para os agentes, e Mamamiga®, um modelo de mama em silicone utilizado para ensinar a palpação das mamas quando da realização do auto exame, porém ressaltando a importância de realizar o exame clínico anualmente, considerando que o auto exame não substitui o exame realizado pelo profissional na unidade de saúde da família. De

modo que as mulheres deste município fossem beneficiadas com as ações de controle do câncer de mama, foi construído um fluxograma de atendimento específico, a partir do modelo proposto nos Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama – Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais, apresentado na **Figura 2**²⁹.

O fluxograma proposto foi o instrumento utilizado para orientar os profissionais da Unidade Básica de Saúde, quanto aos procedimentos que deveriam ser executados de acordo com a faixa etária a qual a mulher se encontrava.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento do controle do câncer de mama –

Projeto Um Beijo pela Vida²¹



Fonte: Parâmetros Técnicos para Programação das ações de detecção precoce do câncer de mama, MS/ INCA²⁹.

1.4. A AVALIAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Atualmente, os grandes desafios da gestão nas três esferas de governo são: realizar um adequado planejamento e uma competente gestão visando a ampliação do acesso e da cobertura tanto da média quanto da alta complexidade, como também a ampliação dos investimentos e ainda, garantir uma melhor qualidade do sistema, passando por um eficaz e sistemático mecanismo de avaliação e monitoramento das políticas de saúde, programas e projetos, no sentido de melhorar sua organização e a qualidade, de modo a favorecer a tomada de decisão pelos gestores para implementação de novas propostas.

A perspectiva de avaliar os programas ou intervenções em saúde traz contribuições significativas para a melhoria na qualidade dos serviços, ao delinear possíveis soluções e reorganizar suas atividades³¹. No campo das políticas de saúde, a avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX tanto em produção científica quanto no que diz respeito à sua institucionalização³². Nos últimos anos no Brasil foram desencadeadas várias ações no campo de avaliação de políticas, programas e serviços em diferentes setores, sendo a Estratégia de Saúde da Família o principal foco de interesse, considerando os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)³³.

Para o Ministério da Saúde (MS), a avaliação é parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde e contribui para reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades da população, dando maior racionalidade ao uso dos recursos, no entanto, ainda é uma das atividades menos praticadas. A grande complexidade organizacional dos serviços de

saúde está a exigir um processo objetivo de avaliação em função dos seus custos e do aumento constante da demanda³⁴.

Existem várias definições sobre avaliação, neste estudo será adotado o conceito elaborado por Champagne et. al.(2009)³⁵, onde “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa traduzir em ações”. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

O objetivo de uma pesquisa avaliativa, em uma intervenção e em um serviço de saúde, parte da necessidade de ter conhecimento do conceito em relação ao desenvolvimento do contexto de saúde em análise e também em relação a metodologias de avaliação dirigidas à tomada de decisão, além disso, objetiva à implementação de alternativas para a reformação das ações e das instituições de saúde de modo a incluir alguma valoração sustentada pelo referencial metodológico e conceitual³⁶.

Segundo Tanaka et. al, a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão e envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor. Ela deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e execução de tais ações³⁷.

O Programa Viva Mulher/MS, diante da complexidade para avaliação de serviços, prioriza a avaliação de processo e resultados baseada na análise de indicadores epidemiológicos. Ao avaliar o processo pode-se medir se cada etapa do programa está funcionando de forma eficaz de modo a detectar a tempo os possíveis problemas e corrigi-los, contribuindo assim para o sucesso do programa. Entretanto, ao avaliar o resultado é possível mensurar o impacto que o Programa causou na população¹⁴.

A análise dessa intervenção no decorrer de sua implantação considera o objetivo formativo da avaliação em saúde em propiciar o fornecimento de informações que podem ser utilizadas pelos envolvidos no programa, podendo identificar possíveis problemas, assegurando o seu desenvolvimento conforme planejado³⁸.

A avaliação tem que ser compreendida no contexto em que é pensada e a partir das perguntas avaliativas que se quer responder³⁹. Neste sentido, busca-se neste estudo responder a seguinte questão:

- Qual é o grau de implantação do Programa de controle de câncer de mama no município de Cuité na Paraíba?

II. JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- Nos últimos anos a incidência e a mortalidade por câncer de mama no Brasil é visivelmente significativa, tornando-o a principal causa de morte entre mulheres, pois, na maioria das vezes as mulheres chegam aos serviços de saúde com estágios avançados da doença, levando a uma redução da sobrevida pela impossibilidade de tratamento adequado.
- Com a implantação do Programa Viva Mulher foram iniciadas ações para a formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama, e a efetividade dele no município depende do grau de autonomia do governo em implantar, integrar e inserir as ações em todos os níveis de assistência desenvolvidas no âmbito municipal.
- A inserção do Projeto Um Beijo Bela Vida no município de Cuité desenvolvido para fortalecer e ampliar as ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, seguindo as recomendações do Consenso de mama, proporcionando uma maior integração entre as unidades, com ênfase nas normas adotadas pelo Programa Viva Mulher.
- Há poucos trabalhos de avaliação na área de oncologia, principalmente que abordem o grau de implantação das ações do Programa Viva Mulher para o controle do câncer de mama.

O presente estudo torna-se relevante ao avaliar o grau de implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no município de Cuité – Paraíba, de modo a

produzir informações que deverão ser utilizadas pelos gestores para a melhoria do Programa, contribuindo para a identificação de fatores que, ao longo da implementação, constituíram-se em entraves e/ou facilidades para o programa alcançar seus resultados.

III. OBJETIVO

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no município de Cuité - Paraíba, no ano de 2011, identificando os principais fatores que influenciaram na sua implantação e operacionalização.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever o conjunto de ações desenvolvidas em âmbito municipal, considerando as dimensões estrutura e processo;
- Determinar o grau de implantação quanto ao cumprimento das normas estabelecidas para o controle do câncer de mama;

IV. MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo avaliativo descritivo utilizando uma abordagem normativa do Programa de Controle do Câncer de Mama – Viva Mulher em seus componentes de estrutura, processo.

Segundo Tanaka, considerando a heterogeneidade e complexidade dos serviços de saúde é aconselhável que o desenho da avaliação utilize uma mescla de abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas, pois ao mesmo tempo em que se complementam, permite avaliar diferentes facetas de um mesmo fenômeno possibilitando uma resposta mais adequada à pergunta avaliativa³⁷.

Orientados pela proposição de Donabedian, vários estudos apontam para a avaliação da qualidade de serviços de saúde com enfoque em estrutura e processo e para o resultado do cuidado. Para o autor, estrutura refere-se aos insumos, organização dos serviços, processo, ao modo como o sistema funciona, e resultado ao impacto causado pelo serviço prestado. É uma proposta flexível, porém as etapas se interligam e permitem que cada um as use de acordo com as suas necessidades⁴⁰.

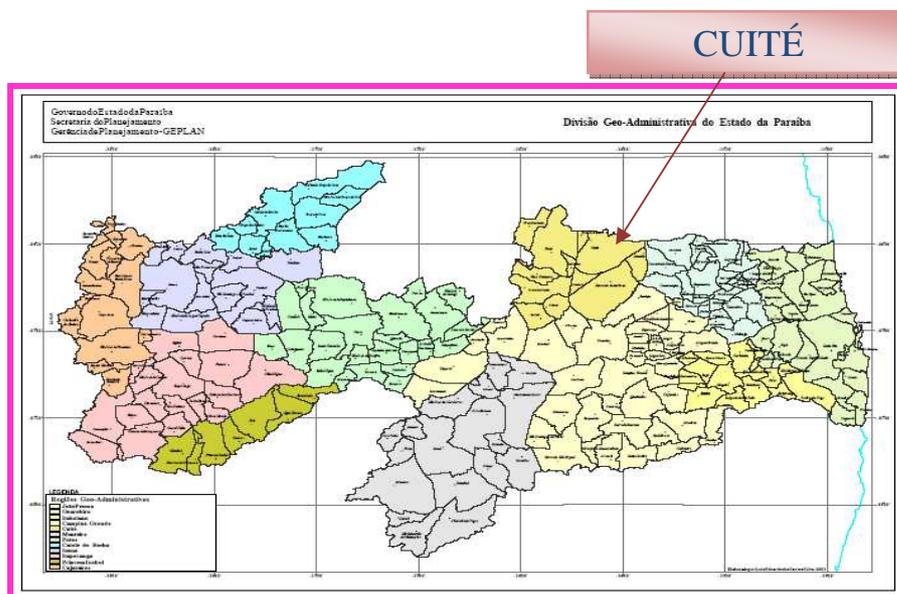
A maioria dos estudiosos de avaliação consensuaram o uso de métodos qualitativos e quantitativos em um mesmo estudo avaliativo, segundo os quais o estudo torna-se mais consistente⁴¹. Neste estudo pode-se observar a integração dessas duas abordagens quantitativa e qualitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O Estudo foi realizado no município de Cuité (Figura 3) que está situado no Curimataú Ocidental região semiárida do Estado da Paraíba. Encontra-se a 117 km de distância de Campina Grande e a 235 km de João Pessoa, capital do Estado, possui uma área geográfica de aproximadamente 758 Km², é sede de Microrregião composta por 12 municípios e, possui de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) uma população estimada em 20.834 habitantes dos quais 10.625 habitantes são do sexo feminino com 3.836 na faixa etária de 40 anos e mais⁴². O município se destaca na região por sua importância política, sendo assim a maior e, mais desenvolvida cidade da região.

Atualmente, a rede de serviços de saúde dispõe de uma cobertura territorial de 100% pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) contando com nove equipes, sendo seis na zona urbana e três na zona rural, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os serviços de referência para o Programa de Controle do Câncer de Mama – Programa Viva Mulher são o Centro de Saúde da Mulher (Pólo secundário) e um Hospital e Maternidade Municipal. Não há no município serviço de referência terciária, especializada em tratamento oncológico, o qual se localiza nos municípios de Campina Grande e João Pessoa.

Figura 3 – Divisão Geo-Administrativa do Estado da Paraíba, localização do município de Cuité



Fonte: Secretaria de Planejamento do Estado da Paraíba

4.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

Neste estudo foram consideradas como unidades de análise as unidades de saúde da família e a unidade de referência secundária e ainda a unidade de gestão municipal.

Nas unidades de saúde da família foram entrevistados 59 profissionais de saúde que estavam diretamente envolvidos com o Programa os médicos, os enfermeiros, os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (Tabela 2).

Na unidade secundária de referência ao atendimento da mulher os entrevistados foram o diretor de unidade, a médica especialista (mastologista) e ainda a enfermeira responsável pela unidade (Tabela 3).

Na unidade de gestão foram entrevistados o secretário de saúde e a coordenadora do programa de atenção básica (Tabela 3).

O estudo foi realizado no período de fevereiro a agosto de 2011.

A tabela 2 mostra o número de profissionais existentes nas Unidades Básicas de Saúde da Família e o número total de participantes do estudo por profissionais.

| N. o | UBSF | Profissionais de Saúde existentes na USF | | | | Participantes do estudo | | | |
|--------------|---------------------------|--|------------|-----------|-----------|-------------------------|------------|-----------|----------|
| | | Médico | Enfermeiro | ACS | Aux. Enf | Médico | Enfermeiro | ACS | Aux. Enf |
| 1 | USF Diomedes | 0 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | USF do Melo | 0 | 1 | 7 | 1 | 0 | 1 | 7 | 1 |
| 3 | USF Raimunda | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 4 | 1 |
| 4 | USF Catolé | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 1 | 5 | 1 |
| 5 | USF Abílio Chacon | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 6 | USF Serra do Bombocadinho | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 7 | USF Ezequias | 1 | 1 | 8 | 2 | 0 | 1 | 7 | 1 |
| 8 | USF Luiza | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 9 | USF Batentes Retiro | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | | 7 | 9 | 54 | 13 | 3 | 8 | 40 | 8 |

Tabela 2 - Número de profissionais previsto para participar do estudo e número total de participantes, distribuídos por unidade de saúde da família, Cuité – PB, 2011.

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de Cuité - PB

A Tabela 3 mostra o número de informantes por categoria existente nas Unidades de Gestão e de Referência, porém só participaram do estudo 3 profissionais da unidade de referência e 2 da unidade de gestão, totalizando 5 profissionais nestes níveis.

| INFORMANTES | NÍVEL DE ANÁLISE | |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| | Gestão | Unidade Referência |
| Secretário de Saúde | 1 | |
| Coordenador do Programa | 1 | |
| Diretor do Consorcio Intermunicipal | | 1 |
| Coordenador de Enfermagem | | 1 |
| Médica Mastologista | | 1 |
| Técnica de Radiologia | | 1 |
| Radiologista | | 1 |
| TOTAL | 2 | 5 |

Tabela 3 - Número de profissionais previsto para participar do estudo, distribuídos por unidade de análise, Cuité – PB, 2011.

Um total de 64 profissionais de saúde entre os que fazem parte das equipes de saúde da família e os informantes-chaves do programa (sujeitos da pesquisa) que trabalham diretamente com o PCCM no município do estudo, responderam os instrumentos da pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Inclusão - Unidades de Saúde da Família cujos profissionais (médicos, enfermeiros e agentes comunitários) tivessem sido capacitados para a realização do exame clínico das mamas através do Projeto um Beijo pela Vida, e;

Unidade de referência secundária especializada na atenção à saúde da mulher, para onde as mulheres com exames alterados são encaminhadas sendo exigida neste nível a presença dos profissionais treinados para fazerem a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer de mama, no que se refere à mamografia e à biópsia por agulha grossa.

4.4.2 Exclusão - Unidade de Saúde Batente Retiro por ter sido inaugurada após a execução do Projeto e, devido à mesma não ter participado do processo de capacitação desenvolvida para todos os profissionais que iriam realizar a captação das mulheres para serem inseridas no Programa;

Profissionais existentes nas Unidades de Saúde da Família que haviam sido contratados após a conclusão do Projeto um Beijo pela Vida, e;

Profissionais que não foram localizados no período do estudo, entre os quais se destaca a técnica de radiologia e a radiologista.

4.5. Definição de Variáveis

As variáveis selecionadas para avaliação referem-se à estrutura e ao processo (Quadro 3 e 4), e terão como fonte dados primários resultantes das entrevistas realizadas com os profissionais e gestores.

