

Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária

Evaluability study of actions for early detection of breast cancer in primary care

Rafaela Krann¹, Claudia Flemming Colussi¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313707

RESUMO O artigo tem como objetivo desenvolver um modelo avaliativo das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. Trata-se de um estudo de avaliabilidade, realizado pelas etapas de análise documental, revisão de literatura e reunião de consenso para elaboração da matriz avaliativa. O resultado obtido foi o desenvolvimento da Matriz de Análise e Julgamento, composta por 14 indicadores, agregados em duas dimensões. A aplicação do modelo avaliativo permitirá a identificação das fragilidades e potencialidades das ações de detecção precoce do câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Neoplasias de mama.

ABSTRACT *The article aims to develop an evaluative model of actions for the early detection of breast cancer in primary care. This evaluability study was conducted through document analysis, literature review, and consensus meeting stages to prepare the evaluative matrix. The result was the development of the Analysis and Judgment Matrix, composed of 14 indicators aggregated into two dimensions. Applying the evaluative model will allow the identification of the weaknesses and strengths of actions for the early detection of breast cancer.*

KEYWORDS *Health evaluation. Primary Health Care. Breast neoplasms.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.
rafaelakrann@yahoo.com.br



Introdução

O câncer se tornou um problema de saúde pública no mundo ao despontar como uma doença crônica não transmissível, com altas taxas de morbimortalidade¹. A neoplasia maligna de mama é o segundo tipo de câncer com maior incidência, sendo registrados mais de 2,1 milhões de casos novos por ano e pouco mais de 626 mil óbitos decorrentes da doença². No Brasil, o câncer de mama é uma das principais causas da morbimortalidade entre as mulheres, em todas as regiões do País³. Estima-se que ocorreram 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio entre 2020 a 2022, o que corresponde a um risco estimado de 61 casos novos a cada 100 mil mulheres brasileiras^{2,3}.

O desenvolvimento do câncer de mama decorre de fatores relacionados à idade, genética, estilo de vida e exposição ambiental⁴, sendo reconhecido que um terço de todos os casos de câncer de mama no mundo poderiam ser curados se diagnosticados precocemente⁵. Para a Organização Mundial da Saúde, o controle do câncer de mama depende de quatro componentes: 1) ações de promoção da saúde e prevenção do câncer, sendo a estratégia de saúde pública com melhor relação custo-benefício; 2) detecção precoce; 3) tratamento e reabilitação; e 4) cuidados paliativos⁵.

No Brasil, o controle do câncer de mama é uma prioridade da agenda de saúde e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). De acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer⁶, a coordenação do cuidado de pessoas com câncer, inclusive de mama, é de Atenção Primária à Saúde (APS), estando ela integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, para que as ações de detecção precoce do câncer de mama se desenvolvam de maneira efetiva, a APS, possui papel preponderante nos fatores de risco e proteção, bem como na classificação de risco para o seu desenvolvimento⁷.

Portanto, a avaliação em saúde pode contribuir com a identificação dos fatores que

potencializam ou fragilizam o planejamento e execução das ações de detecção precoce do câncer de mama. Além disso, os estudos avaliativos podem contribuir com a minimização dos efeitos deletérios da detecção tardia, incluindo a identificação de barreiras técnico-assistenciais e político-financeiras, que podem resultar na diminuição dos custos com o tratamento da doença já estabelecida⁴.

O presente artigo objetiva apresentar um modelo avaliativo das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, com abordagem qualitativa, baseado na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu⁸. O estudo de avaliabilidade compreende as etapas, não sequenciais, de: a) descrição do serviço, identificando metas, objetivos e atividades; b) identificação e revisão dos documentos relativos ao programa; c) modelagem dos recursos disponíveis, impactos esperados e conexões estabelecidas; d) entendimento da operação do programa; e) desenvolvimento de um modelo lógico da avaliação; f) identificação dos atores interessados pelo programa e; g) obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação^{8,9}.

A pesquisa foi realizada no período entre maio de 2021 e janeiro de 2022. A primeira etapa consistiu da análise documental, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o objeto e compreender de que maneira as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS estão inseridas no contexto brasileiro. No *quadro 1*, são apresentados os documentos utilizados nessa etapa do estudo. Foram observados os documentos publicados entre 2006 e 2020, considerando-se a publicação da Portaria MS/GM nº 399/2006, que inclui objetivos e metas para o controle do câncer de mama e inicia a discussão sobre a temática no Sistema Único de Saúde (SUS), e finalizando na última publicação de documento oficial com a Diretriz de Detecção Precoce do Câncer de Mama.

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

DOCUMENTO	CONTEÚDO	CONTRIBUIÇÃO
Portaria MS/GM nº 399 de 22 fevereiro de 2006.	Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, compromisso entre os gestores do SUS, objetiva metas para o controle do câncer de mama.	Descrição, objetivos e metas do programa.
Cadernos de Atenção Básica, n.13. Controle dos cânceres do colo de útero e de mama (2013).	Contribui com a organização da Rede de Atenção ao Câncer do colo de útero e de mama no Sistema único de Saúde (SUS) e tem a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais da atenção básica.	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 483 de 1º de abril de 2014.	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Normativa do programa, metas, objetivos. Construção do Modelo Lógico e Modelo Teórico.
Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013.	Institui a Política Nacional para a prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema único de Saúde (SUS).	Descrição, organização, objetivos e funcionamento do Programa.
Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013.	Promove o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e início do tratamento através do Sistema de Informação do Câncer (Siscan).	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (2011).	Propõe metas nacionais para aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 a 69 anos; aperfeiçoar as ações de rastreamento do câncer de mama; e a universalização desses exames a todas as mulheres.	Normativa do Programa, metas, objetivos, atividades e resultados.
Diretriz para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil (2015).	Estabelece as diretrizes para ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama, tanto em relação à organização da linha de cuidado, como também para apoiar os profissionais nas práticas clínicas.	Descrição, organização, objetivos, atividades e resultados. Construção do Modelo Lógico e Modelo Teórico.

