

Vigilância do câncer de mama: práticas identificadas pelos gerentes na Atenção Primária

Breast cancer surveillance: practices identified by managers in Primary Care
Control del cáncer de mama: prácticas identificadas por los gerentes de la Atención Primaria

Edilaine Assunção Caetano de Loyola¹  <https://orcid.org/0000-0002-4441-1229>

Rosely Erlach Goldman²  <https://orcid.org/0000-0003-4011-1875>

Elisabeth Niglio Figueiredo²  <https://orcid.org/0000-0001-5939-8306>

Janaína Aparecida Tintori³  <https://orcid.org/0000-0002-0466-3720>

Ana Maria de Almeida⁴  <https://orcid.org/0000-0002-6398-7194>

Marislei Sanches Panobianco⁴  <https://orcid.org/0000-0003-2619-8740>

Como citar:

Loyola EA, Goldman RE, Figueiredo EN, Tintori JA, Almeida AM, Panobianco MS. Vigilância do câncer de mama: práticas identificadas pelos gerentes na Atenção Primária. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE01096.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A001096>



Descritores

Neoplasias da mama; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde; Programas de rastreamento; Estratégia saúde da família; Vigilância; Centros de saúde

Keywords

Breast neoplasms; Primary health care; Health management; Mass screening; Family health strategy; Surveillance; Health centers

Descriptorios

Neoplasias de la mama; Atención primaria de salud; Gestión en salud; Tamizaje masivo; Estrategia de salud familiar; Vigilancia; Centros de salud

Submetido

3 de Maio de 2021

Aceito

7 de Dezembro de 2021

Autor correspondente

Marislei Sanches Panobianco
E-mail: marislei@eerp.usp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Alexandre Pazetto Balsanelli
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar as práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gerentes da Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, realizado com 24 gerentes de Unidades de Saúde na Atenção Primária, de diferentes configurações (tradicionais, Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família) e contemplando unidades de pequeno, médio e grande porte, localizadas em um município do interior paulista. Foi utilizado um instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasias mamárias, com 32 questões e subitens, segundo as ações determinadas pelo programa de controle de câncer de mama no Brasil. A análise foi baseada nos atributos de estrutura e processo do Modelo Donabedian.

Resultados: Com relação às ações de controle de neoplasias mamárias, todos os gerentes, 24 (100%), afirmaram estabelecer prioridade no encaminhamento de mulheres com mamografia e Exame Clínico das Mamas alterados, e solicitação de mamografia para mulheres do grupo de alto risco. Quanto aos entraves na execução dessas ações, a maioria, 13 (54,2%), dos gerentes apontaram dificuldades enfrentadas pelos serviços com predomínio de falta de profissionais de saúde e demanda excessiva.

Conclusão: As Unidades de Saúde da Atenção Primária têm realizado ações para o controle do câncer de mama, mas existem condutas que não estão em conformidades com as propostas do Ministério da Saúde. Existe a necessidade de maior implantação de ações educativas, pois o enfoque é curativo. Também, são necessários maiores investimentos para incrementar as medidas preventivas e potencializar o acesso aos exames de rastreio.

Abstract

Objective: To analyze the breast cancer management practices identified by Primary Health Care managers.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional study, carried out with 24 Health Units managers in Primary Care, of different configurations (traditional, Family Health Strategy and Basic Health Units with Family Health teams) and contemplating small, medium and large units, located in a city in the countryside of São Paulo. An instrument was used to identify screening and detection actions for breast cancer, with 32 questions and sub-items, according to the actions determined by the breast cancer management program in Brazil. The analysis was based on Donabedian Model's structure and process attributes.

Results: With regard to breast cancer management actions, all managers, 24 (100%), stated that they established priority in referring women with altered mammography and Clinical Breast Examination, and

¹Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, MG, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

requesting mammography for women in the high-risk group. As for obstacles in the execution of these actions, most, 13 (54.2%), managers pointed out difficulties faced by the services, with a predominance of lack of health professionals and excessive demand.