Quadro 3 - Variáveis de estrutura a serem investigados

| ESTRUTURA | |
|--------------------|--|
| DESCRIÇÃO | VARIÁVEIS |
| Espaço físico | nº de consultórios existentes para a realização do ECM (Atenção Básica, Atenção Especializada de Média Complexidade) Sala de Espera Disponibilidade e adequação de espaço para desempenho das atividades. |
| Recursos materiais | Existência de equipamentos (computadores, mamógrafo, pistola para realização de core biopsy- PAG) Insumos básicos para o desenvolvimento das atribuições (materiais educativos (mamaamiga), receituários, entre outros) Nº de formulários existentes de solicitação de mamografia, de resultado de mamografia, de solicitação de exames citopatológico e |

| | |
|------------------|---|
| | <p>histopatológico das mamas.</p> <p>Existência de instrumentos de registro de usuárias: arquivos, livros de registro, etc</p> |
| Recursos humanos | <p>nº profissional capacitados para realização do ECM</p> <p>nº de ACS capacitados para realização da captação das mulheres para a realização do ECM</p> <p>nº de reuniões/ palestras desenvolvidas pelas equipes para esclarecimento sobre o câncer de mama</p> <p>Será considerada também a qualificação dos profissionais existentes e as exigências mínimas em função do perfil e complexidade das unidades de saúde.</p> |

Quadro 4- Variáveis de processo

| PROCESSO | |
|-------------------------|---|
| DESCRIÇÃO | VARIÁVEIS |
| Dimensão organizacional | <p>Existência de regulamentações internas e externas, fluxos de informações;</p> <p>Programação das marcações e a realização dos exames;</p> <p>Forma de recrutamento das mulheres e adequação das competências em relação às atividades efetivamente desenvolvidas;</p> <p>Existência de Fluxo de referência e contra-referência.</p> |
| Práticas operacionais | <p>Encaminhamento da mulher para a realização do exame mamográfico, da mulher para a unidade de atendimento secundário e de retorno à unidade para a busca do resultado do exame;</p> <p>Perfil do profissional que entrega e esclarece a mulher a respeito do resultado e do encaminhamento necessário à unidade secundária/ terciária;</p> <p>Monitoramento do tempo entre o encaminhamento da mulher pela unidade até a realização do exame mamográfico;</p> <p>Monitoramento do tempo entre a realização do exame mamográfico e a entrega do resultado;</p> <p>Monitoramento do tempo entre a liberação do resultado de mamografia e a convocação da mulher para recebê-lo;</p> |

4.6. Modelo Lógico

Segundo Medina et.al³⁸, o desenho do modelo lógico é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação.

Construir o modelo significa esquadrinhá-lo em termos de constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos e metas.

Mercer e Goel (1994)⁴³, ao desenvolverem o modelo lógico em relação ao *Ontario Breast Cancer Screening Program*, se depararam com algumas dificuldades como: a natureza complexa e multifacetada do Programa, a ausência de consenso entre objetivos, metas e resultados esperados e ainda à natureza descentralizada do Programa em que se observava que a operacionalização era construída de forma distinta em função das características locais em que se implantavam.

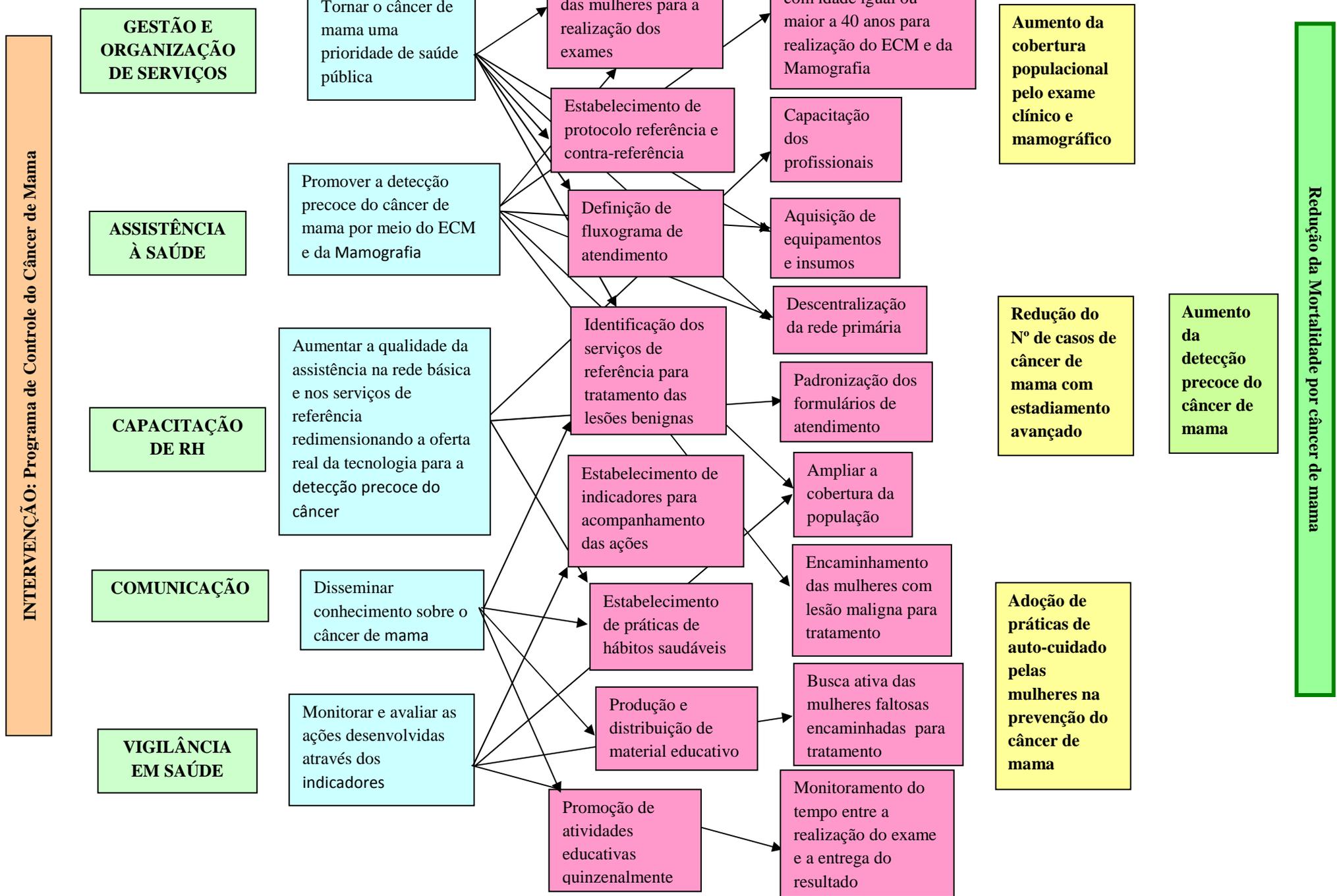
Baseado nos protocolos estabelecidos e no Documento de Consenso de Mama¹³, publicado em 2004, nos Parâmetros Técnicos para o rastreamento do câncer de mama (2010), no Pacto pela Saúde (2006), nas normas e Portarias que regulamentam as ações de controle do câncer de mama, foi possível realizar o desenho do modelo explicitando exatamente como o Programa funciona. Na figura 4, o modelo lógico do programa apresentado explicita como se espera que o programa exerça sua influência, contemplando a contextualização organizacional e a existência de dispositivos institucionais que regulamentem o processo de avaliação, garantindo qualidade e utilidade do produto final.

A partir dele, foram elaboradas as matrizes, para os componentes avaliados na estrutura e no processo, contendo os critérios e normas exigidos para um controle do

câncer de mama na instância municipal que estavam relacionados aos componentes do programa.

Neste sentido, buscou-se determinar o grau de implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no município de Cuité considerando as dimensões de estrutura e processo de acordo com os componentes do modelo lógico: gestão e organização do serviço, assistência à saúde, capacitação, comunicação e vigilância em saúde.

Figura 4. Modelo lógico do programa de controle do câncer de mama



4.7. Coleta de Dados

4.7.1 Coleta de Dados Primários Através das Entrevistas aos Profissionais de Saúde e Gestores de Saúde.

No primeiro instrumento buscou-se o conhecimento do gestor municipal de saúde e dos gerentes locais com ênfase a autonomia administrativa/ gerencial quanto ao Programa de Controle do Câncer de Mama (APÊNDICE 5) e, no segundo buscou-se junto aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) a compreensão com ênfase na autonomia técnica para desenvolvimento das ações do programa (APÊNDICE 6).

As entrevistas semiestruturadas apresentaram questões relacionadas à estrutura (normas, equipamentos e insumos) e ao processo (ações e atividades relativas ao controle do câncer de mama).

Pelo fato da pesquisadora ter ocupado uma função de confiança no município e também ter participado da implantação tanto do projeto um beijo pela vida quanto do programa de controle do câncer de mama – Viva Mulher, com intuito de evitar ocorrências de viés, os questionários foram aplicados e entregues por duas profissionais (enfermeiras) que foram capacitadas previamente e apresentaram domínio do instrumento.

4.7.2 Dados Secundários

A coleta de dados epidemiológicos e operacionais obtidos a partir do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama – SISMAMA, da Secretária de Saúde do município de Cuité e do DATASUS, os instrumentos do SISMAMA são fontes de

dados oficiais e exclusivos para o acompanhamento do Programa de Controle do Câncer de Mama.

4.8. Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois tipos de instrumento de coleta de dados primários, o roteiro de entrevista aberta, onde se introduzia o assunto e sobre ele o gestor, o coordenador da atenção básica e os informantes chaves da unidade secundária discorriam e, o roteiro de entrevista aberta/ fechada (semi estruturada) para os profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (APÊNDICE 5 e 6).

De acordo com Minayo⁴⁴ a entrevista semi estruturada combina perguntas abertas e fechadas (ou estruturadas) possibilitando ao entrevistado discorrer sem influência do pesquisador e, ainda complementa:

“A entrevista aberta é o material privilegiado da análise da enunciação, no sentido que se trata de um discurso dinâmico onde espontaneidade e constrangimento são simultâneos, onde o trabalho de elaboração se configura ao mesmo tempo como emergência do inconsciente e construção do discurso”.

No primeiro momento foram utilizados os dados secundários existentes no Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama – SISMAMA.

No segundo momento, foram colhidas informações com o objetivo de identificar o perfil do profissional como também às condições da estrutura para o desenvolvimento das ações, utilizando o questionário com perguntas abertas e fechadas. (APÊNDICE 6).

Em seguida, buscou-se identificar os fatores que contribuíram para implantação do Programa, como também àqueles que dificultaram a sua continuação. (APÊNDICE 5).

Durante os encontros com os gestores e as idas às unidades de saúde foi possível fazer observações, de forma não sistemática, das informações que não faziam parte das entrevistas, como, por exemplo, conversas informais com os profissionais, falas e expressões relacionadas ao câncer mama. Essas observações eram anotadas em uma folha separada, possibilitando utilizar-se desse instrumento para complementar as discussões.

4.9. Processamento e Análise dos Dados

Seguindo o método proposto por Minayo⁴⁵, a análise das entrevistas se deu a partir da compreensão da fala dos atores sociais situada em seu contexto onde essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. “E como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”.

Segundo Patton⁴⁶, a questão não é usar a abordagem quantitativa ou qualitativa, mas escolher entre o adequado e o relevante. A maioria das intervenções na área da saúde são objetos complexos e requer dispor de múltiplas abordagens metodológicas⁴¹.

O Programa de Controle do Câncer de Mama é complexo por apresentar várias etapas em sua evolução com percepções diferentes entre os profissionais, e a utilização dos dois métodos quantitativo e qualitativo, contribuiu para compreensão, a identificação dos problemas que apontaram para um “juízo de valor” e, também para a compreensão do significado e das relações expressadas pelos profissionais.

Os dados quantitativos foram trabalhados e processados utilizando-se o programa SPSS versão 17.0. Os dados qualitativos foram processados a partir da compreensão do significado e das relações expressadas.

As questões abertas do instrumento de coleta de dados foram gravadas e posteriormente transcritas, para receberem tratamento descritivo, sendo analisadas a partir da categorização das respostas.

O resumo dos procedimentos, previstos no planejamento das ações a partir do instrumento proposto “Parâmetros Técnicos para o rastreamento do câncer de mama”²⁹, pode ser visto no Quadro 5. Estes parâmetros representam um esforço de se obter uma maior aproximação possível do que se esperava encontrar nos resultados de rastreamento a partir da sua implantação, cujos dados inseridos no SISMAMA puderam contribuir para a definição do grau de implantação.

Os percentuais apresentados para cada procedimento estão relacionados com a população feminina estimada em cada grupo de faixa etária. A cobertura estabelecida na faixa etária ≥ 35 anos, de acordo com o Documento de Consenso¹³ diz respeito ao critério de risco elevado e se baseia entre os casos de câncer que ocorreram antes dos 50 anos de idade. Sendo menos frequentes, estimou-se que 1% das mulheres nesta faixa etária apresentará critérios para serem consideradas como de risco elevado. Entretanto, a cobertura estabelecida no Pacto pela Vida²⁵, compromisso entre os gestores, para o controle do câncer de mama estabelece uma meta de 60% de cobertura em todas as faixas etárias de acordo com o protocolo.

Quadro 5 - Parâmetros para estimativa de procedimentos no rastreamento do câncer de mama, conforme subgrupos da população-alvo.

| Procedimentos | Parâmetros |
|-----------------------------------|---|
| Mamografia de Rastreamento | ≥ 35 anos com risco elevado: 100% 40 a 49 anos: - (não recomenda) 50 a 69 anos: 50% |
| Mamografia diagnóstica | ≥ 35 anos com risco elevado: 8,9% 40 a 49 anos: 10% 50 a 69 anos: 8,9% |
| Ultrassonografia das mamas | ≥ 35 anos com risco elevado: 6,5% 40 a 49 anos: 5,4% 50 a 69 anos: 6,5% |
| Punção Aspirativa por Agulha Fina | ≥ 35 anos com risco elevado: 0,5% 40 a 49 anos: 0,4% 50 a 69 anos: 0,5% |
| Punção por Agulha Grossa | ≥ 35 anos com risco elevado: 1,5% 40 a 49 anos: 1,2% 50 a 69 anos: 1,5% |
| Biópsia Cirúrgica da Mama | ≥ 35 anos com risco elevado: 0,7% 40 a 49 anos: 0,6% 50 a 69 anos: 0,7% |

Fonte: Parâmetros Técnicos para o rastreamento do câncer de mama

Além disso, alguns critérios/ indicadores e parâmetros foram utilizados de modo que pudessem responder as perguntas avaliativas na dimensão de estrutura e processo, e colocados em uma matriz de julgamento.