Fonte: elaboração própria.

Ainda na primeira etapa, a revisão de literatura abrangeu a consulta em dissertações, teses e artigos científicos, relativos à análise das ações de detecção precoce do câncer de mama, principalmente abordando os aspectos avaliativos. Foram consultadas as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO, Web of Science, Bireme, do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). O período da coleta de dados para a revisão da literatura foi de 2015 a 2021. Para a busca de artigos científicos foram utilizadas as seguintes expressões-chaves e combinação de operadores: “*Breast Neoplasms*” AND “*Early Detection of Cancer*” AND “*Health Evaluation*” AND “*Screening*”. Para a busca de teses e dissertações foram

utilizadas seguintes expressões-chave e operadores: “Detecção Precoce de Câncer” AND “Câncer de mama” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária à Saúde”. Os materiais foram analisados para que fossem utilizadas as informações fundamentais de interesse do objeto de estudo.

A segunda etapa do estudo consistiu de entrevistas semiestruturadas com quatro informantes-chave: dois profissionais de saúde (um profissional de enfermagem da APS e um profissional médico do setor de regulação municipal); uma usuária que utilizou serviços de saúde durante seu processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer de mama; e uma representante de organização social de combate ao câncer de mama. Os informantes-chave foram indicados a partir do contato com

as organizações sociais e órgãos públicos. As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2021, em plataforma online, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os TCLE foram lidos e assinados, via plataforma digital, anteriormente ao início da entrevista. As entrevistas foram gravadas com vídeo e áudio e, posteriormente, transcritas em sua integralidade. A análise de conteúdo das entrevistas ocorreu em três etapas: 1) pré-análise, que envolve a organização do material e sistematização das categorias; 2) exploração do material e categorização, descrição analítica e aprofundamento do conteúdo; 3) tratamento dos resultados, por meio de análise crítica e reflexiva. Após a análise de conteúdo das entrevistas, foram identificadas as seguintes categorias: 1) experiências com os serviços de saúde, 2) fragilidades e potencialidades do processo de diagnóstico precoce, rastreamento e tratamento e 3) atividades e ações direcionadas ao câncer de mama a serem desenvolvidas.

A terceira etapa consistiu na elaboração do Modelo Teórico (MT) e o Modelo Lógico (ML) das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS, levando em consideração os resultados das etapas anteriores. O MT é uma representação de como o programa funciona idealmente, extrapola a compreensão de outros fatores que podem interferir no programa, com especificações sobre o problema, as condições do contexto, o conteúdo e os atributos necessários para produzir isolada ou integralmente os efeitos esperados¹⁰. O ML é um esquema visual que representa o funcionamento do programa, fornecendo uma base objetiva de como os elementos se articulam para operacionalizá-lo¹¹. Ambos os modelos construídos levaram em consideração o contexto social, político, cultural e econômico em que a temática está inserida.

Após o processo de construção do MT e ML, ainda na terceira etapa, foi elaborada uma proposta de Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) composta de dimensões, indicadores, medidas e parâmetros, com as respectivas fontes de evidência. Para a validação da MAJ,

adotou-se a técnica de comitê tradicional de consenso. O comitê tradicional de consenso possibilita o envolvimento dos especialistas selecionados para uma discussão aberta sobre o tema, na qual há a possibilidade de troca de ideias e confronto de opiniões divergentes¹².

A quarta etapa do estudo consistiu na realização da técnica de comitê tradicional de consenso. Para tanto, foi realizada uma oficina de consenso que contou com a participação de cinco especialistas: profissionais de saúde da APS, professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e gestores da APS do Departamento da Saúde da Mulher. Os especialistas foram convidados, via correio eletrônico, para a participarem e, em seguida, receberam a MAJ para apreciação. A oficina de consenso foi realizada no período de 20 de dezembro de 2021 a 12 de janeiro de 2022. Os especialistas foram convidados para um encontro virtual para apresentação das dimensões, critérios, indicadores e medidas pré-estabelecidas; apenas dois especialistas participaram desse encontro. Para os demais especialistas que não puderam participar do encontro, a MAJ foi enviada via correio eletrônico, com prazo para a manifestação de sua concordância ou discordância em relação ao modelo avaliativo proposto. Por fim, apenas três especialistas enviaram suas considerações.

Após a oficina de consenso, todas as contribuições foram analisadas e incorporadas ao modelo avaliativo proposto. Ocorreram supressões, inclusões ou complementações de indicadores baseados nas discussões e justificativas apresentadas pelos especialistas. Ressalta-se que a elaboração da MAJ permite a análise descritiva de todos os seus componentes do programa analisado.