Conclusion: The Primary Care Health Units have carried out actions to manage breast cancer, but there are behaviors that do not comply with the Ministry of Health's proposals. There is a need for greater implementation of educational actions, as the focus is curative. Also, greater investments are needed to increase preventive measures and enhance access to screening tests.

Resumen

Objetivo: Analizar las prácticas del control del cáncer de mama identificadas por los gerentes de la Atención Primaria de Salud.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado con 24 gerentes de Unidades de Salud en la Atención Primaria, de diferente configuración (tradicionales, Estrategia Salud de la Familia y Unidades Básicas de Salud con equipos de Salud de la Familia) y tamaño (unidades de pequeño, mediano y gran porte), localizadas en un municipio del interior del estado de São Paulo. Se utilizó un instrumento para identificar acciones de rastreo y detección de neoplasias mamarias, con 32 preguntas y subítems, según las acciones determinadas por el programa de control del cáncer de mama en Brasil. El análisis se basó en los atributos de estructura y proceso del modelo de Donabedian.

Resultados: Con relación a las acciones de control de neoplasias mamarias, todos los gerentes, 24 (100 %), afirmaron que establecen prioridad en la derivación de mujeres con mamografía y examen clínico de las mamas alterado, y la solicitud de mamografía para mujeres del grupo de alto riesgo. Respecto a los obstáculos para ejecutar estas acciones, la mayoría de los gerentes, 13 (54,2 %), señaló las dificultades enfrentadas por los servicios, con predominio de falta de profesionales de la salud y demanda excesiva.

Conclusión: Las Unidades de Salud de la Atención Primaria realizan acciones para el control del cáncer de mama, pero existen conductas que no están en conformidad con las propuestas del Ministerio de Salud. Existe una necesidad de mayor implementación de acciones educativas, ya que el enfoque es curativo. También son necesarias mayores inversiones para incrementar las medidas preventivas y potencializar el acceso a los estudios de rastreo.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, atualmente, as que mais acometem e matam a população, sendo as neoplasias a segunda causa de morte em todo o mundo.⁽¹⁾ Dentre as neoplasias, o câncer de mama configura-se como um problema de saúde pública, nos países em desenvolvimento, atingindo milhares de mulheres todos os anos.⁽²⁾

No nível local, a vigilância de DCNT, como o câncer de mama, efetiva-se por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo mais apropriado pelo qual a Vigilância da Saúde (VS)⁽³⁾ busca garantir a integralidade da atenção, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.^(4,5)

A VS é um modelo teórico entendido como a articulação de ações que buscam controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população que vive em territórios delimitados, sob a ótica da integralidade do cuidado, identificando problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos dos profissionais de saúde.⁽³⁾

No caso do câncer de mama, a sua vigilância, na APS, envolve ações de prevenção primária e secundária, sendo o rastreamento e a detecção precoce por meio do exame mamográfico a principal estratégia adotada.⁽²⁾ Tais medidas, no Brasil, fundamentam-se em diretrizes científicas, publicadas em 2015, as quais visam garantir

a qualidade das ações e a cobertura da população feminina com a mamografia (MMG), a fim de reduzir as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama.⁽²⁾

Nesse sentido, considerando que as ações desenvolvidas na APS estão diretamente relacionadas com a qualidade das estratégias de vigilância do câncer de mama, justifica-se sua escolha para o local de investigação deste estudo, além de ser a coordenadora do cuidado nos diferentes pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).⁽⁵⁾

E, para que a APS desenvolva as ações de controle do câncer de mama, existe a necessidade de uma logística que envolva espaço físico adequado, recursos de comunicação e de integração entre os diversos serviços e qualificação dos profissionais.⁽⁶⁾ Além disso, requer maior autonomia e poder decisório dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo em vista a necessidade de organização do processo de trabalho, de articulação com outros pontos da RAS e de gestão dos trabalhadores de saúde.⁽⁷⁾

Assim, este estudo objetivou analisar as práticas no controle do câncer de mama identificadas pelos gerentes da APS.