Seguindo o modelo de Frias⁴⁷ foram atribuídos pesos específicos para cada estágio alcançado pelos seus componentes, de modo que para os componentes com as ações implantadas atribuíram-se 2 pontos, para parcialmente implantada, 1 ponto e, para não implantadas, 0 ponto.

O grau de implantação do programa foi obtido pela média aritmética das pontuações dos subcomponentes, aos quais foram atribuídos 10 pontos, divididos entre os critérios/indicadores de cada um a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Grau de Implantação: GI} = \frac{\sum \text{pontos observados}}{\sum \text{pontos esperados}} \times 100$$

Para avaliação do GI, foi elaborado um questionário estruturado, validado por pesquisadores especialistas, quanto à forma e conteúdo, a partir do modelo lógico (Figura 4) e das matrizes de critérios e normas (Quadros 8 e 9).

Os dados coletados e inseridos na matriz de julgamento permitiram uma comparação entre o observado na pesquisa e o esperado. Este procedimento foi utilizado para julgar o valor dos aspectos observados, cuja classificação se deu de acordo com os valores atribuídos.

Considerando a necessidade de atribuir juízo de valor aos dados coletados, os mesmos após serem inseridos em uma matriz de julgamento do programa em suas dimensões de estrutura e processo, foram analisados realizando a comparação do observado (coletado na pesquisa) com o esperado (padrões estabelecidos).

Para cada critério/indicador foi atribuída uma pontuação máxima, para que fosse estabelecida uma descrição de valor ou ponto de corte para delimitar o intervalo aceitável para cada aspecto estudado (Quadro 8 e 9).

As matrizes de medida e de julgamento foram elaboradas inserindo os critérios e indicadores essenciais ao acompanhamento da implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama, através delas será possível verificar se o Programa foi implantado conforme o previsto, tendo em vista que contempla somente os aspectos relevantes que subsidiam a tomada de decisão para melhoria do programa.

Neste sentido, os pontos de corte adotados para definir o grau de implantação do PCCM foram:

| Ponto de Corte | Grau de Implantação |
|-----------------------|----------------------------|
| 90% a 100% | Implantado |
| 60% a 89% | Parcialmente implantado |
| < 59% | Não implantado |

4.10 Aspectos Éticos

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Resolução CNS n° 196, de 10 de outubro de 1996, após a aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP (ANEXO A). Os participantes que foram selecionados para o estudo preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) para participar da pesquisa, após serem devidamente esclarecidos sobre os objetivos da mesma e terem sua integridade moral e física assegurada.

Quadro 8 – Matriz de medida de Estrutura

| Dimensão/Componente | Sub componente | Critérios | Peso indicadores | Nº Máx. Respostas alcançado p/indicado | Pontuação máxima esperada |
|---|--|---|------------------|--|---------------------------|
| | Recursos Humanos (10,0) | -Equipe de saúde da família completa com no mínimo 1 ACS por microárea | 2 | 1 | 2 |
| | | -Percentual de profissionais de saúde médico e enfermeiro vinculado ao atendimento das mulheres no programa | 2 | 1 | 2 |
| | | -Profissional especializado para realização de ECM | 2 | 2 | 2 |
| | | -Profissional especializado para realização de MMG | 2 | 2 | 2 |
| | | -Profissional especializado para diagnóstico de MMG | 2 | 2 | 2 |
| | Espaço Físico (10,0) | - Mínimo de 1 consultório adequado e com privacidade para o atendimento da mulher | 2 | 2 | 2 |
| | | - Sala de mamografia estruturada com sinalização | 2 | 2 | 2 |
| | | -Consultório médico especializado adequado para realização dos procedimentos necessários | 2 | 2 | 2 |
| | | - Sala de espera adequada | 2 | 2 | 2 |
| | | - Sala de digitação de laudos de mamografia | 2 | 2 | 2 |
| | Impressos, materiais e equipamentos para ações educativas (10,0) | - Material educativo – folders, álbum seriado | 2 | 1 | 2 |
| | | - Equipamento áudio visual - aparelho de DVD e televisão | 2 | 1 | 2 |
| | | - Livro de Registro de pacientes | 2 | 2 | 2 |
| | | -Formulário de solicitação de exames. | 2 | 2 | 2 |
| | Normatização (10,0) | - Formulário de referência e contra-referência | 2 | 1 | 2 |
| - Existência de fluxograma de acordo com as normas técnicas estabelecidas quanto a diagnóstico e vigilância de câncer | | 2,5 | 1,25 | 2,5 | |
| - Utilização de normas existentes para realização das ações de controle do câncer de mama | | 2,5 | 1,25 | 2,5 | |
| - Existência de normatização interna sobre as atribuições de cada nível de atenção | | 2,5 | 1,25 | 2,5 | |
| Insumos (10,0) | -Existência de Leis/Portarias; Manuais técnicos | 2,5 | 1,25 | 2,5 | |
| | Material para coleta de citologia da mama Mamaamiga, receituários, Livro de registro de mulheres, agulhas para core biopsy, prontuários | 10 | 5 | 10 | |
| TOTAL | | | 50 | 35 | 50 |

Quadro 9 – Matriz de Medida de Processo

| Dimensão/ Componente | Sub componente | Critérios | Peso indicadores | Nº Máx. Respostas alcançado p/indicado | Pontuação máxima esperada |
|---|--|---|---------------------|---|---------------------------------|
| Gestão e Organização dos serviços (10,0) | | - Formulário de referência e contra referência na unidade | 1 | 0,5 | 1 |
| | | - Captação de mulheres | 1 | 1 | 1 |
| | | - Distribuição de materiais insumos em tempo hábil | 2 | 1 | 2 |
| | | - Realização de manutenção dos equipamentos periódicos | 2 | 1 | 2 |
| | | - Elaboração de 1 boletim de atendimento ambulatorial (BPA) dos procedimentos | 1 | 1 | 1 |
| | | - Planejamento anual das ações do PCCM | 1 | 0,5 | 1 |
| | | - Monitoramento e acompanhamento do plano trimestralmente | 1 | 0,5 | 1 |
| - Pactuação e discussão dos indicadores com a ESF | 1 | 1 | 1 | | |
| Assistência à Saúde (10,0) | Diagnóstico | Agendamento das mulheres | 2 | 1 | 2 |
| | | Número de atendimento realizados por profissional – mínimo 4 atend/médico | 1 | 0,5 | 1 |
| | | Número de atendimento realizados por profissional – mínimo 3 atend/enfermeiro | 1 | 1 | 1 |
| | | Percentual de mmg realizadas | 1 | 1 | 1 |
| | Número de PAG e biópsia cirúrgica | 1 | 0,5 | 1 | |
| Tratamento | Número de encaminhamentos realizados para unidades de referência | 2 | 1 | 2 | |
| Seguimento | Registro de mulheres submetidas a ecm e mmg | 1 | 0,5 | 1 | |
| | Intervalo de tempo para realização e liberação do exame | 1 | 0,5 | 1 | |
| Capacitação de RH (10,0) | Educação permanente | Profissional capacitado para a realização do exame clínico/ realização de 1 capacitação anual | 2 | 1 | 2 |
| | | Todos os profissionais de nível superior capacitados para realização do ECM e MMG | 2 | 1 | 2 |
| | | Todos os ACS capacitados para captação das mulheres | 2 | 2 | 2 |
| | | Número de profissionais capacitados na atenção secundária | 2 | 1 | 2 |
| | | Profissional capacitado para realizar MMG | 2 | 2 | 2 |
| Comunicação (10,0) | Educação em Saúde | Realização de ações educativas com usuárias e comunidade pelo menos quinzenalmente | 10 | 10 | 10 |
| Vigilância em Saúde (10,0) | Investigação | Realização de busca ativa das mulheres faltosas | 5 | 2,5 | 5 |
| | | Existência de instrumento de avaliação - SISMAMA | 2 | 2 | 2 |
| | Seguimento | Identificação das mulheres com seguimento concluído | 5 | 2,5 | 5 |
| | | Emissão de relatórios para busca ativa das mulheres com lesão de câncer de mama mensal | 2 | 1 | 2 |
| TOTAL | | | 50 | 37,5 | 50 |

V. RESULTADOS

A Tabela 4 apresenta informação obtida após a aplicação do instrumento de coleta de dados primários sobre o número de profissionais que realizam o ECM onde observamos que do total de 59 profissionais entrevistados 61,1% citaram que apenas um profissional realiza o procedimento, 59,6% informaram que os profissionais que realizam o ECM estão totalmente capacitados, porém apenas 11,8% responderam ao questionário informaram que foram capacitados a menos de dois anos.

Tabela 4 – Profissionais que realizam o Exame Clínico de Mama, se eles se consideram capacitados e quando foi realizada a última capacitação para atendimento as mulheres pelas USF no Município de Cuité-PB, 2011.

| Profissionais que realizam ECM | N | % |
|---------------------------------------|-----------|---------------|
| Nenhum | 4 | 6,8% |
| Apenas um | 33 | 55,9% |
| Dois | 12 | 20,3% |
| Não sabe | 5 | 8,5% |
| Não responderam | 5 | 8,5% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Profissionais capacitados ECM | N | % |
| Totalmente capacitado | 34 | 57,6% |
| Parcialmente capacitado | 17 | 28,8% |
| Não capacitado | 1 | 1,7% |
| Não sabe | 5 | 8,5% |
| Não responderam | 2 | 3,4% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Última capacitação | N | % |
| Menos de 2 anos | 6 | 10,2% |
| De 3 a 4 anos | 18 | 30,5% |
| Mais de 5 anos | 6 | 10,2% |
| Não sabe | 21 | 35,6% |
| Não responderam | 8 | 13,5% |
| Total | 59 | 100,0% |

No tocante à capacitação dos profissionais observou-se que há precariedade nesta ação, pois, não há uma articulação favorável para a realização destas capacitações junto ao governo estadual, embora 59,6% dos entrevistados tenham informado que os

profissionais que realizam o ECM estavam totalmente capacitados. Fato esse mencionado pelos atores nas falas abaixo:

“(...) o município realiza apenas oficinas, enquanto que o estado não realiza nada”. Entrevistado D.

“(...) não há treinamentos suficientes”. Entrevistado C.

“(...) não há treinamentos contínuos os profissionais buscam mudar...”.

Entrevistado A.

“(...) no meu conhecimento são poucos treinamentos são poucas palestras que recebemos é mais através da secretaria que nos passa essa informações através do projeto familiar, e assim, ainda está a desejar essa informações essas palestras que deveria haver pelo menos a cada três meses, seis meses duas vezes ao ano, isso ai tá faltando essa informações”. Entrevistado G.

“Necessita de mais capacitação para os profissionais e divulgação do programa”. Entrevistado 40.

“Avalio o Programa regular, precisa de treinamento ou capacitação para os profissionais envolvidos com o programa”. Entrevistado 39.

Na Tabela 5 dos 59 entrevistados 61% informaram sobre a existência de rotina no atendimento nas unidades, 59,3% confirmaram a realização do agendamento do atendimento da mulher e 61% também da realização de ações educativas junto à comunidade, 84,7% informaram haver registro dos exames realizados de alguma forma na unidade. Entretanto também observamos que apesar de 71,2% dos entrevistados terem informado a existência do formulário para referência, possivelmente não está sendo utilizado na rotina já que apenas 22% têm conhecimento e 33,9% não sabem da existência do sistema de referência e contra referência no serviço.

Tabela 5 – Rotinas de atendimento, ações educativas executadas pelas unidades de saúde, agendamento e registro de Exame Clínico de Mama e sistema de referência e contra-referência com uso formulários para as mulheres atendidas pelas ESF no Município de Cuité-PB, 2011.

| Rotina de atendimento | N | % |
|-------------------------------------|-----------|---------------|
| Sim | 36 | 61,0% |
| Não | 17 | 28,8% |
| Não sabe | 6 | 10,2% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Ação Educativa | N | % |
| Sim | 36 | 61,0% |
| Não | 20 | 33,9% |
| Não sabe | 3 | 5,1% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Agendamento de ECM | N | % |
| Sim | 35 | 59,3% |
| Não | 22 | 37,3% |
| Não sabe | 2 | 3,4% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Registro ECM | N | % |
| Sim | 50 | 84,7% |
| Não | 1 | 1,7% |
| Não sabe | 5 | 8,5% |
| Não responderam | 3 | 5,1% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Referência/contra referência | N | % |
| Sim | 13 | 22% |
| Não | 22 | 37,3% |
| Não sabe | 20 | 33,9% |
| Não responderam | 4 | 6,8% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Formulário de Referência | N | % |
| Sim | 42 | 71,2% |
| Não | 1 | 1,7% |
| Não sabe | 15 | 25,4% |
| Não responderam | 1 | 1,7% |
| Total | 59 | 100,0% |

Também se observou na Tabela 5 que 59,3% dos entrevistados informaram a existência de agendamento para a realização do ECM, porém, 26% relataram que a enfermeira é quem realiza o agendamento do ECM para ser realizado juntamente com o preventivo, numa abordagem oportunística, e neste mesmo dia realiza palestras

educativas de orientação para as mulheres quanto aos bons hábitos e formas de detecção precoce do câncer.

“(...) Anteriormente era preenchida uma ficha inicial pelos ACS o qual encaminhava a paciente para a unidade para realizar o exame clínico das mamas e o papanicolaou. Hoje não trabalhamos com a ficha , mas a rotina é a mesma”.

Entrevistada 37.

“(...) Por que o programa parou? Tão importante para a população, por isso aumentou a demanda de câncer de mama”. ***Entrevistada 3.***

“(...) Quando volta a funcionar como antes?”. ***Entrevistada 24***

Ao se questionar sobre como os profissionais avaliam o Programa de Controle do Câncer de Mama no município 24% informa sobre o mamógrafo estar parado com defeito e sem funcionar.