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

Resultados e discussão

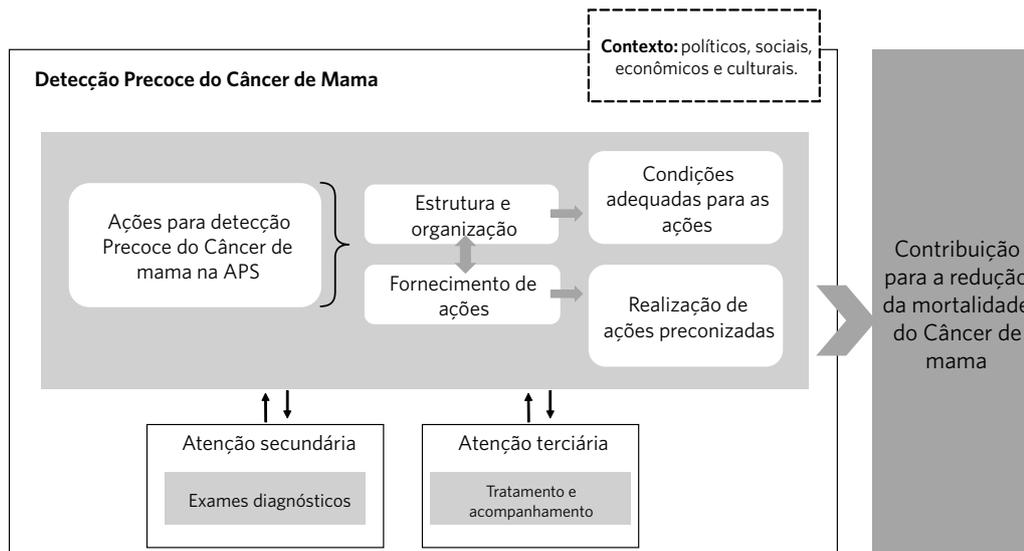
A organização das ações de detecção precoce do câncer de mama no SUS

As ações de detecção precoce do câncer de mama não estão inseridas em um programa específico, mas em políticas públicas, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, além de estarem estabelecidas em documentos oficiais do Ministério da Saúde, como as 'Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil', que tem a finalidade de definir as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos da RAS, levando em consideração o

nível de evidência científica para a definição de benefícios e danos dos mesmos⁶.

O MT das ações de detecção precoce do câncer de mama proposto pelo presente estudo está apresentado na *figura 1*. Tais ações estão inseridas em cada um dos pontos que compõem a RAS, por meio de linhas de cuidado, que devem contemplar a promoção da saúde e a prevenção do câncer, detecção precoce, tratamento oportuno, reabilitação e cuidados paliativos^{5,6,13}. São ações sistemáticas e integradas, que requerem colaboração interprofissional e visam reduzir a incidência e a morbimortalidade causada pelo câncer de mama. Para que as ações desenvolvidas impactem na situação de saúde, o trabalho de gestão da RAS requer uma visão ampliada dos gestores, com formulação e decisão estratégica, para integrar e coordenar todos os fluxos necessários¹⁴.

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



Fonte: elaboração própria.

A APS tem como estrutura física as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais prioritariamente devem ser organizadas de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e têm a

responsabilidade de centro de comunicação da RAS, coordenando os fluxos e contrafluxos. Já a atenção secundária e terciária ofertam ações de serviços especializados, com maior densidade

tecnológica dura, realizando diagnósticos e tratamentos, inclusive a quimioterapia, radioterapia e imunoterapia¹⁵. Além disso, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem perpassar os campos da educação e comunicação em saúde e da vigilância do câncer e dos fatores de risco à saúde¹⁶.