Métodos

Estudo descritivo, transversal, inserido no projeto "Ações no controle do câncer de mama: identificação

das práticas na Atenção Básica”, uma pesquisa multicêntrica realizada em parceria entre a Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com usuárias, enfermeiros e gerentes de Unidades de Saúde da APS dos municípios de São Luís do Maranhão/MA; Diadema, Ribeirão Preto e região sudeste de São Paulo/SP.

Este estudo foi realizado em Ribeirão Preto/SP, com os gerentes das Unidades de Saúde da APS. Neste município, a Atenção Primária está estruturada em UBS tradicional e ESF, as quais desenvolvem ações nos âmbitos individual e coletivo. Em algumas localidades, a UBS tradicional e a ESF compõem o mesmo espaço físico e serão citadas como UBS com ESF.

A população foi composta por gerentes dessas unidades de saúde de ambos os sexos, sem restrição etária e de tempo de atuação. Gerentes que atuassem em mais de uma unidade foram entrevistados uma única vez, sendo excluídas as outras unidades em que ele operasse.

À época da coleta de dados, o município contava com 42 unidades de saúde da APS. Destas, foram selecionadas 30, de forma aleatória, a partir da produção em saúde levantada anteriormente (unidades de pequeno, médio e grande porte) e contemplando unidades: UBS Tradicional, ESF e UBS com ESF.

Os gerentes das 30 unidades selecionadas foram convidados, porém 24 deles compuseram a amostra, considerando que dois atuavam em duas unidades cada um e um gerente em três, excluindo-se, portanto, quatro unidades; e dois gestores recusaram participar da pesquisa, excluindo-se mais duas unidades.

Após a concordância dos gerentes, as entrevistas foram agendadas e realizadas em local privativo, nas próprias unidades de saúde, com duração média de 40 minutos. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2015.

Foi utilizado um instrumento com 32 questões e subitens, organizadas segundo as dimensões estrutura e processo propostas por Donabedian (1988)⁽⁸⁾ e, de acordo com as ações determinadas à APS no Programa de Controle do Câncer de Mama, sendo validado por Marques (2015).⁽⁹⁾

As variáveis estão descritas no quadro 1.

Os dados foram organizados em um banco de dados e posteriormente realizada a análise descritiva,

Quadro 1. Descrição das variáveis incluídas no estudo segundo as dimensões de estrutura e processo

Atributos da estrutura	Atributos do processo
- Disposição de instalações físicas e de equipamentos: tempo de funcionamento da Unidade Básica, número de consultórios, espaço para reunião educativa.	- Fluxos: número de MMG realizadas mama/mês, registro do tempo entre a solicitação e retorno do resultado, fatores que dificultam a execução. Forma de utilização de sistemas informatizados e problemas encontrados para utilização dos sistemas.
- Dimensionamento e qualificação da equipe: número de equipes na ESF, equipes completas, presença de especialistas em ginecologia e obstetria.	- Presença e execução dos protocolos: Ações desenvolvidas na UBS, fatores que dificultam essas ações.
- Presença e funcionamento de recursos logísticos: sistemas informatizados	- Oferta de capacitação dos profissionais de saúde: capacitação sobre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e tempo da última capacitação.

com apoio computacional do software IBM SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP (protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os 24 gerentes dividiam-se em: 15 (62,5%) de UBS tradicionais; 5 (20,8%) de ESF e 4 (16,7%) de UBS com ESF. Sobre o tempo de atuação na APS, metade dos entrevistados tinha até cinco anos de atuação [12 (50,0%)] e, também, metade, 12 (50,0%), era especialista em áreas relacionadas à saúde coletiva.

A capacitação nas ações preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi mencionada por 15 gerentes (62,5%) que a realizaram há menos de cinco anos.

De acordo com os entrevistados, dez (41,6%) das unidades de saúde tinham até 10 anos de funcionamento. Para o item de número de consultórios, os gerentes relataram que a maioria das UBS possuía até cinco consultórios [15 (62,5%)]; e, quanto à estrutura e aos recursos, a maior parte delas possuía consultórios de enfermagem [18 (75,0%)], sendo que nas outras seis (25%) havia compartilhamento com o médico.