“É um programa bom, porém precisa melhoria em relação ao funcionamento regular do mamógrafo”. ***Entrevistado 48.***

“É um programa eficaz, mas que necessita de aprimoramentos, como agilidade nos resultados dos exames, mamografia (conserto), disponibilidade de material, como batas para as pacientes”. ***Entrevistado 12.***

“Deveria ser melhor, porque o aparelho de mamografia está quebrado, muitas mulheres querem fazer a mamografia e está em falta”. ***Entrevistado 27.***

Às questões levantadas pelo modelo proposto, buscou-se analisar fatores determinantes para a implantação do PCCM e que possuem especificidades locais bem próprias, que são: a configuração do modelo de atenção no município, a política

proposta para a saúde da mulher no município e a infraestrutura disponível para o desenvolvimento do programa.

5.1 Dimensão da Estrutura

Considerando os critérios referentes à estrutura, as unidades de saúde da família que fizeram parte deste estudo apresentam uma infraestrutura física parcialmente adequada para a realização das atividades de controle do câncer de mama, 100% possuem consultório destinado à realização do ECM com mesa clínica, boa iluminação, privacidade do ambiente, porém necessita de adequação na infraestrutura atendendo as dimensões estabelecidas em manual de estrutura física do PSF disponível no Ministério da Saúde. A unidade secundária possui na sua estrutura sala do especialista adequada com equipamentos específicos para realização de exame para confirmação diagnóstica (pistola para punção por agulha grossa), sala do mamógrafo e processadora, sala para emissão dos laudos e arquivo. Em ambas as unidades de análise pode-se constatar que estão de acordo com os padrões estabelecidos pelo programa.

A Tabela 6 apresenta as informações relacionadas à estrutura física e ao material disponível nas unidades onde foi observado do total de 59 entrevistados que responderam ao questionário 50,8% classificaram como estrutura física parcialmente adequada.

Tabela 6– Estrutura física das unidades, disponibilidade de material no município de Cuité – PB, 2011.

| Estrutura Física | N | % |
|------------------------------|-----------|---------------|
| Totalmente adequada | 22 | 37,3% |
| Parcialmente adequada | 30 | 50,8% |
| Não adequados | 3 | 5,1% |
| Não responderam | 4 | 6,8% |
| Total | 59 | 100,0% |
| Material disponível | N | % |
| Totalmente adequada | 9 | 15,3% |
| Parcialmente adequada | 35 | 59,3% |
| Não adequados | 5 | 8,4% |
| Não responderam | 10 | 17% |
| Total | 59 | 100,0% |

Quanto aos recursos materiais foram avaliados como parcialmente adequados onde 59,3% dos entrevistados se expressaram quanto à escassez de material (kit para citologia da mama, requisições de exames (citologia e mamografia) e materiais informativos). Como se pode observar nas falas abaixo:

“(...) nem sempre se tem regularidade no abastecimento do material na unidade”. Entrevistado 3.

“(...) a distribuição do material é semanal, no entanto, faltam alguns materiais, como papel para forrar a cama ginecológica, bata para as mulheres...”.

Entrevistado 12.

“(...) não existe regularidade no fornecimento de material”. Entrevistado 45.

Os equipamentos adquiridos por ocasião do projeto um Beijo pela Vida para subsidiar o PCCM na unidade secundária (computador, impressora) foram transferidos para o nível central, tendo em vista que não havia recursos humanos suficientes para a realização da digitação dos laudos no SISMAMA. Outro fator agravante no

desenvolvimento do PCCM foi o fato do mamógrafo estar quebrado há um ano levando o município a ter que deslocar as mulheres ao município de Campina Grande para a realização dos exames,

Foi verificado que a pistola para punção por agulha grossa, que fora adquirida pelo projeto, estava sem ser utilizada, pois a especialista que exercia suas funções no período não tinha experiência no seu manuseio e a atual não tinha conhecimento da existência do equipamento.

O fato de o mamógrafo encontrar-se quebrado na maioria das vezes por um longo período foi citado pelos entrevistados como um entrave para o funcionamento do Programa, conforme descrição abaixo:

“(...) O programa está caminhando, porém a maior dificuldade no momento é a indisponibilidade da mamografia no município, tendo de levar a mulher até Campina Grande”. Entrevistado 7.

“(...) Funciona em partes, pois no momento o mamógrafo está quebrado, mas continua o exame clínico nas UBS e quando precisa encaminha-se para outra cidade”. Entrevistado 20.

“(...) No momento não está havendo controle de qualidade há mais de um ano que o mamógrafo está quebrado e deslocando as mulheres para Campina Grande com muita dificuldade”. Entrevistado A.

“(...) Eles concertam o mamógrafo e em um mês ele quebra. Porque? Por que ele não é usado, você tem que usar o mamógrafo se não a chapa cola”. Entrevistado G.

5.2 Dimensão do Processo

Considerando os componentes do modelo lógico as ações desenvolvidas nas unidades básicas e na unidade de referência foram avaliadas observando os critérios estabelecidos.

Neste estudo as ações que apresentaram os maiores entraves foram a partir da falta de conhecimento dos profissionais sobre o sistema de referência e contra referência onde 71,2% dos entrevistados informaram não saber ou não haver um sistema em todos os níveis. Além disso, chama-se a atenção quanto o número de profissionais, 10,2% que não responderam sobre existência ou não de rotina no serviço, dado relevante considerando a importância em que todos os profissionais devem ter conhecimento específico das questões básicas da prática profissional.

Apesar de ter sido adotado um fluxo anteriormente na implantação do projeto, este fluxo não foi estabelecido como rotina, onde os ACS captavam as mulheres que nunca tinham realizado exame clínico das mamas para encaminhá-las ao profissional médico e/ou enfermeiro para realizá-lo e posteriormente encaminhá-las para o serviço de referência. Neste estudo observamos que parte das ações tais como: captação das mulheres que nunca realizaram exames, busca ativa das mulheres que faltam no agendamento, e que contribuem para a identificação das mulheres com lesão em seu estágio inicial não está sendo feito a contento.

Nos períodos de 2006 a 2008 o SISMAMA não estava ainda liberado para implantação, porém, os dados necessários para acompanhamento do projeto um Beijo pela vida foram digitados em um programa de excel que permitiu a análise sobre a cobertura dos exames no município. Segundo a Coordenadora da Atenção Básica, só em 2010 que o sistema foi liberado e implantado, embora tenha sido instalado no nível de

serviço e de coordenação municipal houve uma quebra no processo de execução devido equipamento ter quebrado, mesmo assim, ainda foi possível digitar algumas informações, os quais estão disponibilizados no DATASUS.

Na Tabela 7, pode-se observar a distribuição da quantidade de mulheres, por faixa etária e por ano de competência que realizaram mamografia no município após a implantação do SISMAMA. Em 2010 foram realizadas e inseridas no sistema 238 mulheres na faixa etária de 40 anos e mais e em 2011 foram inseridas 86 mulheres nesta mesma faixa etária. É importante ressaltar que as mamografias existentes no banco de dados do ano 2011, foram realizadas fora do município objeto deste estudo.

Tabela 7 – Quantidade de Exames de Mamografia realizados por Faixa Etária segundo Ano Competência

| Ano Competência | Entre 40 a 44 anos | Entre 45 a 49 anos | Entre 50 a 54 anos | Entre 55 a 59 anos | Entre 60 a 64 anos | Entre 65 a 69 anos | Acima de 70 anos | Total |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| 2010 | 51 | 37 | 37 | 38 | 32 | 22 | 21 | 238 |
| 2011 | 22 | 13 | 17 | 14 | 12 | 2 | 6 | 86 |
| TOTAL | 73 | 50 | 54 | 52 | 44 | 24 | 27 | 324 |

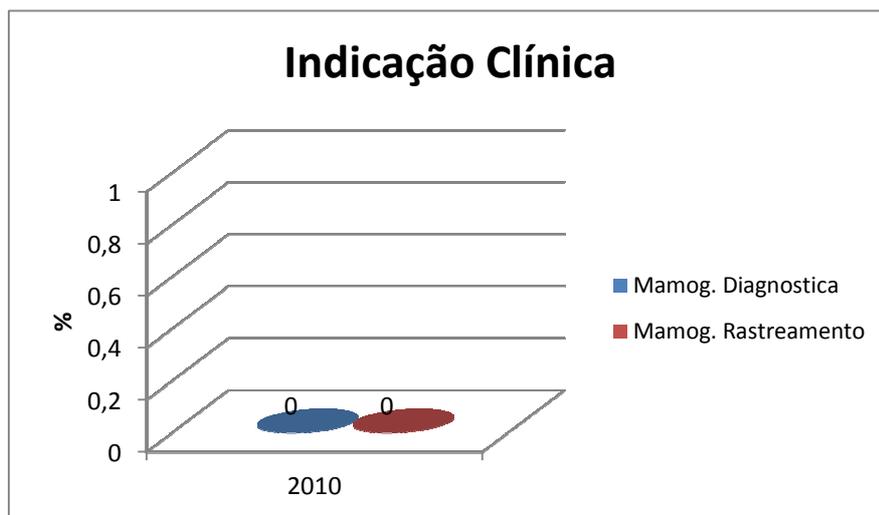
Fonte: SISMAMA/DATASUS

Pode-se observar na tabela 8 que a realização dos exames de mamografia tem-se apresentado bastante homogênea entre as idades prioritárias do programa, porém se faz necessário ampliar mais a busca por aquelas na faixa etária de prioridade do PCCM. Também foi possível observar uma queda no número de exames realizados no ano de 2011, vindo a confirmar as informações apresentadas pelos entrevistados relacionadas a quebra do equipamento (mamógrafo).

No Gráfico 1, observa-se que a indicação clínica para a realização da mamografia foi de rastreamento 99,16% e 100% nos anos de 2010 e 2011, respectivamente, e no Gráfico 2 observa-se na distribuição dos exames por faixa etária

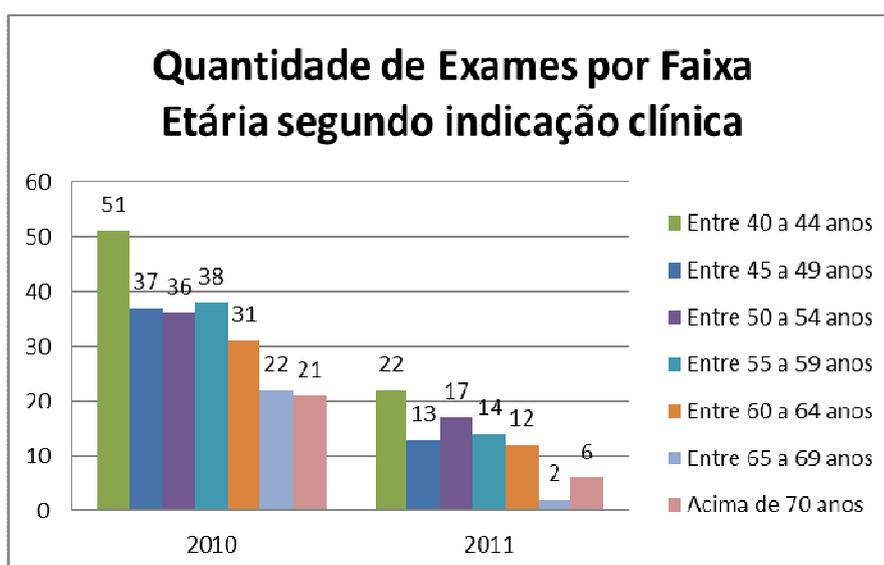
segundo indicação clínica, a existência de 88 mulheres, em 2010, e 35, em 2011 com faixa etária de 40 a 49 anos submetidas ao exame de rastreamento, fora do critério estabelecido nos parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama.

Gráfico 1 – Percentual de Mamografias segundo indicação clínica, Cuité – PB, 2010 - 2011



Fonte: SISMAMA/DATASUS

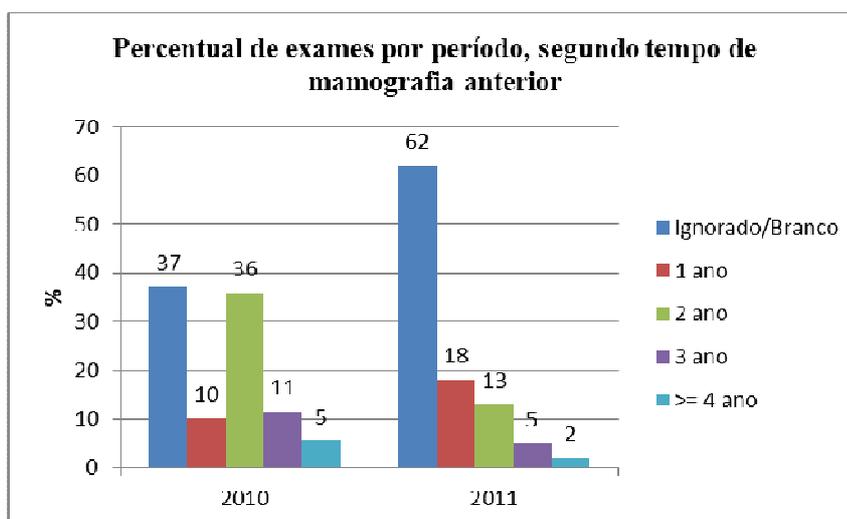
Gráfico 2 – Quantidade de Exames de mamografia de rastreamento por faixa etária, Cuité – PB, 2010 – 2011.



Fonte: SISMAMA/DATASUS

Ainda dentro da dimensão do processo observaram-se nos dados inseridos do SISMAMA que quanto ao tempo ao qual a mulher foi submetida ao exame de mamografia (Gráfico 3), em 2010, 37% das mulheres não sabiam informar ou ignoraram quando havia realizado o último exame, tendo aumentado esse percentual em 2011, pois, do total de 86 mulheres, 62% não identificaram esse tempo. Pode-se atribuir a ocorrência de falha no preenchimento da informação no formulário, o que não foi possível identificar já que não foi objeto do estudo a qualificação dos formulários de solicitação de exames. Entretanto foi possível identificar que do número de exames realizados 36% das mulheres em 2010 haviam realizado os exames há 2 anos.