A APS e a detecção precoce do câncer de mama

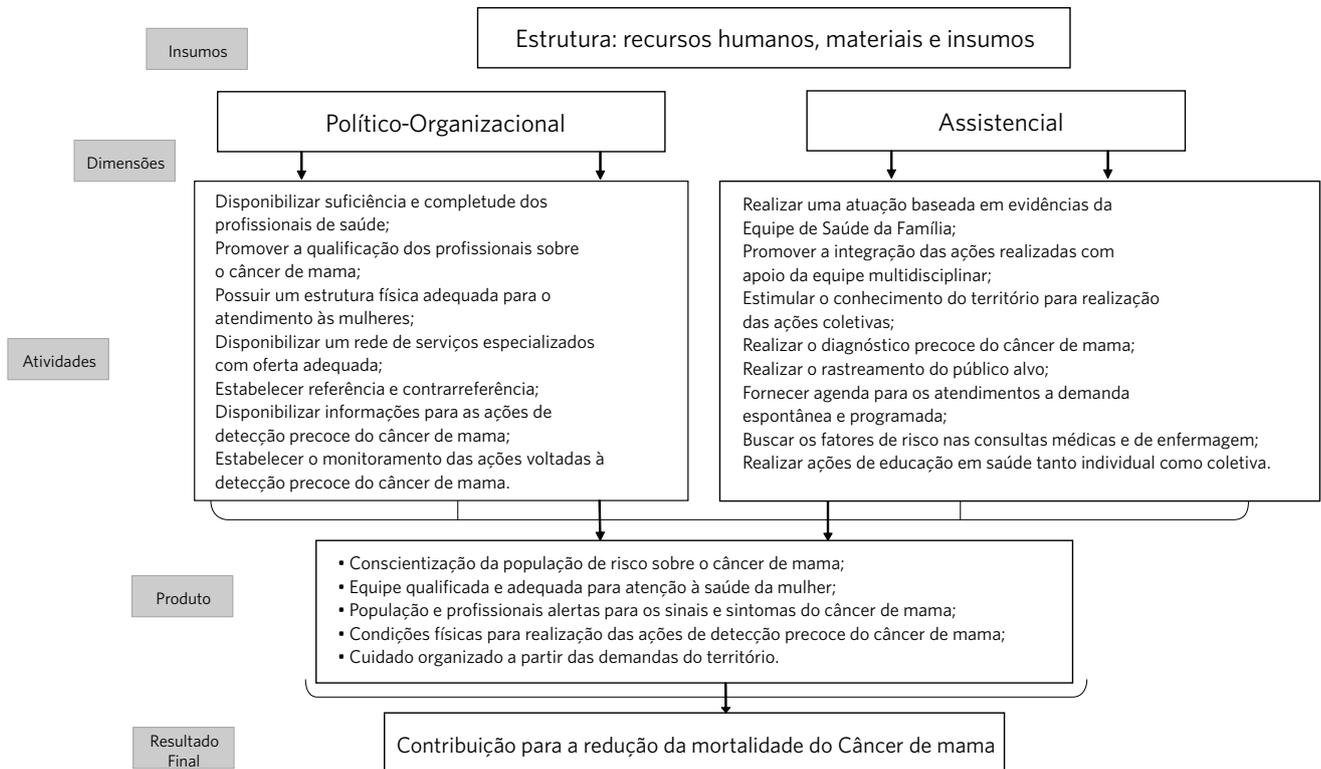
Na RAS, a APS é reconhecida como o serviço de primeiro contato para as mulheres com ou sem sintomatologia relacionadas ao câncer de mama. No MT proposto pelo presente estudo, a APS destaca-se por estabelecer um elo entre todas as demais ações e serviços que compõem a RAS. Para que isso ocorra, são necessários dois componentes: 1) estrutura adequada e 2) organização para o fornecimento de ações para detecção precoce. Para ambos, a gestão deve ser compartilhada entre os três entes federativos. No que se refere à gestão municipal, deve-se destacar a responsabilidade do provimento de recursos humanos adequados e capacitados para a atuação na APS, especialmente no que tange a realização de ações de detecção precoce do câncer de mama baseadas em evidências científicas¹⁷.

O Ministério da Saúde preconiza as seguintes ações relacionadas ao câncer de mama a serem realizadas pelos profissionais na APS: investigação dos fatores de risco para câncer de mama (dentre eles idade, fatores genéticos e endócrinos); acompanhamento clínico individualizado de mulheres com risco elevado de câncer de mama; promoção de ações educativas para conscientização, de maneira individual ou coletiva, que promovam a mobilização e a participação da comunidade; orientação educativa, sem recomendação de técnica específica, para a descoberta casual de pequenas alterações mamárias; Exame Clínico das Mamas (ECM) em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade e, a partir de 35, naquelas pertencentes a grupos com risco; solicitação de mamografia para mulheres

na faixa etária dos 50 a 69 anos; solicitação de mamografia anual para mulheres com 35 anos ou mais com risco elevado de desenvolvimento de câncer de mama¹⁷. O modelo de cuidado adotado pelo Brasil para a realização de ações direcionadas ao câncer de mama é conhecido como ‘oportunistico’, ou seja, a triagem é passiva onde o exame é oferecido de modo oportuno e não sistemático, o que se torna um fator dificultador para sua eficácia e aplicabilidade¹. É reconhecido que esse modelo de cuidado pode não atingir toda a população-alvo e expor as mulheres ao risco de rastreamento mamográfico pelo uso indevido da tecnologia⁴. Por outro lado, o modelo organizado ocorre com planejamento ativo da população-alvo, periodicidade do exame, convocação e seguimento de casos suspeitos com disponibilidade de exames diagnósticos, tratamento, monitoramento de etapas¹⁴. O que auxilia na avaliação da implementação do programa e ações de controle da qualidade de exames recomendados.

Na *figura 2* é apresentada a proposta de ML das ações de detecção do câncer de mama na APS, visando explicar as ações, os resultados esperados e as relações de causalidade entre os elementos. De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com a realização das ações para detecção precoce do câncer de mama, espera-se reduzir a exposição aos fatores de risco para a doença; diminuir a mortalidade por câncer de mama; e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama⁷. Contudo, as desigualdades sociais e econômicas, bem como as diferenças culturais, repercutem na crescente incidência e mortalidade do câncer de mama¹⁸. Além disso, fatores contextuais podem interferir na adequada organização e realização das ações de detecção precoce, incluindo situações de vulnerabilidade social; barreiras de acesso às ações e serviços ofertados; modelos de assistência não baseados em APS; papel da mulher na sociedade; organizações não governamentais sem vínculo com uma rede de cuidado ampliada, seja pública ou privada¹⁹.

Figura 2. Modelo Lógico das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária



Fonte: elaboração própria.

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

No ML proposto, a dimensão político-organizacional compreende os aspectos administrativos e organizacionais necessários para as ações de detecção precoce do câncer de mama. Desse modo, a APS deve possuir profissionais de saúde capacitados, qualificados e em quantidade suficiente para a garantia da cobertura das ações para a população-alvo da detecção precoce do câncer de mama²⁰.