Todas as unidades [24 (100,0%)] possuíam sala equipada e com espaço adequado para coleta de Papanicolaou e 18 (75,0%) possuíam espaço para reuniões educativas. Considerando as ESF [cinco (20,8%)]

e UBS com ESF [quatro (16,7%)], obteve-se um total de 17 eSF (equipes de Saúde da Família); destas, seis (35,3%) estavam incompletas. Em sete (77,8%) ESF ou UBS com ESF, havia a presença de profissional médico especialista em ginecologia e obstetrícia.

As unidades que não possuíam eSF totalizaram 19 (79,2%) [15 (62,5%) tradicionais e quatro (16,7%) UBS com ESF]. Dentre elas, 18 (94,7%) contavam com profissionais especialistas em ginecologia e obstetrícia, sendo que em 17 (94,4%) das mesmas o profissional é médico, e em uma (5,6%) há médico e enfermeiro especialistas em ginecologia e obstetrícia.

Sobre os sistemas informatizados, a maioria das unidades de saúde tem implantados o SIAB [20 (83,3%)] e SISCAN [22 (91,7%)]. Os principais problemas relatados para a utilização dos sistemas foram a rede de internet precária, muitos itens a serem preenchidos e recursos humanos escassos. A maior parte dos gerentes, [16 (66,7%)], informou que tais recursos tecnológicos permitem a programação das ações, com destaque para ações educativas, 14 (87,5%).

Todos os participantes informaram que em nenhuma das unidades selecionadas era realizada MMG ou ultrassom (US) de mamas, que os serviços de referência de suas áreas de abrangência para a realização desses exames eram públicos e que havia entraves na realização dos mesmos, MMG (13 - 54,2%) e US (11 - 45,8%).

A maioria das unidades [20 (83,3%)] registra o número de MMG solicitadas por mês no serviço e quatro (16,7%) não possuem esta informação. Em relação ao registro do tempo de solicitação da MMG e o retorno dos resultados, grande parte das UBS [17 (70,8%)] possui tal registro e sete (29,2%) não possuem este controle. Dois (11,8%) gerentes informaram que o laudo mamográfico fica pronto em torno de 20 dias; seis (35,3%) informaram que o retorno leva, em média 30 dias; outros seis (35,3%) relataram prazo aproximado de 40 dias e um (5,8%) disse demorar aproximadamente 45 dias para o retorno dos resultados.

Acerca de capacitação dos profissionais de saúde que atuavam nas unidades com relação às ações preconizadas para o controle de neoplasias da mama, 22 (91,7%) gerentes informaram que a maioria dos profissionais foi capacitada, sendo que 12 (54,5%) afirmaram que as capacitações ocorreram há menos de seis meses.

A tabela 1 caracteriza as ações para o controle do câncer de mama que foram identificadas pelos gerentes das unidades de saúde pesquisadas.

Tabela 1. Caracterização das ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, e as dificuldades na sua realização, de acordo com os gerentes

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

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

Discussão

Acerca dos atributos da estrutura, em sua maioria, os gerentes eram qualificados, foram capacitados e possuíam experiência em gestão. A maior parte das unidades possuía espaço para atendimento de enfermagem, com sala privativa para consulta de ginecologia e realização do exame físico, incluindo o ECM e a coleta de Papanicolaou, além de espaço para reuniões educativas. Quase todas as unidades contavam com profissional médico especialista em ginecologia e em obstetrícia. A formação dos gerentes é compatível com outros estudos que também apontaram a busca dos profissionais por melhorarem sua qualificação e consequente valorização da sua área de trabalho.^(4,5,10)

Os sistemas informatizados estavam implantados nas unidades, porém, geralmente, eram alimentados por outro profissional, que não o gerente. Essa ação

não seria um empecilho, caso os gerentes utilizassem a consolidação dos dados para planejar ações de VS no controle do câncer de mama em sua área adstrita, por meio da análise dos indicadores. Assim, autores reforçam que uma boa estrutura não determina um padrão de qualidade; porém, boas condições estruturais contribuem para um processo adequado de cuidados e resultados mais favoráveis.^(11,12)