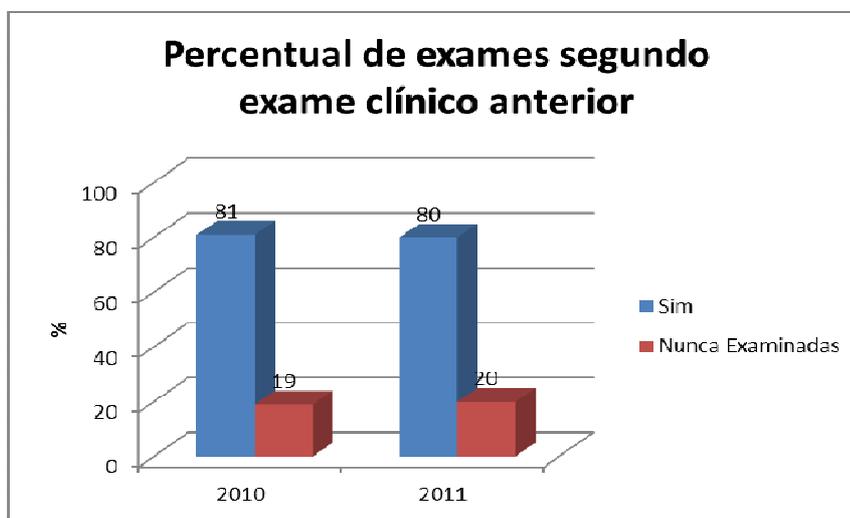
Gráfico 3 – Percentual de exames por período, segundo tempo de mamografia anterior, Cuité – PB, 2010 – 2011.



Fonte: SISMAMA/DATASUS

O Gráfico 4 mostra que do total de mulheres inseridas no SISMAMA 81% realizaram ECM anteriormente em 2010, e 80%, em 2011, enquanto que 19% e 20% informaram nunca ter realizado ECM anteriormente, respectivamente em 2010 e 2011.

Gráfico 4 – Percentual de exames de mamografia segundo exame clínico anterior, Cuité – PB, 2010 – 2011.



Fonte: SISMAMA/DATASUS

Perguntado sobre a forma de captação das mulheres para a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama, houve uma distribuição equilibrada nas respostas com prevalência na captação através da busca ativa das mulheres, onde 25,4% informaram captar por esse método, 23,7% informaram captar as mulheres através de dois métodos oportunístico e de busca ativa. (Tabela 8).

Tabela 8 – Percentual do meio de realizar captação

| Captação | N | % |
|-----------------------------|-----------|---------------|
| Busca Ativa | 15 | 25,4% |
| Oportunista | 4 | 6,8% |
| Campanha | 10 | 17% |
| Demanda espontânea | 11 | 18,6% |
| Oportunística e busca ativa | 14 | 23,7% |
| Não responderam | 5 | 8,5% |
| Total | 59 | 100,0% |

Outro dado importante diz respeito às ações educativas realizadas tanto relacionadas ao número de atividades quanto a forma de realização. Conforme observamos na fala dos atores abaixo:

“(...) são realizadas palestras na sala de espera, escola, grupo de idosos e saúde na rua, e contamos com a colaboração de estagiárias de enfermagem da UFPB – Campus Cuité”. **Entrevistado 37.**

“(...) são realizadas as ações educativas quando da visita domiciliar do ACS e ainda palestras educativas na unidade e na comunidade”. **Entrevistado 7.**

Não pode deixar de ser mencionada a ação de mobilização social que é realizada todos os anos em comemoração ao dia Nacional de Combate ao Câncer que ocorre no mês de novembro.

“(...) no mês de novembro é realizado uma mobilização com as usuárias do serviço de mastologia”. **Entrevistado D.**

“(...) em novembro existe uma mobilização no dia nacional do câncer, onde participam a mastologista, equipe de saúde da família e usuárias do serviço”.

Entrevistado E.

Quando questionados sobre como avaliam o Programa no município e se estava contribuindo para a detecção precoce do câncer de mama foi obtido um percentual pequeno 12% de respostas em que se afirmava que o Programa dava bons resultados, na sua maioria 56% apenas expressavam preocupação por não estar funcionando conforme as normas estabelecidas.

5.3 Grau de Implantação do PCCM

De acordo com os valores atribuídos conclui-se que o programa pode ser considerado na dimensão da estrutura parcialmente implantada com 65% alcançados e na dimensão de processo não implantado com 49% pelos aspectos eleitos (Quadro 10 e 11).

Na dimensão da estrutura o componente de Gestão e organização de serviços apresentou em seu conjunto, grau de implantação satisfatório sendo considerado implantado. No componente Assistência à Saúde os critérios relacionados ao percentual de profissionais que executam a conduta e protocolo estabelecidos pelo Ministério da Saúde foram considerados parcialmente implantados, na unidade básica observou-se um incipiente processo de marcação de consultas e de busca ativa das mulheres faltosas ao seguimento, e na unidade secundária observou-se a inexistência do livro de registro das mulheres, e a não realização dos procedimentos de complementação diagnóstica.

O componente de capacitação dos profissionais de saúde para a realização do ECM foi considerado não implantado, embora tenha sido mencionado por 57,6% dos entrevistados que os profissionais estavam totalmente capacitados, percebeu-se a incipiência na prática desta ação por parte de alguns profissionais, claramente mencionado na fala de alguns entrevistados.

Sabe-se que a atenção primária à saúde tem papel fundamental no rastreamento do câncer de mama, entretanto, em meio aos múltiplos desafios é importante destacar a permanente necessidade de qualificação dos profissionais de modo que as falhas e limites que necessitam sejam corrigidos.

Na dimensão de processo no componente de gestão e organização de serviços o critério avaliado foi referente à aquisição de equipamentos específicos para o programa, tendo sido considerado implantado, embora tenha sido observado e relatado por diversos atores a constante incapacidade operativa do mamógrafo existente no município. No componente assistência à saúde os valores atribuídos refletem a deficiência do programa sobre a garantia de ações adequadas de diagnóstico e tratamento, tendo sido um nó crítico para a organização da linha de cuidado.

Atribui-se à unidade secundária a responsabilização por esse componente apresentar um grau de implantação insatisfatório, e preocupante com indicadores considerados críticos classificando em sua maioria como não implantada.

Quadro 10 – Matriz de Julgamento Estrutura

| Componentes | Critérios/indicadores | Padrão | Valor máximo esperado (100 pontos) | Descrição do valor ou ponto de corte | Observado | Valor alcançado (atribuído a partir do observado) | Julgamento de acordo com o valor atribuído |
|----------------------------------|--|---|------------------------------------|--|-----------|---|--|
| Gestão e Organização de Serviços | Percentual de unidades com consultório destinado a realização do ECM | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5 pontos; 65-100%=10 pontos | 100% | 10 | implantado |
| | Existência de equipamentos adequados para realização dos procedimentos | Mamógrafo; processadora; Pistola para PAG, computador, impressora | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | Sim | 5 | implantado |
| | Percentual de profissionais médicos e enfermeiros vinculados ao atendimento das mulheres no programa | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5 pontos; 65-100%=10 pontos | 97% | 10 | Implantado |
| | Existência de programação orçamentária dos procedimentos dos serviços de referência | Elaboração de Boletim de Atendimento Ambulatorial (BPA) dos procedimentos | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | Sim | 5 | implantado |
| Assistência à Saúde | Percentual de profissionais médicos e enfermeiros que executam a conduta estabelecida pelo Ministério da Saúde | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5 pontos; 65-100%=10 pontos | 50% | 5 | Parcialmente implantado |
| | Percentual de médicos especialistas que executam a | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; | 50% | 5 | Parcialmente |

| | | | | | | | |
|-------------------|---|---|------------|---|-------|-----------|--------------------------------|
| | conduta estabelecida no protocolo de atendimento na média complexidade | | | 45-64%= 5pontos; 65-100%=10 pontos | | | implantado |
| | Capacidade operacional da unidade para atendimento da mulher | Cada médico poderá realizar 12 biópsias por agulha grossa ou 4 biópsias cirúrgicas por turno de 4 horas | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | Não | 0 | Não implantado |
| Capacitação de RH | Percentual de ACS capacitados para a realização da busca ativa das mulheres para realizarem o ECM | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5pontos; 65-100%=10 pontos | 100% | 10 | implantado |
| | Percentual de profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária capacitados para a realização do ECM | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5pontos; 65-100%=10 pontos | 57,6% | 5 | Parcialmente implantado |
| | Percentual de profissionais capacitados para rastreamento do câncer de mama na atenção primária | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5pontos; 65-100%=10 pontos | 57,6% | 5 | Parcialmente implantado |
| | Percentual de profissionais capacitados para rastreamento do câncer de mama na atenção secundária/terciária | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44%= 2 pontos; 45-64%= 5pontos; 65-100%=10 pontos | 50% | 5 | Parcialmente implantado |
| TOTAL | | | 100 | | | 65 | Parcialmente implantado |

Quadro 11 – Matriz Julgamento – Processo

| Componentes | CrITÉrios/indicadores | Padrão | Valor máximo esperado (100 pontos) | Descrição do valor ou ponto de coorte | Observado | Valor alcançado (atribuído a partir do observado) | Julgamento de acordo com o valor atribuído |
|----------------------------------|---|---|------------------------------------|--|-----------|---|--|
| Gestão e Organização de Serviços | Aquisição de equipamentos necessários para o rastreamento e diagnóstico do câncer | Todos os equipamentos necessários adquiridos (mamógrafo, processadora, computador, impressora, pistola para punção) | 10 | Sim = 10 pts Não = 0 pts | Sim | 10 | implantado |
| Assistência à Saúde | Percentual de Mulheres com idade \geq 40 anos que realizaram ECM anualmente | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44% = 2 pontos; 45-64% = 5 pontos; 65-100% = 10 pontos | 67% | 10 | Parcialmente implantado |
| | Percentual de mulheres com idade entre 40 e 49 anos que realizaram mamografias (com indicação) anualmente | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44% = 2 pontos; 45-64% = 5 pontos; 65-100% = 10 pontos | 37,2% | 2 | Não implantado |
| | Percentual de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia anualmente | 100% | 10 | 1-24% = 0 pontos; 25-44% = 2 pontos; 45-64% = 5 pontos; 65-100% = 10 pontos | 55,4% | 5 | Parcialmente implantado |
| | Percentual de mulheres com lesão maligna do câncer de mama encaminhadas para tratamento | 100% | 10 | 0% = 0 pontos; 1-50% = 2 pontos; 51-75% = 5 pontos; 76-100% = 10 | 0% | 0 | Não disponível |

| | | | | | | | |
|---------------------|---|---|------------|---|-------|-----------|-----------------------|
| | | | | pontos | | | |
| | Percentual de mulheres com câncer de mama tratadas | 100% | 10 | 0% = 0 pontos; 1-50% = 2 pontos; 51-75% = 5 pontos; 76-100% = 10 pontos | 0% | 0 | Não disponível |
| | Percentual de mamografias realizadas | 60% de cobertura conforme o protocolo | 10 | 0-34% = 2 pontos; 35-64% = 5 pontos; 65-100% = 10 pontos. | 8,16% | 2 | Não Implantado |
| Comunicação | Número de atividades educativas realizadas em relação ao câncer de mama com as usuárias | 3 reuniões quinzenais | 10 | Sim = 10 pts Não = 0 pts | Sim | 10 | Implantado |
| Vigilância em Saúde | Realização de monitoramento mensal do tempo entre a realização do exame e a entrega do resultado para todas as pacientes | Monitoramento mensal realizado para todas as pacientes | 10 | Sim = 10 pts Não = 0 pts | Não | 0 | Não implantado |
| | Identificação das mulheres com seguimento concluído Emissão de relatórios para busca ativa das mulheres com lesão de câncer de mama mensal | 100% das mulheres com seguimento concluído Relatórios emitidos mensalmente | 10 | Sim = 10 pts Não = 0 pts | Sim | 10 | Implantado |
| TOTAL | | | 100 | | | 49 | Não implantado |

VI DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Segundo Tanaka⁴⁸, o mais difícil na análise dos dados qualitativos é definir com exatidão o que é mais importante para ser analisado. Neste estudo consideramos que o mais importante seria conhecer até onde os profissionais de saúde do município tinham entendimento sobre as normatizações existentes para que o programa pudesse dar bons resultados.

Na construção do modelo lógico para o Programa objeto deste estudo, ao contrário do que se referiam Mercer e Goel⁴³, não foram identificados limites maiores, tendo em vista os avanços obtidos no que se refere às políticas de controle do Câncer de mama adotadas no país.

O presente estudo se propôs a conhecer o grau de implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama – Viva Mulher no município de Cuité utilizando o método de avaliação normativa na sua dimensão de estrutura e processo. Segundo Contandriopoulos³⁶, essa forma de avaliação compreende o julgamento da aplicação de normas e critérios pré-estabelecidos, considerados padrão para uma dada situação.

Para que a rede de saúde esteja otimizada, para as ações de controle do câncer de mama inúmeras etapas devem ser avaliadas, a fim de que o conjunto das unidades de saúde em seus diferentes níveis atue integrado e com um alto grau de resolução necessário para obtenção dos resultados esperados pelo Programa Viva Mulher.

Vuori⁴⁹ refere à dimensão de processo como o mais importante, para ele se quer melhorar a assistência deve acontecer no nível de processo ou de estrutura, pois resultado é sempre consequência de alguma coisa. Os resultados precários sugere voltar ao processo e descobrir coisas a serem corrigidas.

De acordo com as normas técnicas estabelecidas é na unidade básica em que é atribuída ao profissional de saúde a realização do ECM e também a solicitação da mamografia²⁰, entretanto observamos, neste estudo, que a organização da rede assistencial necessita ampliar a sua efetividade e eficiência mediante a ampliação do acesso e a capacitação dos profissionais de saúde.

Uma das estratégias do PCCM é informar e capacitar os profissionais envolvidos na atenção ao câncer de mama, cujo objetivo é uniformizar e dar conhecimento das normas e procedimentos necessários à prevenção e ao diagnóstico precoce dentro da lógica de atenção integrada da saúde da mulher¹⁴.

O resultado de que 11,8% dos profissionais que atuam no município de Cuité tenham participado de uma capacitação a menos de dois anos, é um dado preocupante, pois, para se obter um bom diagnóstico precoce se faz necessário que os profissionais (médicos e enfermeiros) sejam capazes de realizar o ECM das mulheres, solicitar exames mamográficos para aquelas com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação. Faz-se necessário ainda que os ACS sejam capazes de realizar a captação das mulheres para realização desses procedimentos.

Pode-se perceber com esse resultado, que a prática da educação permanente não foi desenvolvida ao longo dos anos, o que conseqüentemente levou a um *déficit* nas ações desenvolvidas no município.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família”, no período de 2001/2002, junto as 16.812 equipes de saúde da família existentes na ocasião no país, revelou em relação à capacitação destinada a ações de saúde da mulher, que 31,1% das equipes tinham médicos que

havam recebido treinamento específico e 41,1% para enfermeiros²¹. Neste estudo não foi objeto conhecer por profissional quem estava capacitado, porém o conjunto, médico e enfermeiro, demonstrou uma insuficiência na capacitação destes profissionais.