Ainda em relação ao ML, a dimensão assistencial inclui as ações relacionadas com o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica. As ações de detecção precoce do câncer de mama ofertadas

na APS são fundamentais para a contribuição na redução da mortalidade pela doença e melhora da qualidade de vida das mulheres¹³. Para que as ações de detecção precoce sejam resolutivas, considera-se que a população deve ser capacitada quanto aos sinais e sintomas do câncer de mama, o que resulta de equipes de saúde com processos de trabalho definidos, atuantes sob lógica das necessidades de saúde dos territórios adscritos¹⁷.

A MAJ é apresentada no quadro 2 e se compõem de duas dimensões e 14 indicadores, com suas respectivas medidas, parâmetros, pontuação máxima esperada para cada um de seus componentes e as fontes de evidências.

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte
Suficiência de Profissionais	Percepção da coordenação da UBS sobre a suficiência da carga horária dos profissionais que atuam na UBS (Médico e enfermeiro).	Satisfatório (10 pts) Parcial (5 pts) Insatisfatório (0 pts).	Coordenação da unidade
	Percepção da coordenação da UBS sobre o horário de funcionamento da UBS. *O horário está adequado a necessidade de saúde da população do território.	Satisfatório (10 pts) Parcial (5 pts) Insatisfatório (0 pts).	
	Percentual da completude das equipes que atuam na UBS no município.	Transformação do percentual de equipes completas no município em escore seguindo a proporção (100%=10 pts).	
	Percentual de cobertura das equipes no município.	Transformação do percentual de cobertura das equipes no município em escore seguindo a proporção (100%=10 pts).	
Qualificação profissional	Realização de capacitação sobre o funcionamento da rede municipal no ingresso dos profissionais.	Sim (10 pts) / Não (0 pts) É ofertado capacitação no ingresso sobre o funcionamento da rede municipal.	Coordenação da unidade
	Obrigatoriedade da capacitação no ingresso dos profissionais.	Sim (10 pts) / Não (0 pts) A participação na capacitação é obrigatória no ingresso dos profissionais.	
	Ações de qualificações sobre detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) / Não (0 pts). Entende-se ações de qualificações sobre a detecção precoce do câncer de mama como: educação permanente sobre a temática; reuniões de equipe, fórum e palestras dentro da unidade de saúde.	
Estrutura Física do Centro de Saúde	Percepção da coordenação da UBS sobre a adequação da estrutura física do Centro de Saúde para a realização das ações de saúde.	Adequada (10 pts); Parcialmente (5 pts); Inadequada (0 pts).	Coordenação da unidade
	Existência de: 1. Sala de espera (1 pt) 2. Consultório com maca (2 pts) 3. Consultório com banheiro (2 pts) 4. Sala para atividades coletivas/ Sala de reuniões (2 pts) 6. Computador com acesso à internet (1 pt).	Adequada (10 pts): 6 a 8 pontos Parcialmente adequada (5 pts): 3 a 5 pontos Inadequada (0 pts): menos de 3 pontos.	
Regulação de acesso aos serviços especializados	Existência de central de regulação aos serviços especializados e SADT.	Sim (10 pts) / Não (0 pt).	Coordenação da unidade
	Tempo decorrido entre a solicitação do exame e o retorno da mulher ao centro de Saúde.	Até 30 dias (Bom) De 31 a 60 dias (Regular) 61 dias ou mais (Ruim).	
Adequação da oferta de serviços especializados e SADT	Tempo de espera dos exames de imagem (mamografia)	Bom (Até 30 dias) (10 pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5 pts) Ruim (61 dias ou mais) (0 pts).	Gestão Municipal
	Tempo de espera para consulta com mastologista.	Bom (Até 30 dias) (10 pts) Regular (31 dias a 60 dias) (5 pts) Ruim (61 dias ou mais) (0 pts).	

Dimensão Político-organizacional

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão Político-organizacional		Disponibilidade do exame de mamografia.	Satisfatório (10 pts) (Disponibilidade do exame de mamografia no município) Parcial (5 pts) (Disponibilidade do exame de mamografia na rede) Insatisfatório (0 pts) (Sem disponibilidade do exame de mamografia no município e na rede).	IBGE/CNES	
	Referência e contrarreferência	Existência de contrarreferência após encaminhamento para serviço especializado.	Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (8 pts) Às vezes (5 pts) Raramente (1pt) Nunca (0 pt).	Coordenação da Unidade	
	Disponibilidade de Informação	Exigência do preenchimento da requisição do Sistema de Informação Siscan.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Gestão Municipal	
		Monitoramento do preenchimento da requisição do Sistema de Informação Siscan.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).		
	Monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama	Existência de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Gestão Municipal	
		Acompanhamento de indicadores de monitoramento das ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts).		
		Realização de planejamento e organização das ações voltadas a detecção precoce do câncer de mama com base na avaliação dos indicadores selecionados.	Muito frequente (10 pts) Frequente (7,5 pts) Ocasionalmente (5 pts) Raramente (2,5 pts) Nunca (0 pts).		
	Dimensão Assistencial	Conhecimento do Território	Percentual de microáreas cobertas pelos ACS.	Bom (75%) (10 pts) Regular (50 a 75%) (10 pts) Ruim (<50%) (0 pts).	Coordenador da unidade
		Organização da agenda	Identificação e registro das mulheres da idade alvo que não estão realizando o rastreamento mamográfico.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Coordenador da unidade
			Garantia de consultas de acompanhamento para usuárias com diagnóstico de câncer de mama.	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts).	
Processo de trabalho da assistência à saúde da mulher		Realização de busca ativa das mulheres da população alvo.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Coordenador da unidade	
		Realização de consultas de acompanhamento para mulheres encaminhadas aos serviços especializados.	Sim (10 pts) Parcial (5 pts) Não (0 pts).		
		Realização de ações de educação em saúde para conscientização da população sobre a temática. Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, divulgação da temática em comunicações locais, ação outubro rosa. Uso de protocolo e diretrizes voltadas à detecção precoce do câncer de mama.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).		