Desse modo, a ausência de estrutura adequada que favoreça o desenvolvimento de intervenções coletivas compromete, muitas vezes, a mudança do modelo assistencial para a perspectiva da VS. Porém, para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (1988)⁽⁸⁾ recomenda a análise conjunta da estrutura, do processo e do resultado, instruindo que o estudo do processo é o melhor indicador para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro ponto de assistência. Isso porque as melhores condições estruturais podem ser mal utilizadas, porém a excelência profissional pode resultar em efeitos benéficos, mesmo em condições adversas, ou seja, um bom processo pode gerar resultados positivos; no entanto, uma estrutura adequada sendo mal utilizada jamais trará bons resultados. Assim, é possível existir um cuidado à saúde de qualidade em uma situação de precariedade estrutural.

Com relação aos atributos do processo, apesar de os exames de imagem para o rastreamento do câncer de mama não serem realizados nas unidades, o período entre a solicitação da MMG e o retorno dos resultados para as unidades de saúde foi considerado adequado pelos gerentes. Existem, no entanto, entraves como maior controle das mulheres faltosas para a realização dos exames e acesso a informações pelo prestador conveniado, sem o qual fica comprometida a manutenção da vigilância na periodicidade de realização da MMG, a qual se constitui na principal estratégia para a detecção precoce da doença.⁽²⁾

Os gerentes julgavam que os sistemas informatizados são importantes para o planejamento das ações para o controle do câncer de mama. Porém, apontaram que dificuldades como escassez de recursos humanos e demanda excessiva comprometem a execução de ações preventivas; sendo que a não utilização desses sistemas como instrumento de gestão pode dificultar o acesso a informações úteis ao monitoramento das intervenções de detecção precoce do câncer de mama.⁽⁶⁾

Acerca das ações para o controle do câncer de mama, todos os gerentes afirmaram que eram desenvolvidas nas UBS atividades de encaminhamento de mulheres com MMG alterada, como prioridade; solicitação de MMG para mulheres do grupo de alto risco e prioridade no encaminhamento de mulheres com ECM alterado. Esses resultados são importantes para as mulheres que necessitam de cuidados quando ocorre uma suspeita ou se tem um diagnóstico confirmado de câncer de mama. Contudo, observa-se um predomínio de ações curativas nas unidades estudadas, baseadas na queixa-conduta, com enfoque no problema e não na prevenção, o que dificulta o alcance do diagnóstico precoce, preconizado nas diretrizes para o controle da doença.⁽²⁾

Cabe ressaltar que o modelo de VS, ao ser contemplado na perspectiva da promoção da saúde, preconiza o desenvolvimento de ações que se antecedem ao dano, com destaque para os problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos e abordagem sobre a avaliação de risco, como é o caso do câncer de mama.⁽¹³⁾

A quase totalidade dos gerentes informou que a maioria dos profissionais foi capacitada com relação às ações para o controle do câncer de mama, sendo que um pouco mais da metade afirmou que as capacitações ocorreram há menos de seis meses. Assim, comparando-se os resultados do presente estudo com os resultados de outro estudo realizado com enfermeiros atuantes nas mesmas unidades de saúde, vale destacar que cerca de metade dos enfermeiros entrevistados afirmou não ter recebido capacitação para as ações de controle do câncer de mama.⁽⁵⁾ Desse modo, existe uma contradição entre as afirmações dos profissionais enfermeiros e seus gerentes com relação a tais capacitações. Portanto, percebe-se, novamente, a importância da habilitação e sensibilização dos profissionais envolvidos no cuidado à mulher e o papel fundamental da gerência dos serviços de saúde em promover educação continuada às suas equipes.

Os gerentes das unidades de saúde afirmaram que era realizada busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado. Esse monitoramento e busca ativa é realizado por profissional habilitado do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do município.