É papel tanto dos municípios quanto do estado capacitar enfermeiros, médicos e técnicos em radiologia, vistos como profissionais prioritários do Programa de Controle do Câncer de Mama. Entre as recomendações existentes no Consenso de Mama está desenvolver uma política de capacitação dos profissionais em todos os níveis de complexidade da atenção ao câncer¹³.

A necessidade do município de efetivar o quadro de pessoal na área de saúde contribuiu para mudanças de alguns profissionais, além disso, houve expansão no número de equipes de saúde da família na perspectiva de ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município de Cuité apesar de possuir um serviço de radiologia com um equipamento de mamografia, só implantou o SISMAMA em fevereiro de 2010. Este instrumento quando bem utilizado pode ser útil na avaliação, pois, permite identificar o desempenho dos profissionais no que se refere à produção e à adequação técnica, e permite também identificar o perfil da população atendida e ainda outros indicadores emitidos através de relatórios gerenciais.

Denis & Champagne in Hartz, 1997⁵⁰, propõe a análise da implantação como modelo que objetiva especificar os fatores que influenciam os resultados de uma intervenção. Por implantação os autores entendem ser o uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção.

Segundo Denis e Champagne (1997)⁵⁰, a análise de implantação se apoia conceitualmente na análise de três componentes: “dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; das variações da implantação na sua eficácia; da

interação entre o contexto da implantação nos efeitos observados”. Neste estudo, foi verificado que no município ocorreram variações na sua implantação tendo em vista, que ocorreram em épocas diferentes em que a governabilidade tem grande influência no contexto, considerando que cada gestor tem o seu entendimento próprio da funcionalidade de cada programa.

O principal objetivo do projeto um Beijo pela Vida em meados de 2006 foi de fortalecer o Programa de Controle do Câncer de Mama, principalmente na gestão para que se tornasse prioridade na saúde pública do município. Todavia, não foi possível identificar a continuidade das ações, embora o gestor que idealizou o projeto na época tenha retornado ao cargo.

A atualização dos profissionais quanto ao desenvolvimento das ações estabelecidas no Consenso do Câncer de Mama¹³ e também de adoção de estratégias que possam motivar a efetiva incorporação do exame clínico das mamas nas unidades básicas de saúde quando do atendimento à mulher é necessária, pois, é perceptível o interesse dos profissionais em realizar estas ações e a atualização técnica será um grande avanço.

Segundo Parada et. al⁵¹, a realização do exame clínico das mamas em mulheres na faixa etária preconizada ainda não foi plenamente incorporada na atenção básica. O ECM integrado às estratégias de rastreio deve ser realizado de acordo com o Consenso de Mama¹³, anualmente nas mulheres de 40 a 69 anos e nos grupos de mulheres acima de 35 anos com risco elevado para câncer. Entretanto, há profissionais que negligenciam esta ação e limitam-se à recomendação da mamografia, frequentemente fora da faixa etária preconizada pelas recomendações nacionais. Este aspecto foi claramente observado neste estudo através da análise dos dados secundários apresentados no

SISMAMA. Daí a importância de investimentos em atualização dos profissionais de saúde que estão diretamente ligados ao programa.

Ao avaliar este programa buscou-se entender também as principais facilidades e dificuldades para a sua implantação. No município em estudo ficou notório que a integração entre os diversos níveis de atenção deixam a desejar, o fluxo estabelecido na implementação do programa foi paralisado ocasionando um desestímulo dos ACS quanto à captação das mulheres, o equipamento de mamografia, por não ter uma manutenção contínua sofre solução de continuidade e por isso, provoca uma descrença nas mulheres no que se refere à garantia do acesso. A falta de priorização de um fluxo estabelecido causa uma deficiência no acompanhamento rotineiro das ações de controle do câncer de mama.

Além da deficiência do equipamento também se pode perceber a descontinuidade das ações no que se refere à captação das mulheres para inserção no programa de forma organizada, priorizando uma abordagem oportunística e causando uma deficiência na cobertura de exames que deveriam ser realizados.

Segundo os especialistas internacionais, deve-se evitar realizar rastreamentos oportunistas, pois podem gerar o uso ineficiente de recursos. Recomenda-se o uso de um sistema integrado de unidades de diagnósticos, dedicadas e acreditadas, ligadas a uma equipe multidisciplinar organizada como uma Unidade de Mama¹⁹.

Embora exista um instrumento (SISMAMA) de avaliação dos dados quantitativos que possibilitem o planejamento de ações sistemáticas, não foi identificado no processo de coleta de dados o conhecimento técnico por parte de alguns profissionais no que se refere ao manuseio do referido instrumento.

Quanto ao critério de recursos humanos foi constatado a ausência do profissional médico em 4 das unidades incluídas no estudo, o que dificulta o desenvolvimento das ações, á que há uma sobrecarga de serviços para o profissional enfermeiro. De acordo com as normas estabelecidas, a realização do ECM na unidade deverá ser executada pelos dois profissionais de nível superior, (médico e enfermeiro). No que concerne ao planejamento operacional da unidade básica de saúde a mesma deve estar organizada para receber e realizar o ECM das mulheres, solicitar exames mamográficos de rastreamento, receber e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indique a necessidade de maior intervenção.

Na unidade de referência secundária observou-se a precariedade de recursos humanos qualificados para dar orientações às mulheres no processo de acolhimento e humanização. Na estrutura física encontra-se em funcionamento o serviço de mamografia que pertencente ao Consórcio Intermunicipal cujos profissionais só atendem em dias pré-determinados, deixando muitas vezes o equipamento ocioso. É nesta unidade que acontece o funcionamento da referência para o encaminhamento das mulheres com resultados alterados. É exigida a presença de profissionais treinados para realizarem a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer de mama, além da mamografia, a biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina e também tratamento das lesões benignas mamárias²⁰, todavia, observou-se neste estudo que a médica especialista não exerce suas atividades neste local, realizando atualmente em uma Unidade de Saúde da Família.

Não foi observada a continuidade do registro das mulheres que são atendidas neste nível secundário em livro ata contento as variáveis necessárias para o seu acompanhamento, entre as quais se destaca: nome da mulher, idade, data da realização do ECM e da mamografia, resultado do exame, procedimento realizado e seguimento.

Estas variáveis visam organizar a marcação de consultas e a busca ativa das mulheres faltosas ao seguimento¹⁴. O fluxo de atendimento das mulheres deve ser muito bem articulado entre as unidades primária, secundária e terciária, a fim de que seja garantida uma melhor qualidade e menor período de tempo no atendimento. Também foi observada a falta de conhecimento técnico dos protocolos estabelecidos no SUS, para o controle da doença por parte de alguns profissionais provocada pela falta de capacitação.

O grau de implantação do Programa na dimensão da estrutura foi considerado parcialmente implantado com 65% valor atribuído a partir do observado, onde o peso maior se deu no componente da assistência em que há deficiência na capacitação técnica dos profissionais na população do estudo. No que se refere ao componente de gestão e organização do serviço foi considerado implantado. O indicador da estrutura física avaliado pelos entrevistados traduz a necessidade de investimento por parte da gestão na melhoria da infraestrutura, no que diz respeito à ampliação e reformas das unidades, adequação da estrutura das unidades básicas e de referência, manutenção de equipamentos, entre outros, a qual foi classificada como parcialmente adequada.

A dimensão do processo foi considerada não implantada com 49% do valor atribuído a partir do observado, onde o peso maior foi também no componente da assistência em que há deficiência nos registros de informações e seguimento das mulheres com lesão maligna.

No que se refere ao percentual de mamografias realizadas, o padrão estabelecido nos protocolos de ampliar para 60% a cobertura de mamografia²⁵, entretanto, os dados encontrados no SISMAMA, no período de 2010 e 2011, não demonstram esta realidade, considerando que o mamógrafo, de acordo com relatos feitos pelos atores participantes do estudo, na sua maior parte permaneceu quebrado por falta de manutenção preventiva.

Também não foi possível identificar registro da realização da punção em 100% dos casos encontrados.

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares¹: Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento e, monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Diante das discussões e conclusões apresentadas, algumas recomendações são necessárias para efetivar a implantação do PCCM no município de Cuité:

1. Garantir que toda mulher de 50 a 69 anos faça mamografia a cada dois anos;
2. Estabelecer um planejamento de captação das mulheres de forma organizada para garantir que toda mulher a partir de 40 anos seja captada para realização do ECM anual;
3. Garantir a capacitação dos profissionais para as ações de controle do câncer de mama, em um processo de educação permanente;
4. Garantir mecanismos para que toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas receba diagnóstico no prazo máximo de 60 dias;
5. Instituir o livro de registro com as variáveis necessárias para o acompanhamento e busca ativa das faltosas nas unidades de saúde da família e na unidade de referência;
6. Fortalecer o seguimento das mulheres para alimentação no sistema de controle do câncer de mama – SISMAMA;
7. Estabelecer que o fluxograma proposto seja cumprido para que todos os profissionais façam os encaminhamentos seguindo o protocolo;

8. Estabelecer um contrato de manutenção preventiva dos equipamentos para garantir a ampliação da cobertura de mamografia na faixa etária prioritária;
9. Promover estratégias para realização de Reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização da mulher para o cuidado com a própria saúde;
10. Estabelecer o protocolo de referência e contra-referência, garantindo a divulgação para os profissionais em todos os níveis de atenção relacionados ao PCCM ;

VII. REFERÊNCIAS

1. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, disponível em: <http://www2.inca.gov.br>, acessado em 18.03.2012.
2. WHO [homepage da Internet] *Global Cancer Statistic, França, 2008* [acesso em 16 out. 2010] – disponível em: www.iarc.fr
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA): Estimativa 2012, Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012>. Acesso em março de 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA): Atlas de Mortalidade por Câncer. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> Acessado em março de 2012
5. American Cancer Society. Global Cancer factors & Figures 2007/ Female Breast/ New Cases. Disponível em: <http://www.cancer.org/globalcancerfactors&figures>. Acessado em: setembro de 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Comunicação e Informação, Agência de Notícias “Estudo sobre sobrevivência de câncer nos cinco continentes apresenta diferenças regionais”, Rio de Janeiro, 2008 [acesso setembro 2010]. Disponível em: www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1932
7. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Sistema de informação sobre mortalidade. Brasília; 2008 [acesso 21 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer (Conprev). **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002, 77 p.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação. ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer, Rio de Janeiro, 2011, 128 p.
10. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [periódico online]. 2005 [acesso em 22 nov. 2010] 27(11): 656-60. Disponível em: en.scientificcommons.org/luiz_claudio_santos_thuler - *Estados Unidos*.
11. U.S.Preventive Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S.Preventive Task Force Recommendation Statement. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/breastcancer/brcanrs.htm>, acessado em 20 de março de 2011.
12. World Health Organization Cancer Control: Knowledge into action: Who guide for effective programmes: diagnosis and treatment. Geneva: WHO, 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama**: Documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004b, 39 p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. **Implantando o Viva Mulher** – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro, 2000, 75p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática. Brasília, Ministério da Saúde, 1984.

16. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 2008, cap.3, pág. 112-123;
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a, 80p.
18. National Institute of Health. National Cancer Institute. Breast Cancer Screening. Health professional version. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional/AllPages>. Acessado em 20 de junho de 2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações. – Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(2): 97-113 Rio de Janeiro
20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, nº 13, Brasília, 2006, p108.
21. Ministério da Saúde. **Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005 – 2007: diretrizes estratégicas**. 2005. mimeografado.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 2.439, 8 de dezembro de 2005. Disponível em: www.saude.gov.br, acessado em 24 de novembro de 2010.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama –

- Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais, 1 ed. Rio de Janeiro, 2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: www.portal.saude.gov.br, acessado em 24 de novembro de 2010.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, (DF); 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
26. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Mamografia da Prática ao controle – Recomendações para Profissionais de Saúde, Rio de Janeiro, 2007, 109p.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Lei Ordinária. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Diário Oficial da União [DOU] de 30 de abril de 2008. P.1. Disponível em: www.portal.saude.gov.br, acessado em 24 de novembro de 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria n 779/SAS, 31 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União (DOU) de 02 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/> (acesso em: 24 de nov 2010).
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama – Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais. 1 ed. Rio de Janeiro, 2010.
30. Brasil, Ministério da Saúde, [homepage da internet] Comunicação e Informação, INCA, 2011 [acesso em 25 de mar. 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

31. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(9): 2091–2102.
32. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p. il.
33. Figueiró AC, Thuler LC, Dias ALF. Padrões Internacionais dos estudos de Linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (orgs.). *Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008: 47 – 70.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico: organizando a assistência. Brasília, DF, 2002.
35. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *L'évaluation: concepts et methods*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2009: 35-56.
36. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997, p. 29-48.
37. Oswaldo Y. Tanaka, Cristina Melo, Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*, Petrópolis, 2004, p 121 – 136.
38. Medina MG. et al. Uso de modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde*

- dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 41-63.
39. Figueiró AC. et al. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: Samico I. et al.(Orgs.) Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, cap. 1, p. 01-13.
40. Donabedian, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 163.
41. Samico et al, (orgs.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
42. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Estimativa populacional para 2010 [on line] 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> (Acesso em 24 de novembro de 2010).
43. Mercer, S.L. a G., V (1994). Program Evaluation in the absence of goals: a comprehensive approach to the evaluation of a population-based breast cancer screening program. The Canadian Journal of Program Evaluation, 9:97-112. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-74.
44. Minayo MCS, Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23. Ed. Petrópolis: Vozes, 2004: 9-15.
45. Minayo MCS, O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. Ver.São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