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção primária, contendo dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão Assistencial	Processo de trabalho da assistência à saúde da mulher	Realização do registro de mulheres que realizaram a mamografia em prontuários eletrônicos e/ou fichas de acompanhamento.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).	Coordenador da unidade	
		Realização do <i>checklist</i> nas consultas de saúde da mulher.	Sempre (10pts)	Coordenador da unidade	
		Checklist atendimentos médicos e de enfermagem: - Anamnese; - Exame físico das mamas; - Busca dos fatores de risco (hereditários, comportamentais/ambientais, endócrinos) para desenvolvimento do câncer de mama. - Solicitação de exame de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos a cada 2 anos.	Na maioria das vezes (7,5pts) Às vezes (5pts) Raramente (2,5pts) Nunca (0 pts).		
		Acompanhamento domiciliar para mulheres cuidado paliativo.	Sim (10 pts) / Não (0 pts).		
		Atuação interdisciplinar	Participação de diferentes profissionais na organização das atividades educativas. Inclui: Salas de espera, palestras educativas na comunidade, ações outubro rosa, reuniões de equipe. Apoio de equipe multiprofissional para usuárias em tratamento do câncer de mama. Entende-se como suporte multiprofissional: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, farmacêutico.	Sempre (10 pts) Na maioria das vezes (7,5 pts) Às vezes (5 pts) Raramente (2,5 pts) Nunca (0 pts). De 4 profissionais (10 pts) De 2 a 3 profissionais (5 pts) De 1 profissional (1 pts).	Coordenador da unidade
		Diagnóstico precoce do câncer de mama	Tempo médio entre a realização da mamografia diagnóstica e o seu resultado. Percentual de mamografias classificadas como BI-RADS 4 ou 5 do total de mamografias diagnósticas.	Satisfatório: 0-30 dia (10 pts) Parcial: 31 a 60 dias (5 pts) Insatisfatório: > 60 ou não sabe informar (0 pts). Satisfatório: < 5% (10 pts) Insatisfatório: >5% (0 pts).	Coordenador da unidade SisMama/ Siscan
		Rastreamento	Percentual da população alvo que realizou o exame de mamografia na periodicidade indicada. Cálculo: Número de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento, nos últimos dois anos, em determinado local e período x 100/ N° de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, no respectivo local e período Percentual da realização de mamografia de rastreamento segundo indicação para mulheres de 50 a 69 anos. Cálculo: N° de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, residentes em dado local e período x 100 / N° total de mamografias de rastreamento no respectivo local e período. Tempo médio entre a realização da mamografia de rastreamento e o seu resultado.	70% satisfatório 50 a 69% regular < 49% insatisfatório. Satisfatório: 53% ou mais (10 pts) Parcial: 25 a 53% (5 pts) Insatisfatório: < 25% (0 pts). Satisfatório: 0-30 dias (10 pts) Parcial: 31 a 60 dias (5 pts) Insatisfatório: > 60 dias (0 pts).	Siscan e IBGE Siscan/ SisMama/ SIA/ SUS SisMama/ Siscan

Fonte: elaboração própria.

Na dimensão político-operacional, para que as ações sejam realizadas adequadamente, deve haver equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica completas, com suficiência de carga horária dos profissionais de saúde para atender à demanda do território, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde²⁰. Destaca-se que, apesar do horário de funcionamento das UBS ser de segunda à sexta-feira, podem ocorrer horários alternativos, respeitando a carga horária mínima e conforme a necessidade da população²⁰. Essa prerrogativa torna-se importante na medida que possibilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde, o que está diretamente ligada à percepção de satisfação com a atenção à saúde²¹.

Durante a validação da MAJ, após a oficina de consenso, houve o entendimento que no indicador 'suficiência de profissional' fosse adicionado a medida 'percentual de cobertura das equipes no município' por compreender que para operar na sua integralidade, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem estar disponíveis em todas as UBS²².

Além disso, os profissionais de saúde que atuam na APS devem ter conhecimento das estratégias para o controle do câncer de mama, bem como saber planejá-las e realizá-las¹⁸. A qualificação profissional está relacionada à boa prática clínica, o conhecimento dos fluxos de encaminhamento na linha de cuidado e o seguimento de protocolos, o que contribuirá com a implementação das políticas públicas de detecção precoce do câncer de mama na APS²².