Nos pressupostos da VS, o monitoramento das mulheres que não compareceram para a realização dos exames torna-se fundamental, pois o acompanhamento daquelas que realizaram a MMG e apresentaram alterações é importante, apesar do enfoque curativo. Uma vez que as mulheres faltosas “se perdem” na rede pode ser que sejam captadas novamente apenas quando já existe uma alteração instalada, comprometendo o diagnóstico precoce.⁽²⁾

Em Ribeirão Preto-SP, a maioria dos gerentes alegou que não há como monitorar o controle das faltosas, pois é a usuária quem fica com a guia de encaminhamento para a realização dos exames. Porém, afirmaram, igualmente, que a unidade de saúde possui o registro do tempo de solicitação e o retorno do resultado. Portanto, o controle das mulheres que não comparecem ao exame seria facilmente detectado, uma vez que, quando ela falta não ocorre a realização do exame e, assim, não existe laudo a ser emitido.

Ainda mencionando a importância da busca ativa, sabe-se que esta é uma estratégia capaz de aumentar a adesão de mulheres ao rastreamento mamográfico, contribuindo para a eficácia das ações do programa de controle de câncer de mama, uma vez que há necessidade de se cumprir as metas de cobertura da população-alvo e evitar super-rastreamento de apenas um segmento de mulheres.⁽¹⁴⁾

Dessa forma, ratifica-se que as ações de vigilância são essenciais para uma gestão eficaz de estratégias de rastreamento/controle do câncer de mama, visto que promovem a cobertura da população com maior risco e apontam caminhos para a redução das taxas de morbimortalidade por essa doença.^(2,6)

Neste estudo, a execução de reuniões para a educação em saúde sobre o câncer de mama para as usuárias foi mencionada por menos da metade dos gerentes, apesar de, em outro momento, a maioria deles ter afirmado que utiliza os dados gerados nos sistemas informatizados para planejar ações educativas. Ao discorrerem sobre os entraves para as práticas no controle do câncer de mama, apontaram dificuldades enfrentadas pelos serviços com predomínio de falta de profissionais de saúde e de demanda excessiva.

O desenvolvimento de ações educativas de maneira individual ou coletiva, para promover a mobilização e a participação da comunidade, é atribuição

dos profissionais que atuam na APS, no controle do câncer de mama.^(4,5,10) Em Ribeirão Preto, a respeito da realização de atividades educativas nas unidades de saúde da Atenção Primária, grande parte dos enfermeiros informou não as realizar,⁽⁵⁾ dado que corrobora com outro estudo realizado com usuárias, no qual 95,4% das 631 mulheres investigadas afirmaram nunca terem participado de atividade de educação em saúde nas unidades de saúde que frequentam na rede de saúde do município.⁽¹⁵⁾

Já o estudo de Diadema chama a atenção para as reuniões educativas executadas por apenas 52,9% dos 70 enfermeiros investigados, destacando-se que é um município com 100% de cobertura de ESF, modelo que prioriza, dentro do conceito de promoção à saúde, as atividades preventivas. As autoras sinalizaram a importância da educação em saúde na APS como fundamental para a aquisição de conhecimento pelas usuárias, com vistas à detecção precoce da doença,⁽⁴⁾ priorizando a proposta das diretrizes que se baseiam no tripé: população alerta para os sinais e sintomas; profissionais de saúde sensibilizados e capacitados; serviços de saúde preparados.⁽²⁾ Interessante destacar nesse mesmo estudo, que dentre os enfermeiros que realizavam atividades educativas, um pouco mais da metade receberam capacitação referente às normas preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama.⁽⁴⁾

Além disso, as ações para a detecção precoce do câncer de mama realizadas pelos enfermeiros diferenciaram-se em relação à configuração das unidades de saúde, sendo que as do modelo ESF se aproximaram mais das recomendações do MS.⁽¹⁶⁾

Assim, esses dados vão ao encontro dos identificados nos estudos com os enfermeiros em que a falta de tempo, reflexo direto da falta de profissionais, e a demanda excessiva, a qual pode gerar sobrecarga de trabalho, constituíram-se em obstáculos para a efetivação de ações para o controle do câncer de mama na APS.^(4,10)

Outro estudo desta pesquisa, realizado com 133 enfermeiros de 38 unidades básicas de saúde da região Sudeste do município de São Paulo, encontrou associação estatisticamente significativa para a realização de ações educativas com a realização de capacitação para as ações preconizadas para o controle do câncer de mama, em que os enfermeiros capacitados promoviam mais atividades de educação em saúde para as usuárias.⁽¹⁰⁾

Assim, as estratégias para melhorar a qualidade da atenção primária e a educação em saúde da população devem ser consideradas pelas políticas públicas para a redução do câncer de mama.⁽¹⁷⁾

Portanto, os atributos de estrutura e de processo são parcialmente atendidos com relação à atenção à saúde das mulheres na vigilância do câncer de mama na APS do município estudado.

Como limitação desta pesquisa, é possível ponderar que o desenho metodológico não permite um acompanhamento em longo prazo das unidades de saúde, não permitindo analisar os atributos de resultados, ou seja, do impacto das ações para o controle do câncer de mama no município, sinalizando a necessidade de continuidade de estudos como este.

Conclusão

As Unidades de Saúde da Atenção Primária têm realizado ações para o controle do câncer de mama, mas existem algumas delas que não estão em conformidade com as propostas do MS. Assim, conclui-se que há necessidade de maior implementação de ações educativas, pois o enfoque ainda é curativo. Também, são necessários maiores investimentos para incrementar as medidas e minimizar a demanda reprimida potencializando o acesso aos exames de rastreio.

Colaborações

Loyola EA, Goldman RE, Figueiredo EN, Almeida AM e Panobianco MS participaram na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada. Tintori JA participou da revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado.

Referências

1. Malta DC, Bernal RT, Lima MG, Araújo SS, Silva MM, Freitas MI, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 1):4s.
2. Migowski A, Silva GA, Dias MB, Diz MD, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II - New national recommendations, main evidence, and controversies. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00074817.
3. Teixeira CF, Paim JS, Vilas Boas AL. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: Rozenfeld S, org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 49-60.
4. Teixeira MS, Goldman RE, Gonçalves VC, Gutiérrez MG, Figueiredo EN. Primary care nurses' role in the control of breast cancer. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):1-7.
5. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EA, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):14-21.
6. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KM, Almeida AM, Gutiérrez MG. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 1):274-81.
7. Oliveira SB, Soares DA. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. *Saúde Debate*. 2020;44(124):169-81.
8. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. Review.
9. Marques CA, Figueiredo EM, Gutiérrez MG. Validation of an instrument to identify actions for screening and detection of breast cancer. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):183-9.
10. Melo FB, Marques CA, Rosa AS, Figueiredo EN, Gutiérrez MG. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1119-28.
11. Zanin LE, Albuquerque IM, Melo DH. Speech, language and hearing sciences and the Family health strategy: implication of structural dimension in the quality of speech, language and hearing care. *Audiol Commun Res*. 2015;20(3):255-61.
12. Oliveira JL, Gabriel CS, Fertonani HP, Matsuda LM. Management changes resulting from hospital accreditation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2851.
13. Pallarés EC, Alves GG, Aerts D, Câmara S, Tovo M. Atenção primária em saúde: a adequação ao modelo da vigilância da saúde em município do sul do Brasil. *Aletheia*. 2016;49(2):89-109.
14. Ohl IC, Ohl RI, Chavaglia SR, Goldman RE. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):746-55.
15. Ferreira SM. Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva da usuária [tese]. 134 p. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2021 Set 17]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25012017-171112/publico/SIMONEMARADEARAUJOFERREIRA.pdf>
16. Melo FB, Figueiredo EN, Panobianco MS, Gutiérrez MG, Rosa AS. Early detection of breast cancer in primary care center. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02442.
17. Figueiredo FW, Almeida TC, Schoueri JH, Luisi C, Adami F. Association between primary care coverage and breast cancer mortality in Brazil. *PLoS One*. 2018;13(8):e0200125.