46. Patton, M. Q, *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 Ed. Sage Publications, 2001, 688p.
47. Frias, PG, Lira, PSC, Hartz, ZMA. Avaliação da Implantação de Um Projeto para a redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-74.
48. Oswaldo Y. Tanaka, Cristina Melo, *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – Um Modo de Fazer*. São Paulo, Ed. USP, 2004, p 32-35.
49. Vuori H. A Qualidade em saúde. Apud: *Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS*. *Divulgação em Saúde para debate* 2000; 15-28;
50. Denis JL & Champagne F 1997. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas*. Editora Fio Cruz, Rio de Janeiro, p 49-88.
51. Parada, R. Assis, M. Silva, RCF. Abreu, MF. Silva, AF. Dias, MBK. Tomazelli, JG. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Modelo Lógico do Programa de Controle do Câncer de Mama

| COMPONENTES | PERGUNTAS AVALIATIVAS | Critério | Parâmetro | Fonte de Verificação |
|-------------|---|---|--|--|
| Gestão | As mulheres com faixa etária de 40 a 69 anos têm acesso à realização de exames para diagnóstico precoce do câncer de mama? | % de mulheres entre 40 a 69 anos submetidas ao exame clínico de mama. | 100% das mulheres submetidas ao exame clínico da mama. | Fonte de dados secundário (Prontuários Clínicos – ESF e Livro de Registro) e Primários (entrevistas com as usuárias) |
| | O fluxo de referencia e contra-referencia para rastreamento do câncer de mama está acontecendo conforme protocolo do programa? | % de mulheres com o exame clínico de mama realizado complementado com a mamografia. | 35 ou mais com risco elevado-12% 40 a 49 anos-10% 50 a 69 anos-50% | ESF; SISMAMA |
| | Os formulários padronizados estão sendo utilizados? | Número de Unidades que utilizam os formulários padronizados. | Formulários padronizados utilizados em 100% das Unidades. | Relatório da Coordenação do Programa |
| Assistência | As mulheres a partir de 40 anos estão sendo captadas pela Equipe de Saúde da família para realização de exame clínico e mamografia? | % de mulheres da população de risco captadas por equipe de saúde da família. | 100% da população alvo captada. | Fonte de dados secundário (Prontuários Clínicos – ESF e Livro de Registro) e Primários (entrevistas com as usuárias) |
| | Os profissionais médicos e | % de | 100% dos | Coordenação |

| | | | | |
|---------------------|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| | enfermeiros da atenção básica executam a conduta estabelecida no protocolo de atendimento? | profissionais médicos e enfermeiros que executam a conduta estabelecida pelo Ministério. | profissionais | do Programa e SIS- Mama |
| | Os profissionais médicos especialistas executam a conduta estabelecida no protocolo de atendimento para a média e alta complexidade? | % de profissionais médicos especialistas que executam a conduta estabelecida pelo Ministério. | 100% dos profissionais | Coordenação do Programa SIS- Mama |
| | As mulheres com lesão maligna do câncer de mama são encaminhadas para nível de atenção de maior complexidade? | % de mulheres com lesão maligna do câncer de mama encaminhadas para nível de atenção de maior complexidade | 100% das mulheres encaminhadas | SIS-Mama |
| | As mulheres com lesão maligna do câncer de mama recebem tratamento em nível de atenção de maior complexidade? | % de mulheres com lesão maligna do câncer de mama tratadas | 100% das mulheres tratadas | SIS-RHC |
| Capacitação RH | 100% dos profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária estão capacitados para realização de exame clínico da mama? | Percentual de profissionais capacitados | 100% dos profissionais capacitados | Coordenação do Programa |
| Comunicação | Atividades educativas em relação ao câncer de mama estão sendo promovidas para os usuários? | Numero de atividades educativas realizadas | Mínimo de 03 reuniões mensais | Coordenação do Programa |
| Vigilância em Saúde | Os resultados dos exames estão sendo recebidos em | % de exames recebidos em tempo | 100% dos exames recebidos em | Coordenação do Programa |

| | | | | |
|--|---|--|---|----------------------|
| | tempo oportuno? | oportuno | tempo oportuno (até 30 dias). | e SISMama |
| | Os exames de mamografia para diagnóstico/rastreamento estão sendo realizados na população alvo? | % de mamografias realizadas | 60% dos exames realizados na população alvo | SISMAMA |
| | O Sistema de informação do Câncer de mama foi implantado? | SISMAMA implantado no serviço especializado e na coordenação municipal | SISMama utilizado adequadamente | Relatório do SISMAMA |

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA- IMIP

Prezada (o) Senhor (a), você está sendo convidado a participar da pesquisa ***Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no município de Cuité, na Paraíba***, de responsabilidade de pesquisadores do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

O estudo pretende avaliar o grau de implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no município de Cuité, em consonância com a normatização existente, a fim de fornecer subsídios para os gerentes e gestores, de modo a ajudar a identificar os problemas que existem e, sugerir possíveis mudanças que beneficiarão a população no acesso aos serviços de saúde.

A sua participação estará contribuindo para a melhoria da operacionalização do Programa de Controle do Câncer de Mama, uma vez que permitirá a compreensão das lacunas existentes, ajudando a identificar os problemas e sugerir possíveis mudanças que poderão beneficiar o acesso da população aos serviços de saúde.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas relativas ao Programa de Controle do Câncer de Mama, as respostas serão anotadas em um formulário e terá duração de aproximadamente 60 min. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em completo sigilo.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Eu, _____ declaro ter sido informada (o) e concordo em participar como voluntária (o) desta pesquisa.

Cuité, ____ de _____ de 2011

Assinatura do sujeito responsável

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP
Rua dos Coelhos, 300 - Boa Vista – Recife-PE – Brasil
CEP: 50.070-550
Fone/Fax: (81) 2122-4756

Apêndice 3

Matriz de Julgamento - Estrutura

| Crítérios/indicadores de estrutura | Padrão | Valor máximo esperado (100 pontos) | Descrição do valor ou ponto de corte | Observado | Valor alcançado (atribuído a partir do observado) | Julgamento de acordo com o valor atribuído |
|--|--|---|--|------------------|--|---|
| Percentual de unidades com consultório destinado a realização do ECM | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Existência de equipamentos adequados para a realização dos procedimentos | Todos os equipamentos necessários em funcionamento | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |
| Percentual de profissionais médicos e enfermeiros vinculados ao atendimento das mulheres no programa | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de ACS capacitados para a realização da busca das mulheres para realizarem o ECM | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Existência de instrumentos de monitoramento e avaliação do Programa | SISMAMA - Coordenação Municipal SISMAMA - Prestador de Serviço Livro de registro de mulheres nas unidades | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |
| Percentual de profissionais médicos e enfermeiros que executam a conduta estabelecida pelo Ministério da Saúde | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de Profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária capacitados para a realização do ECM | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de médicos especialistas que executam a conduta estabelecida no | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts | | | |

| | | | | | | |
|---|---|----|--|--|--|--|
| protocolo de atendimento na média complexidade | | | < 25% = 0 pts | | | |
| Capacidade operacional da unidade para atendimento da mulher | Cada médico pode realizar 12 biópsias por agulha grossa ou 4 biópsias cirúrgicas por turno de 4 horas | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |
| Realização da programação orçamentária dos procedimentos dos serviços de referência | Elaboração de Boletim de Atendimento Ambulatorial (BPA) dos procedimentos | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |
| Percentual de profissionais capacitados para rastreamento do câncer de mama na atenção primária | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de profissionais capacitados para rastreamento do câncer de mama na atenção secundária/terciária | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |

Apêndice 4

Matriz de Julgamento - Processo

| Crítérios/indicadores de processo | Padrão | Valor máximo esperado (100 pontos) | Descrição do valor ou ponto de corte | Observado | Valor alcançado (atribuído a partir do observado) | Julgamento de acordo com o valor atribuído |
|--|--|---|--|------------------|--|---|
| Percentual de mulheres com idade \geq 40 anos que realizaram ECM anualmente | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de mulheres com idade entre 40 e 49 anos que realizaram mamografias (com indicação*) anualmente | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de mulheres com idade entre 50 e 59 anos que realizaram mamografias anualmente | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de mulheres com lesão maligna do câncer de mama encaminhadas para o nível de atenção de maior complexidade | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de mulheres com câncer de mama tratadas | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Aquisição de equipamentos necessários para o rastreamento e diagnóstico do câncer de mama | Todos os equipamentos necessários adquiridos | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |
| Percentual de unidades que utilizam os formulários de atendimento padronizados | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Percentual de mulheres com lesão maligna encaminhadas para tratamento | 100% | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |
| Realização de monitoramento mensal do tempo entre a realização do exame e a entrega do resultado para todas as pacientes | Monitoramento mensal realizado para todas as pacientes | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|----|--|--|--|--|
| Nº de atividades educativas realizadas em relação ao câncer de mama com as usuárias | 3 reuniões mensais | 5 | Sim = 5 pts Não = 0 pts | | | |
| Percentual de mamografias realizadas | 60% de cobertura conforme protocolo | 10 | 75% a 100% = 10 pts 50 a 75% = 5 pts 25 a 50% = 2 pts < 25% = 0 pts | | | |

Apêndice 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR LOCAL (secretário de saúde, diretor da unidade, coordenador do programa)

Dados Pessoais:

Nome: _____

Formação: _____

Instituição: _____

1. Fale um pouco sobre o que são e quais são as diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

2. Comente sobre a disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a realização do exame clínico das mamas e da mamografia.

3. Como são os mecanismos de controle de qualidade das mamografias, bem como o registro e informações sobre o câncer de mama?

4. Gostaria de saber sobre a pactuação da cobertura dos exames clínicos das mamas e das mamografias. (Quem pactua? Como? Por que existe a pactuação?). Como você avalia a última pactuação?

5. Comente sobre treinamentos e/ou reorientação para os profissionais que atuam no município.

6. Existe protocolo de atendimento às mulheres pelo Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama na Unidade de saúde. Fale sobre ele, se não existe como são informados os profissionais?

7. Existe alguma ação social desenvolvida pelo município para orientar a população sobre a detecção precoce do câncer de mama? Se sim, há uma data estabelecida para ela? Como se dá a participação do controle social nesta ação?

Apêndice 6
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Enfermagem e Agente Comunitário
de Saúde)

Dados pessoais:

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____

UBS: _____

Escolaridade:

nenhuma 1ª a 4ª série 5ª a 8ª série 2º grau completo

2º grau incompleto 3º grau incompleto 3º grau completo outro:

Profissão

Enfermeiro Médico Auxiliar de Enfermagem ACS

ENTREVISTA:

1. Você considera que o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Cuité é:

totalmente divulgado parcialmente divulgado não divulgado não sabe

2. Existe rotina de atendimento às mulheres, no Programa?

sim não não sabe

Se sim, o que você sabe sobre ela?

3. São realizadas ações educativas às mulheres residentes na área de abrangência da Unidade de saúde, com a finalidade de orientá-las sobre a detecção precoce do câncer de mama?

sim não não sabe

Se sim, quais as ações realizadas?

Como acontece?

4. Existe o agendamento para exame clínico das mamas na unidade em que você atua?

sim não não sabe

Se sim, como é feito?

5. Na área de abrangência dessa Unidade de saúde, quantas são as mulheres de faixa etária de 40 a 69 anos?

não sabe nº _____

6. Qual é a média de exames realizados mensalmente na unidade em que você atua?

00 - 25 26 - 50 51 - 75 76 ou mais

7. Quem faz a solicitação do exame de mamografia de rastreamento?
() médico () enfermeiro () ambos () não sabe
8. A estrutura física para a realização do exame clínico das mamas é:
() totalmente adequada () parcialmente adequada () não-adequada
9. Os materiais disponíveis, como, por exemplo, kits para citologia das mamas, requisição de exames (citopatologia da mama e mamografia), materiais informativos são:
() totalmente adequados () parcialmente adequados () não-adequados
10. Quantos profissionais realizam o exame clínico das mamas nesta unidade de saúde:
() 00 () 01 () 02 () não sabe
11. Você considera que o profissional que realiza o exame clínico das mamas está:
() totalmente capacitado () parcialmente capacitado () não-capacitado () não sabe
- Quando ocorreu a última capacitação?
() menos de 02 anos () de 03 – 04 anos () mais de 05 anos () não sabe
13. Existe alguma forma de registro das mulheres que se submetem ao exame clínico das mamas na unidade?
() sim () não () não sabe
- Se sim, qual tipo de registro é feito?
() prontuário () livro de registro () prontuário eletrônico
14. Há um sistema de referência e contra-referência em todos os níveis?
() sim () não () não sabe
15. Como se dá o encaminhamento da mulher para a unidade de referência?

16. Qual o intervalo de tempo entre a marcação e a realização dos exames?

1 dia a 1 semana 1 semana a 15 dias 15 dias a 1 mês 1 mês a 2 meses não sabe

17. Como é a disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a realização do exame clínico das mamas?

18. Como se dá a captação das mulheres para a realização do exame clínico das mamas?

19. Como você avalia o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Cuité?

20. Perguntar se o profissional tem alguma dúvida que possa ser esclarecida

Anexos

ANEXO A

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 2261 - 11 intitulado "Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no Município de Cuité, na Paraíba." apresentado pelo pesquisador (a) **Alana Soares Brandão Barreto** foi **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em 07 de abril de 2011.

Recife, 07 de abril de 2011.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

ANEXO B



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ao
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Avaliação em Saúde do IMIP
Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde

Prezados Senhores,

A pesquisa *Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no município de Cuité, na Paraíba*, da aluna Alana Soares Brandão Barreto, do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Turma 2010, está autorizada a ser realizada nesta instituição mediante autorização prévia do comitê de ética e pesquisa e na pessoa da co-orientadora Marina Mendes, deverá se fazer cumprir, conforme projeto de pesquisa apresentado às considerações da Resolução 196/96.

Atenciosamente,

Gentil Venâncio Palmeira Filho
SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama

UF _____ CNES _____
 Unidade de Saúde _____
 Código do Município _____ Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS _____ Sexo Masculino Feminino
 Nome completo do(a) paciente _____ Apellido do(a) paciente _____
 Nome completo da mãe _____
 Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____ CNPF (CPF) _____
 Data de Nascimento _____ Idade _____ Cor/Raça _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena
 Dados Residenciais
 Logradouro _____
 Número _____ Complemento _____
 Código do Município _____ Município _____ Bairro _____ UF _____
 CEP _____ DDD _____ Telefone _____
 Ponto de Referência _____
 ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1 mês)
 Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

2. Você está grávida ou amamentando?
 Sim
 Não
 Não sabe

3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?
 Sim
 Não
 Não sabe

* Risco elevado são:
 Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
 - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
 - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

| MAMA | |
|-------------------------------------|---|
| Descarga papilar | |
| <input type="checkbox"/> Cristalina | <input type="checkbox"/> Hemorrágica |
| Nódulo (tumor) | |
| <input type="checkbox"/> Sólido | <input type="checkbox"/> Cístico |
| | <input type="checkbox"/> Sólido-cístico |
| Localização | |
| <input type="checkbox"/> QSL | <input type="checkbox"/> QIL |
| <input type="checkbox"/> UQsup | <input type="checkbox"/> UQmed |
| | <input type="checkbox"/> QSM |
| | <input type="checkbox"/> QIM |
| | <input type="checkbox"/> UQlat |
| | <input type="checkbox"/> RRA |
| | <input type="checkbox"/> PA |

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

5. Material enviado:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mama direita | <input type="checkbox"/> Descarga papilar |
| <input type="checkbox"/> Mama esquerda | <input type="checkbox"/> Punção aspirativa |
| | <input type="checkbox"/> Conteúdo cístico |

6. Tem tumor residual após punção?

Sim
 Não

7. Tumor sólido puncionado é o tumor residual?

Sim
 Não

8. Número de lâminas/ml enviadas(os): _____

Data da Coleta _____

Examinador _____

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO

Localização:

 Mama direita Mama esquerda

Adequabilidade do material

 Satisfatório

Material recebido - nº de lâminas/ml

 Insatisfatório por _____

RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA

Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com:

 Mastite Abscesso subareolar recorrente Fibroadenoma Necrose gordurosa Condição fibrocística mamária Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias Outros (exclusivamente benignos) _____

Padrão citopatológico suspeito para malignidade:

 Lesão epitelial proliferativa com atipias Outros _____

Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com:

 Carcinoma ductal Carcinoma lobular Outros (exclusivamente malignos) _____

Padrão citopatológico de malignidade indeterminada compatível com:

 Tumor papilar Tumor filóide Outros _____

RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEÚDO CÍSTICO

Padrão citopatológico da amostra

 Material acelular Negativo para malignidade Padrão citopatológico de malignidade indeterminada Positivo para malignidade Consistente com lesão papilar Consistente com processo inflamatório

Observações:

Data da liberação do resultado

Médico Responsável pelo resultado

CRM

CNPJ(CPF)

Localização

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

PDA - Posição de aspiração

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica mama esquerda mama direita ambas

5a. Achados no exame clínico

| | |
|---|--|
| <p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar</p> <p style="text-align: right;">Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p> | <p>Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar</p> <p style="text-align: right;">Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p> |
|---|--|

5b. Controle radiológico Categoria 3

| | |
|---|---|
| <p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> nódulo</p> <p><input type="checkbox"/> microcalcificação</p> <p><input type="checkbox"/> assimetria focal</p> <p><input type="checkbox"/> assimetria difusa</p> <p><input type="checkbox"/> área densa</p> <p><input type="checkbox"/> distorção focal</p> | <p>Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

| | |
|---|---|
| <p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> nódulo</p> <p><input type="checkbox"/> microcalcificação</p> <p><input type="checkbox"/> assimetria focal</p> <p><input type="checkbox"/> assimetria difusa</p> <p><input type="checkbox"/> área densa</p> <p><input type="checkbox"/> distorção focal</p> | <p>Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - Mamografia de rastreamento

Data de solicitação: / /

Examinador:

Número do Exame: Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - Quadrante superior lateral
 QIL - Quadrante inferior lateral
 QSM - Quadrante superior medial
 QIM - Quadrante inferior medial

UQint - União dos quadrantes internos
 UQmed - União dos quadrantes mediais
 RRA - Região retroareolar
 RC - Região central (união de todos os quadrantes)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - MAMA
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF Código da Unidade de Saúde (CNS)

Unidade de Saúde

Código do Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS Sexo Masculino Feminino

Nome completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome completo da mãe

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento Idade Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Código do Município Município Bairro UF

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS CLÍNICOS

1. Tipo de Exame histopatológico

Revisão de lâmina

Imunohistoquímica

Biópsia / Peça

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

Sim

Não

Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;

- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*

3. Você está grávida ou amamentando?

Sim

Não

Não sabe

4. Tratamento anterior para câncer de mama?

Sim

Não

4a. Tipo de tratamento

Cirurgia mesma mama Radioterapia mesma mama

Cirurgia outra mama Radioterapia outra mama

Quimioterapia Hormônio

5. Detecção da lesão:

Exame Clínico da Mama Imagem (não palpável)

5a. Diagnóstico de Imagem

Microcalcificação Nódulo

Distorsão Assimetria

6. Característica da lesão

MAMA DIREITA MAMA ESQUERDA

Localização

QSL QIL QSM QIM

UQlat UQsup UQmed UQinf

RRA PA

TAMANHO

< 2cm 2 a 5cm Não palpável

> 5 a 10cm > 10cm

7. Linfonodo axilar palpável?

Sim

Não

8. Material enviado procedente de:

Biópsia incisional Excisão de ductos principais

Biópsia excisional Mastectomia glandular

Biópsia por agulha grossa (core biopsy) Ressecção segmentar com esvaziamento axilar

Biópsia estereotáxica Mastectomia simples

Ressecção segmentar Mastectomia radical e radical modificada

Data da Coleta / / Examinador

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório _____ Número do Exame _____
 Nome do Laboratório _____ Recebido em: ____/____/____

RESULTADO

Procedimento cirúrgico
 Biópsia incisional Biópsia excisional Biópsia por agulha grossa (core biopsy) Biópsia estereotáxica Ressecção segmentar
 Excisão de ductos principais Mastectomia glandular Ressecção segmentar com esvaziamento axilar Mastectomia simples Mastectomia radical e radical modificada
 Recebido em ____/____/____

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material
 Satisfatória Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR

Dimensão máxima tumor dominante
 < 2cm 2 - 5cm > 5cm Não avaliável

Dimensão máxima tumor secundário
 < 2cm 2 - 5cm > 5cm Não avaliável

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES

Sim Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

- Hiperplasia ductal sem atipias
 Hiperplasia ductal com atipias
 Hiperplasia lobular com atipias
 Adenose, SOE
 Lesão esclerosante radial
 Condição fibrocística
 Fibroadenoma
 Papiloma solitário
 Papiloma múltiplo
 Papilomatose florida do mamilo
 Mastite
 Outros _____

LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)

- Carcinoma intraductal (*in situ*) de baixo grau histológico
 Carcinoma intraductal (*in situ*) de grau intermediário
 Carcinoma intraductal (*in situ*) de alto grau histológico
 Carcinoma lobular *in situ*
 Doença de Paget do mamilo sem tumor associado
 Carcinoma ductal infiltrante
 Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante
 Carcinoma lobular invasivo
 Carcinoma tubular
 Carcinoma mucinoso
 Carcinoma medular
 Outros _____

TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO

Sim - especifique _____
 Não

Data da liberação do resultado ____/____/____

Médico Responsável pelo resultado _____

CRM _____

CNPF(CPF) _____

Localização

QSL - Quadrante superior lateral
 QIL - Quadrante inferior lateral
 QSM - Quadrante superior medial
 QIM - Quadrante inferior medial

UQsup - União dos quadrantes superiores
 UQmed - União dos quadrantes mediais
 UQinf - União dos quadrantes inferiores
 PRA - Região areolar

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

- Multifocalidade do tumor Sim Não Não avaliável
 Multicentricidade do tumor Sim Não Não avaliável
 Grau histológico I II III Não avaliável
 Invasão vascular Sim Não Não avaliável
 Infiltração perineural Sim Não Não avaliável
 Embolização linfática Sim Não Não avaliável

Extensão do tumor:

Pele Sim. Com ulceração Sim. Sem ulceração
 Não Não avaliável

Mamilo Sim Não Não avaliável
 Músculo peitoral Sim Não Não avaliável
 Fáscia do peitoral Sim Não Não avaliável
 Gradil costal Sim Não Não avaliável

Margens Cirúrgicas Livres (sem tumor detectável) Comprometidas Não avaliável

Linfonodos Axilares Supraclaviculares

Número de linfonodos avaliados _____

Número de linfonodos comprometidos:

0 (zero) 1 a 3 4 a 10 mais de 10

Presença de coalescência linfonodal Sim Não Não avaliável

Extravasamento da cápsula linfonodal Sim Não Não avaliável

Receptores hormonais:

Receptor de estrógeno Positivo Negativo NR

Receptor de progesterona Positivo Negativo NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:

Sim, especifique _____
 Não

Observações _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RESULTADO DA MAMOGRAFIA

Nome Completo do(a) Paciente _____
 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

 Sexo Masculino Feminino

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE RADIOLÓGICA

CNPJ do Serviço de Radiologia _____ Paciente não SUS (não gera BPA)
 Número do Exame _____ (Idem ao número do formulário de requisição)
 Nome do Serviço de Radiologia _____ Recebido em: _____/_____/_____

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE RADIOLÓGICA)

7- História menstrual
 Última menstruação _____ Não lembra
 Menopausa _____ anos Não lembra
 Nunca menstruou

8- Usa hormônio / remédio para tratar menopausa ?
 Sim Não Não sabe

9 - Você está grávida?
 Sim Não Não sabe

10 - Fez radioterapia na mama? Em que ano?
 Sim, mama direita _____
 Sim, mama esquerda _____
 Não Não sabe

11 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?

| | | |
|--------------|--------------------------------|---------------|
| Mama direita | Tumorectomia | Mama esquerda |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Segmentectomia | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Ductectomia | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Mastectomia | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Mastectomia poup. pele | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Esvaziamento axilar | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Biópsia de linfonodo sentinela | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Reconstrução mamária | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Plástica redutora | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | Plástica com implantes | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

 Não fez cirurgia

ACHADO RADIOLÓGICO

Número de filmes: _____

| | |
|---|--|
| Mama direita | Pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Espessada <input type="checkbox"/> Retraída |
| Composição da mama: <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Adiposa <input type="checkbox"/> Predominantemente densa <input type="checkbox"/> Predominantemente adiposa | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo: Localização _____ Tamanho _____ Contorno _____ Limite _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo: Localização _____ Tamanho _____ Contorno _____ Limite _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo: Localização _____ Tamanho _____ Contorno _____ Limite _____ | |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações: Localização _____ Forma _____ Distribuição _____ | |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações: Localização _____ Forma _____ Distribuição _____ | |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações: Localização _____ Forma _____ Distribuição _____ | |
| <input type="checkbox"/> Assimetria focal: Localização _____ | <input type="checkbox"/> Distorção focal: Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria focal: Localização _____ | <input type="checkbox"/> Distorção focal: Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria difusa: Localização _____ | <input type="checkbox"/> Área densa: Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria difusa: Localização _____ | <input type="checkbox"/> Área densa: Localização _____ |
| Linfonodos axilares <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Não Visibilizados <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Densos <input type="checkbox"/> Confluentes | Dilatação ductal: Região retroareolar <input type="checkbox"/> |
| Outros achados <input type="checkbox"/> Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma) <input type="checkbox"/> Calcificação vasculares <input type="checkbox"/> Distorção arquitetural por cirurgia <input type="checkbox"/> Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma) <input type="checkbox"/> Outras calcificações de aspecto benigno (cutâneas, "casca de ovo", leite de cálcio, distróficas etc) <input type="checkbox"/> Implante íntegro <input type="checkbox"/> Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma) <input type="checkbox"/> Linfonodos intramamários <input type="checkbox"/> Implante com sinais de ruptura | |

ACHADO RADIOLÓGICO

| | | | |
|---|---|--|--------------------|
| Mama esquerda | | Pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Espessada <input type="checkbox"/> Retraída | |
| Composição da mama: <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Adiposa <input type="checkbox"/> Predominantemente densa <input type="checkbox"/> Predominantemente adiposa | | | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo: | Localização _____ | Tamanho _____ | Contorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Nódulo: | Localização _____ | Tamanho _____ | Contorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Nódulo: | Localização _____ | Tamanho _____ | Contorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações: | Localização _____ | Forma _____ | Distribuição _____ |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações: | Localização _____ | Forma _____ | Distribuição _____ |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações: | Localização _____ | Forma _____ | Distribuição _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria focal: | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Distorção focal: | Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria focal: | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Distorção focal: | Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria difusa: | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Área densa: | Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria difusa: | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Área densa: | Localização _____ |
| Linfonodos axilares | | Dilatação ductal: Região retroareolar <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Não Visualizados <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Densos <input type="checkbox"/> Confluentes | | | |
| Outros achados | | | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma) | <input type="checkbox"/> Calcificação vasculares | <input type="checkbox"/> Distorção arquitetural por cirurgia | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma) | <input type="checkbox"/> Outras calcificações de aspecto benigno (cutâneas, "casca de ovo", leite de cálcio, distróficas etc) | <input type="checkbox"/> Implante íntegro | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma) | <input type="checkbox"/> Linfonodos intramamários | <input type="checkbox"/> Implante com sinais de ruptura | |

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

| | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| Categorias BI-RADS®: | | | |
| Mama direita | | Mama esquerda | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 0 - Avaliação adicional com ultra-sonografia | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 1 - Sem achados mamográficos | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 2 - Achados mamográficos benignos | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 3 - Achados mamográficos provavelmente benignos | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 4 - Achados mamográficos suspeitos | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 5 - Achados mamográficos altamente suspeitos | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Categoria 6 - Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer | <input type="checkbox"/> | |
| Recomendações: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Complementação com ultra-sonografia | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Mamografia em até 2 anos | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Controle radiológico em 6 meses | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Controle radiológico em 1 ano | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Histopatológico | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Terapêutica específica | <input type="checkbox"/> | |
| Observações gerais: | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| Data da liberação do resultado _____ | | | |
| Médico responsável pelo resultado _____ CRM _____ CNPF(CPF) _____ | | | |

Orientações de preenchimento

Opções disponíveis para preenchimento dos campos do Achado Radiológico.

IMPORTANTE: Não utilizar outras opções ou abreviações que não estejam descritas a seguir.

Localização: para descrição dos achados de localização para os campos de Nódulo, Microcalcificações, Assimetria focal, Assimetria difusa, Distorção focal e Área densa

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar

Nódulos:
Tamanho (sempre em milímetros): <10 mm / 11-20 mm / 21-50 mm / 50 mm
Contorno: Regular / Lobulado / Irregular / Espiculado
Limites: Definidos / Parcialmente definidos / Pouco definidos

Microcalcificações
Localização: idem ao nódulo
Forma: arredondadas / Puntiformes / Irregulares / Ramificadas
Distribuição: Agrupadas / Segmento mamário / Trajeto ductal

Atenção: Descrever a localização, tamanho, contorno e limites