As UBS devem ter uma estrutura física apropriada, que permita a realização de ações e possibilite o acesso das mulheres para o diagnóstico precoce e rastreamento do câncer de mama. As instalações adequadas permitem a organização dos processos de trabalho e favorecem o acolhimento das mulheres^{19,21}. Espera-se que, minimamente, a estrutura física das UBS possua alguns elementos indispensáveis para a efetivação do cuidado, incluindo consultórios com banheiro (com garantia de privacidade da mulher), consultório com maca para a realização de exames, salas para

atividades coletivas, sala de espera computadores com acesso à internet^{17,21}.

A APS ocupa uma posição central no atendimento das mulheres, principalmente a população-alvo com risco de desenvolver câncer, ou até mesmo com a doença confirmada ou sobreviventes. As ações visam alcançar os princípios de igualdade, integralidade e de organização da RAS, atuando como um centro comunicador, tendo como responsabilidade estabelecer as prioridades e o fluxo assistencial à atenção especializada²². Diante desse cenário, a regulação em saúde operacionaliza, monitora e avalia as solicitações de consultas, procedimentos e exames de acordo com protocolos clínicos. É uma ferramenta para promoção da equidade e acessibilidade na detecção precoce do câncer de mama. Além disso, é fundamental garantir o acesso aos serviços especializados, como os exames de imagem e consultas com especialistas em tempo oportuno para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Tem o papel de garantir a integralidade do atendimento à saúde da mulher, além de proporcionar a oferta assistencial disponível conforme a oferta e demanda segundo as necessidades de saúde das mulheres.

A falta de trocas de informações cria práticas individualizadas e pontuais na rede assistencial, pois a APS deveria receber as informações dos níveis secundários e terciários¹⁵. O serviço de referência e contrarreferência é um mecanismo de coordenação do cuidado e organização dos serviços em rede, para que os aspectos fundamentais da detecção precoce do câncer de mama ocorram de maneira adequada. Para tanto, a organização da agenda reflete na garantia de consultas de acompanhamento das mulheres que foram encaminhadas para outros pontos da RAS a fim de melhorar a adesão e acompanhamento do tratamento. Além de fortalecer o vínculo e estreitar as relações entre os profissionais da APS e seu centro de saúde¹⁷.

O conhecimento do território permite o planejamento das ações conforme as necessidades da população. Também favorece o vínculo

entre profissionais de saúde e a população, o que tem impacto nos resultados das ações em saúde. Portanto, o adequado planejamento das ações de detecção precoce do câncer de mama só será realizado com esse conhecimento. E além de planejar é importante avaliar e monitorar as ações de detecção precoce do câncer de mama. O Sistema de Informação do Câncer (Siscan) é uma importante fonte de dados para a avaliação e monitoramento. O Siscan está integrado com o Cadastro Nacional de Usuário do SUS (Cadweb), que auxilia na identificação das mulheres pelo número do cartão do SUS. Também está integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), integrando com os prestadores e auxiliando na organização da rede. Monitorar e avaliar têm como objetivo acompanhar e comparar resultados por mulheres de uma maneira espacial e temporal, além de facilitar o gerenciamento do rastreamento e de exames de seguimento. Ferramenta essencial para dar suporte aos processos decisórios, apoiar o planejamento e a tomada de decisão e orientar as ações voltadas à detecção precoce do câncer de mama²³.

A sistematização de dados relacionados ao câncer possui uma relevância, visto que estes dados podem gerar informações importantes, possibilitando subsídios para auxiliar o planejamento administrativo e, como consequência, melhorar o nível assistencial²⁴. O foco na integração dos sistemas e disponibilidade de informação na RAS são considerados instrumentos determinantes, que tornam possível a comunicação entre os níveis de atendimento às necessidades da saúde da mulher.

A atuação das equipes da Atenção Básica tem o papel de estabelecer vínculo com a comunidade e população do território. O processo de identificação de situações de risco e vulnerabilidade, realização de busca ativa das mulheres e práticas educativas de conscientização da população são fundamentais para promover um cuidado contínuo, integral e organizado. Considerando o objetivo de garantir assistência adequada para as mulheres no âmbito da atenção primária, incluindo a

detecção precoce do câncer de mama, se faz necessário a implantação de protocolos e diretrizes e a definição de fluxos de acesso nos diferentes pontos da rede de atenção²⁵.

Além disso, deve ter profissionais de apoio que atuem de forma interdisciplinar no cuidado à mulher em tratamento do câncer de mama, desenvolvendo atividades integradas a fim de os diferentes conhecimentos atuarem para o bem-estar das pacientes^{17,26}. Nesse entendimento, houve a inclusão, a partir da discussão realizada na oficina de consenso, do indicador ‘atuação interdisciplinar’ e das medidas: participação de diferentes profissionais na organização das atividades educativas e apoio de equipe multiprofissional para usuárias em tratamento do câncer de mama.

Os profissionais de saúde que atuam na atenção básica também têm a atribuição de realizar ações educativas para a promoção da saúde e prevenção da saúde. Durante o mês de outubro, os serviços públicos de saúde promovem ações educativas e divulgam a oferta de exames de rastreamento. A campanha do Outubro Rosa foi outra temática discutida na oficina de consenso. Com isso, partindo do entendimento que a ação mobiliza a sociedade, serviços públicos e privados, profissionais de saúde e Organizações Não Governamentais (ONG) na disseminação da informação sobre o câncer de mama, foi acrescentado a ação Outubro Rosa no indicador ‘processo de trabalho na assistência à saúde da mulher’, na medida ‘realização de ações de educação em saúde para a conscientização da população sobre a temática^{27,28}.

A detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento. Nessa análise os indicadores ‘diagnóstico precoce do câncer de mama’ e ‘rastreamento’, desse modo busca-se o diagnóstico precoce do câncer de mama nas fases iniciais e mensurar a adesão às diretrizes técnicas do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a proposta dessa estratégia não é ensinar um método de rastreamento, mas sim qualificar a demanda das mulheres por assistência médica, valorizando

o autoconhecimento e a identificação precoce dos sinais de alerta para o câncer de mama em situações cotidianas²².

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

O estudo de avaliabilidade auxilia na compreensão do funcionamento das ações e indica os ajustes a serem realizados. Contudo, este trabalho apresentou limitações, tais como o fato de ocorrer em um período pandêmico pelo Sars-CoV-2 o que dificultou o contato e a realização das entrevistas e envolvimento com os diferentes atores do processo. As entrevistas são peças fundamentais da avaliação, pois promovem um debate e uma ampla visão de todo o andamento do programa.

Houve um número reduzido de especialistas que pode deixar de contemplar outras realidades trazidas pelas experiências do serviço em saúde. Em contrapartida, procurou-se na revisão bibliográfica utilizar documentos nacionais de diferentes regiões do País e internacionais, contrastando diferentes realidades.

Além disso, observa-se a complexidade na construção de um modelo avaliativo das ações de detecção precoce do câncer de mama pela heterogeneidade das produções científicas sobre a temática. Organizar as informações e indicadores das ações de detecção precoce na APS é um desafio, pois abrange diversos atores,

da assistência ao cuidado, nos três níveis de atenção. A maioria dos estudos avaliativos tem como foco o tratamento do câncer de mama na RAS e suas implicações. Apesar dos avanços, as diretrizes nacionais não são seguidas conforme o recomendado, além de apresentar uma fragmentação do cuidado, com discrepância nas disparidades regionais na oferta do exame de mamografia.

Considerações finais

O desenvolvimento do estudo de avaliabilidade mostra que as ações de detecção precoce do câncer de mama na APS são passíveis de serem avaliadas. O estudo possibilitou um aprofundamento sobre a temática e a relação entre seus componentes, proporcionando a compreensão de fatores que podem interferir e potencializar a realização das ações de detecção precoce do câncer de mama na APS. A obtenção do juízo de valor das dimensões propostas, considerando os contextos que estão inseridos, poderá fornecer apoio para a tomada de decisão dos gestores, especialmente municipais estaduais, bem como de profissionais de saúde atuantes na APS, identificando os elementos que devem ser priorizados para o alcance dos resultados esperados, incluindo a atenção adequada às necessidades das mulheres e o controle do câncer de mama através da detecção precoce da doença.

Colaboradoras

Krann R (0009-0006-7147-1813)* e Colussi CF (0000-0002-3395-9125)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 [acesso em 2021 jan 19]; 68(6):394-424. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2019.
4. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2016 [acesso em 2021 jan 19]; 69(4):793-803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.
5. World Health Organization. Cancer Control: knowledge into action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: early detection. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 17 Maio 2013.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.
8. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval*. 2005 [acesso em 2021 fev 2]; 20(2):1-25. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Wilfreda-Thurston/publication/228466055_Evaluability_assessment_of_a_survivors_of_torture_program_Lessons_learned/links/0fcfd50d38551a1e09000000/Evaluability-assessment-of-a-survivors-of-torture-program-Lessons-learned.pdf.
9. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*. 2003 [acesso em 2021 jan 26]; 9(4):453-469. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/135638900300900406>.
10. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-63.
11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
12. Souza LEPP, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
14. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, et al. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. *Rev Bras Enferm*. 2019 [acesso em 2021 jan 26]; 72(1):274-281. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>.

15. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
16. Traldi MC, Galvao P, Morais SS, et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2021 jan 26]; 24(2):185-191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
18. Barbosa YC, Oliveira AGC, Rabelo PPC, et al. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019 [acesso em 2021 mar 5]; (22):E190069. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190069>.
19. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 fev 2]; 34(6):e00046317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046317>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
21. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 [acesso em 2021 mar 5]; 18(1):103-224. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/12.pdf>.
22. Oliveira RDP. Avaliação de estratégias para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres atendidas na Atenção básica em saúde: enfoque na estrutura e processo do serviço. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019. 119 p.
23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Qualidade dos dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) – 2016 a 2020. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2021. 8 p.
24. Ferreira DS, Bernardo FMS, Costa EC, et al. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. *Esc Anna Nery*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 24(2):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0054>.
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo Detecção Precoce. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015. 12 p.
26. Tomasi E, Facchini LA, Thume E, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 [acesso em 2021 fev 2]; 16(11):4395-4404. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200012>.
27. Assis M, Santos ROM, Migowski A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa - 2020. *Physis*. 2020 [acesso em 2021 abr 14]; 30(1):E300119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300119>.
28. Gutiérrez MGR, Almeida AM. Outubro Rosa. *Acta Paul Enferm*. 2017 [acesso em 2021 fev 2]; 30(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700065>.

Recebido em 23/06/2022

Aprovado em 24/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve