

# 016

## ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS E CONSOLIDAÇÃO DA CIDADANIA



SESSÕES TEMÁTICAS

III ENEPANALIS

## UM ESTUDO SOBRE AS AÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO - SP

Simone Mara Ferreira Miranda (IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho) Ana Maria de Almeida (USP e UFPB)  
Maria Gaby Rivero de Gutiérrez (UNIFESP)  
Adílio Renê Almeida Miranda (UNIFAL – Campus Varginha)

### RESUMO

O objetivo do trabalho foi analisar as ações de rastreamento do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ribeirão Preto - SP, tendo como referência o Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama do Ministério da Saúde. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa descritiva. Amostra final foi de 631 mulheres, com idade entre 35 e 69 anos, usuárias de 30 UBS. Os resultados mostraram que 78 (12,4%) usuárias relataram casos de câncer de mama ou de ovário na família. Sobre as ações de rastreamento, observou-se que, considerando todas as faixas etárias, 346 (54,8%) relataram realizar o exame clínico das mamas anualmente e 399 (63,2%) no período entre 2009 e 2012. Neste período, 343 (54,4%) referiram ter recebido guia de encaminhamento para realização de mamografia e 95 (35,7%) na faixa etária alvo das ações (50-69 anos) não realizaram. Conclui-se que as ações para rastreamento do câncer de mama empregadas não estão plenamente em conformidade com as diretrizes preconizadas.

Palavras-chave: Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde; Política Pública em Saúde.

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o câncer mais frequente e o que mais mata entre as mulheres em todo o mundo. As estimativas mundiais de incidência e mortalidade para 2012 foram 1.671.149 e 521.907 casos, respectivamente, para todas as idades (FERLAY et al., 2015; TORRE, et al., 2017). Nas últimas décadas têm se observado aumento da incidência e mortalidade por câncer de mama na América Central e do Sul (DI SIBIO et al., 2016). Nesse contexto, no Brasil, a Região Sul ocupa o primeiro lugar, com uma taxa de incidência de 73,07/100 mil, seguida pela Região Sudeste com 69,50/100 mil, de acordo com as estimativas para o biênio 2018-2019 (BRASIL, 2017).

Por sua magnitude, configura-se como um problema de saúde pública e seu controle consiste em uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil desde 1984 (BRASIL, 2004a). Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) publicou em 2004 um Documento de Consenso em que recomendava que as mulheres brasileiras na faixa etária entre 50 a 69 anos fizessem Mamografia (MMG) de rastreamento a cada dois anos, Exame Clínico das Mamas (ECM) anualmente para todas as mulheres a partir dos 40 anos e MMG e ECM anuais a partir dos 35 anos de idade para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2004b). Cabe destacar que, em 2015, estas recomendações foram revisadas e novas diretrizes baseadas em evidências científicas integraram a prática de saúde relacionada ao controle do câncer de mama no Brasil, com destaque para a ausência de recomendação de rastreamento com ECM (BRASIL, 2015).

A implementação das ações propostas, juntamente com a adoção de medidas preventivas contribuem para a redução das altas taxas de incidência da doença. Um dos grandes desafios impostos para o sistema de saúde brasileiro é avaliar de maneira ampla as medidas de controle e prevenção preconizadas para a saúde pública, de modo a observar as medidas que agregam benefício à saúde (LIMA et al., 2011; AZEVEDO E SILVA et al., 2014). Sendo assim, torna-se imprescindível uma avaliação minuciosa das ações de rastreamento de câncer de mama implementadas no país. A avaliação periódica da saúde da população por meio do levantamento das necessidades e da oferta de intervenções mais adequadas, no intuito de aprimorar, recuperar e manter a saúde são questões implícitas ao conceito de saúde pública (SILVA, 2012).

No contexto brasileiro, a atenção oncológica está pautada em políticas públicas bem estabelecidas, com normas e diretrizes fundamentadas em evidências científicas e experiências prévias (BRASIL, 2005a; 2010a; 2013; 2014). Mas, na prática, observa-se vários entraves que impedem a sua implementação de forma efetiva e com qualidade, tais como dificuldades para o acesso ao diagnóstico, a exames e tratamentos, a deficiência da assistência oncológica prestada aos pacientes e o aumento de gastos em função da vulnerabilidade nos mecanismos de gestão dos serviços e de controle (BRASIL, 2011a).

As análises do Tribunal de Contas da União apontam como os principais problemas que têm afetado a efetividade da atenção oncológica, as dificuldades para o acesso a exame e tratamentos, a deficiência da assistência oncológica prestada aos pacientes e o aumento de gastos em função de fragilidade nos mecanismos de gestão e de controle (BRASIL, 2011b).

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos pelo SUS, ainda é preciso investimentos a fim de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, bem como qualificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2010b). É preciso alinhamento da política pública, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde. Muitos são os desafios para transformar as práticas na atenção oncológica, de modo a enfrentar o problema do câncer de forma integral, em conformidade com os princípios do SUS (VINCENT, 2007).

Nesta perspectiva, conhecer as ações de rastreamento do câncer de mama que são realizadas nas unidades de saúde da Atenção Básica permite levantar as especificidades locais e, a partir dessas informações, subsidiar novas discussões acerca do planejamento de estratégias eficazes. A escolha da Atenção Básica de Saúde como local de investigação consiste no fato de que é neste nível de atenção que se concentram as principais ações de controle do câncer de mama, além de ser ordenadora do sistema de saúde (BRASIL, 2017). Dessa forma, o objetivo do trabalho foi analisar as ações de rastreamento do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ribeirão Preto - SP, tendo como referência o Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama do Ministério da Saúde.

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O CÂNCER DE MAMA

Quando investigamos as políticas públicas voltadas ao câncer de mama no Brasil percebemos que somente em meados dos anos 80 é que seu controle passa a ser incluído no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que amplia o cuidado da mulher para além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, as recomendações governamentais para a detecção precoce do câncer de mama foram respaldadas pelo Programa Nacional de Controle dos Cânceres de Mama e Colo do Útero - Programa Viva Mulher (BRASIL, 2005b), inaugurado em 1998, que recomendava como estratégias para detecção precoce do câncer de mama no Brasil o rastreamento mensal com autoexame das mamas (AEM) e exame clínico das mamas (ECM) anual.

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Documento de Consenso (BRASIL, 2004b), com diretrizes técnicas nesta área que preconizam condutas diferentes para diferentes faixas etárias. O Documento foi publicado com o objetivo de reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama. Suas principais diretrizes e ações estratégicas envolvem: a promoção à saúde e a detecção precoce, por meio de ações intersetoriais que promovam o acesso à informação e aos serviços de saúde para o alcance da cobertura populacional adequada da população-alvo; prevenção primária, relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos e rastreamento. A faixa etária e presença de fator de risco foram os critérios de seleção para o rastreamento e detecção precoce oportunística como definidas no quadro abaixo:

DETECÇÃO PRECOZE: RECOMENDAÇÃO PARA RASTREAMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame clínico das mamas (ECM): para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.</li> <li>• Mamografia (MMG): para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.</li> <li>• Exame clínico das mamas (ECM) e mamografia (MMG) anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.</li> </ul>
SÃO CONSIDERADAS MULHERES COM RISCO ELEVADO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA:

Quadro 1: Elaborado com base no Consenso de controle de câncer de mama, INCA – 2004

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo de 50 anos de idade.</li> <li>• Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.</li> <li>• Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.</li> <li>• Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.</li> </ul>
---

Em 2005, as ações nacionais de controle do câncer assumem caráter legal por meio da Portaria 2439/GM (BRASIL, 2005a) que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Com a PNAO, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano, foi elaborado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007, que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

As ações destinadas ao controle do câncer de mama ganham mais notoriedade entre as prioridades nacionais em 2006, quando o câncer de mama e o câncer do colo do útero foram assumidos no conjunto de ações de controle propostas em defesa da vida no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

Em abril de 2009, representantes do MS, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer se reuniram no Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro. O objetivo do encontro foi conhecer a experiência de programas de rastreamento bem-sucedidos de países da Europa, do Canadá e do Chile. O resumo executivo do Encontro apresentou recomendações para a implantação de programa organizado de rastreamento do câncer de mama no Brasil (BRASIL, 2008). Em junho do mesmo ano, foi lançado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) destinado a uniformizar a descrição dos achados radiológicos na MMG.

A priorização do controle do câncer de mama foi reafirmada em março de 2011, quando o governo federal lançou o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2011a), que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres.

Em maio de 2013, a política de atenção oncológica foi atualizada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito SUS (BRASIL, 2013). Nesse mesmo ano, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Em 2015, a partir da sistematização de evidências na literatura científica, foram elaboradas as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil (BRASIL, 2015a). Este documento atualiza e amplia as recomendações para a detecção precoce do câncer de mama no SUS, publicadas no Controle do câncer de mama: Documento de Consenso, em abril de 2004 (BRASIL, 2004b). Mantém-se a MMG de rastreamento dos 50 anos aos 69 anos, com as evidências acerca desse procedimento e inclui a falta de recomendação em relação ao ECM.

## CONTROLE E AÇÕES DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Os programas de controle do câncer de mama estão centrados em dois componentes principais: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce relaciona-se às ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial. O conceito de diagnóstico precoce é, por vezes, nomeado de *down-staging*, ou seja, no menor estágio do desenvolvimento da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Nesse intuito, é necessário alertar a população para os sinais e sintomas suspeitos de câncer, capacitar os profissionais de saúde para avaliação dos casos suspeitos e preparar os sistemas e serviços de saúde a fim de possibilitar a confirmação diagnóstica oportuna com qualidade e garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2015b).

Já o rastreamento, de acordo com a OMS, consiste em ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivando detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Trata-se de uma estratégia baseada na realização de testes relativamente simples em pessoas saudáveis, com o intuito de identificar doenças na fase pré-clínica (BRASIL, 2015a).

Os programas de rastreamento podem ser classificados em: organizados (populacional) ou oportunistas. Os programas organizados são sistematizados e voltam-se para a detecção precoce de determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral. Possui como característica a convocação e a vigilância das mulheres inscritas no programa, bem como busca cumprir a periodicidade entre as etapas propostas (MARCHI; GURGEL, 2010). Dessa forma, é possível monitorar e avaliar as ações, bem como promover mudanças e ajustes nos casos necessários (SILVA, 2012).

Por outro lado, o rastreamento oportunístico ocorre quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco (BRASIL, 2010b). Neste modelo, os indivíduos somente são submetidos às recomendações a partir da procura espontânea pelos serviços de saúde e, sendo assim, significativa proporção de mulheres não é rastreada ou não cumpre as recomendações recebidas. Faltas ou mesmo atraso no comparecimento às etapas subsequentes são comuns (MARCHI; GURGEL, 2010).

Cabe mencionar ainda que, concomitante à implantação dos programas de rastreamento, surgem manuais ou “guidelines” para assegurar a qualidade dos mesmos. Além de formular condições mínimas e assegurar que elas sejam cumpridas, rotineiramente, são publicados relatórios sobre a situação dos programas. As publicações destas evidências servem de base para as definições das recomendações.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, de corte transversal, desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Ribeirão Preto, SP. O processo de coleta e análise dos dados ocorreu nos anos de 2014 e 2015.

O estudo foi precedido da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP (SMS-RP) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), de acordo com o protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393.

O fluxo de mulheres foi obtido junto ao banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP (SMS-RP). Os dados foram solicitados pelo estatístico responsável pelo cálculo amostral e foram os seguintes: População total; População feminina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a); População que utilizava o serviço de atenção primária do SUS; População feminina 35 -|40 anos (n e %); População feminina 40 -|50 anos (n e %); População feminina 50 -|69 anos (n e %); Tamanho do universo a ser amostrado: compreendeu o total de mulheres com as faixas etárias de interesse do município que faziam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde; Número de Unidades Básicas de Saúde existentes na unidade geográfica.

Foram selecionadas mulheres com idade acima de 35 anos até 69 anos, usuárias do serviço por tempo superior a três anos. Para cada mulher selecionada, foi solicitada anuência para participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento, construído e validado por peritos e pré- testado por Marques, Figueiredo e Gutiérrez (2015), com questões que visam conhecer as características socioeconômicas, fatores de risco familiar para câncer de mama e acesso às ações para controle desta doença. A sistemática da coleta foi definida com base no fluxo de observação de UBS de grande, médio e pequeno porte, pelo qual se calculou o número de períodos necessários para a execução da pesquisa em cada unidade, a quantidade de mulheres a serem entrevistadas por período de coleta (que poderia ser manhã e tarde) e o processo de aleatorização das mulheres, que obedeceu a ordem de chegada com inclusão da primeira mulher que atendia aos critérios de inclusão e a partir dessa, se estabelecia uma sequência para inclusão das próximas, de acordo com o cálculo amostral de cada UBS.

Dado que o município possui características estratificadoras diferenciadas no que diz respeito às unidades de saúde que compõem a Atenção Básica de Saúde, o desenho amostral considerado mais adequado foi a amostragem probabilística complexa (SZWARCWALD; DAMACENA, 2008) realizada em dois estágios: Amostra Aleatória Simples (AAS), utilizada para a seleção das UBS e Amostra Sistemática (AS), utilizada para a seleção das usuárias a serem entrevistadas em cada UBS selecionada para o estudo.

No presente estudo foram utilizados três níveis de estratificação: Unidades de Saúde (segundo modelo: Tradicional, Unidade de Saúde da Família e Mista), Usuárias (segundo faixa etária: 35-39 anos; 40-49 anos e 50-69 anos) e Regiões de Saúde de Ribeirão Preto (Distrito Norte - DN, Distrito Sul - DS, Distrito Leste - DL, Distrito Oeste - DO e Distrito Central - DC).

Estabelecendo-se uma margem de erro de 0,05, com uma probabilidade de 95% de confiança e utilizando-se a alternativa conservadora para a estimação da variabilidade, o tamanho da amostra final foi 631 mulheres, usuárias das 30 UBS selecionadas, de um total de 47, e distribuídas de acordo com o número de atendimentos em cada uma delas.

No que se refere à caracterização socioeconômica das 631 usuárias entrevistadas, a Tabela 1, apresentada a seguir, mostra a distribuição nas faixas etárias pré-estabelecidas. Em relação ao estado civil, a maioria das usuárias era casada 332 (52,6%). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria 348 (55,1%) tinha baixa escolaridade, não completando o ensino fundamental 2. Houve predomínio da raça/cor branca 339 (53,7%) e a maioria das usuárias pertencia às classes econômicas B2, 142 (22,5%); C1, 195 (30,9%) e; C2, 136 (21,6%), conforme Critério de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014). Apenas 96 (15,2%) delas relataram possuir plano de saúde.

Tabela 1: Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo dados socioeconômicos. Ribeirão Preto, SP, 2016.

	N	Intervalo de Confiança IC 95%		
		%	Inferior	Superior
Faixa etária				
35 a 39 anos	130	20,6	17,4	23,8
40 a 49 anos	235	37,2	33,4	40,9
50 a 69 anos	266	42,2	38,4	46,0
Total	631	100	100	100
Estado civil				

Casada	332	52,6	48,8	56,3
Divorciada	58	9,2	6,8	11,6
Separada	40	6,3	4,4	8,2
Solteira	116	18,4	15,4	21,5
Viúva	82	13,0	10,3	15,7
Sem informação	3	0,5	0,0	1,1
Total	631	100	100	100
Escolaridade				
Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	151	23,9	20,8	27,4
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	197	31,2	27,4	34,9
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	100	15,8	13,2	18,9
Médio completo/ Superior incompleto	155	24,6	21,1	27,9
Superior completo	25	4,0	2,5	5,5
Sem informação	3	0,5	0,0	1,1
Total	631	100	100	100
Raça/cor declarada				
Branco	339	53,7	49,9	57,4
Não branco	273	43,3	39,5	47,1
Sem informação	19	3,0	1,7	4,4
Total	631	100	100	100
Critério de Classificação Econômica				
A	3	0,5	0,0	1,1
B1	43	6,8	4,9	8,7
B2	142	22,5	19,3	25,7
C1	195	30,9	27,4	34,5
C2	136	21,6	18,4	25,0
D	76	12,0	9,7	14,6
E	4	0,6	0,2	1,4
Sem informação	32	5,1	3,3	6,8
Total	631	100	100	100
Plano de saúde				
Não	534	84,6	81,8	87,3
Sim	96	15,2	12,5	18,2
Sem informação	1	0,2	0,0	0,5
Total	631	100	100	100



A análise descritiva resultou em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais). Todos os testes realizados consideraram um alfa bidirecional de 0,05 e Intervalo de Confiança de (IC) de 95%. Foram realizados por meio dos softwares IBM SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) e Excel 2010 (Microsoft Office).

## RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em conformidade com os seus objetivos.

### HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA OU CÂNCER DE OVÁRIO ENTRE AS USUÁRIAS E INVESTIGAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste estudo, investigou-se, entre as usuárias entrevistadas, a presença de casos de câncer de mama ou de ovário na família, o parentesco e a idade do familiar acometido e, no caso do câncer de mama, se foi unilateral ou bilateral. Constatou-se que 78 (12,4%) das usuárias relataram possuir casos de câncer de mama ou de ovário na família e 341 (54%) delas relataram que foram questionadas pelos profissionais de saúde a este respeito (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família e investigação pelo profissional de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2016

	N	%
<b>Casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família?</b>		
Não	521	82,6
Sim	78	12,4
Sem informação	32	5,1
Total	631	100
<b>Profissional de saúde investigou história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário?</b>		
Não	235	37,2
Sim	341	54,0
Não sabe ou não recorda	19	3,0
Sem informação	36	5,7
Total	631	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

Cabe ressaltar que, de acordo com o documento Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama compreendem: mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmão ou filha) com diagnóstico de 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 (BRASIL, 2004b).

A porcentagem de usuárias com presença de história familiar de câncer de mama ou ovário entre as usuárias entrevistadas coincide com dados epidemiológicos, nos quais o câncer de mama hereditário corresponde a aproximadamente 10% a 15% do total de casos (THERIAULT; HAHN, 2011). Para esse grupo que tem um risco aumentado de desenvolver a doença, as ações de rastreamento devem ser sistematizadas, de forma a propiciar sua realização, bem como garantir a periodicidade preconizada. Essa prática atende ao disposto na orientação das práticas da atenção básica para PSF, que prevê que o diagnóstico, programação e implementação das atividades devem seguir critérios de risco à saúde (BRASIL, 2007). Apesar de a maioria das UBS investigadas não ser considerada PSF, as recomendações da organização da assistência deveriam seguir os mesmos critérios, uma vez que ações de prevenção e de promoção se constituem nas principais atividades da área da Vigilância em Saúde (MALTA et al., 2006).



## AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

Em relação à realização anual do ECM, por médico ou enfermeiro das unidades de saúde, de acordo com as respostas, 346 (54,8%) das usuárias de todas as faixas etárias referiram que este exame foi realizado. Ao analisar a frequência de realização do ECM, segundo as diretrizes do Documento de Consenso (BRASIL, 2004b), observou-se que, do total de 78 mulheres com história familiar de câncer de mama ou de ovário, somente a metade realizou o ECM anualmente. Entre as usuárias com idade entre 35 e 39 anos, sem história familiar de câncer de mama ou ovário, 53 (50%) relataram realizar o ECM anualmente (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo a realização anual do exame clínico das mamas, realizado por médico ou enfermeiro da atenção básica municipal, separadas por faixa etária e presença de história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário	ECM	N	%	
35 a 39 anos	Não	Não	53	50,0	
		Sim	53	50,0	
		Sem informação	0	0,0	
		Total	106	100	
		Não	10	55,6	
		Sim	8	44,4	
	40 a 49 anos	Sim	Sem informação	0	0,0
			Total	18	100
			Não	86	44,8
		Não	Sim	105	54,7
			Sem informação	1	0,5
			Total	192	100
50 a 69 anos	Sim	Não	15	48,4	
		Sim	16	51,6	
		Sem informação	0	0,0	
		Total	31	100	
	Não	Não	92	41,3	
		Sim	131	58,7	
		Sem informação	0	0,0	
		Total	223	100	
		Sim	Não	14	48,3
			Sim	15	51,7
			Sem informação	0	0,0
			Total	29	100

Nota: Não foram incluídas nesta tabela as 32 usuárias que não souberam informar história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário.

Fonte: Banco de dados do projeto.

As usuárias também foram investigadas sobre a realização do ECM entre os anos 2009 e 2012, buscando identificar o motivo e a ocasião do exame, bem como o profissional que o executou e o ano em que ocorreu o último exame. No período investigado, 399 (63,2%) realizaram o ECM, sendo que do total destes exames, 378 (94,7%) foram executados pelo profissional médico. O rastreamento para o câncer de mama foi o motivo mencionado por 298 (74,7%) delas, prevalecendo os exames realizados no ano de 2012, 293 (73,4%), dos quais, 308 (77,2%) realizados concomitantes à coleta do Papanicolaou.

De acordo com os relatos obtidos, os ECM são realizados sem respeitar os critérios adotados no que se refere à faixa etária da mulher e a presença de fator de risco familiar. A baixa proporção de exames realizados reflete que a execução do ECM em mulheres nas faixas etárias preconizadas desde 2004 ainda não havia sido plenamente incorporada pela Atenção Básica de Saúde (PARADA et al., 2008). Dessa forma, a capacitação dos profissionais em relação às diretrizes propostas para o rastreamento do câncer de mama é necessária para que nesse nível de atenção, as ações possam ser implementadas de modo a atender as usuárias conforme preconizado nas políticas públicas nacionais.

De acordo com estudo (MORAES et al., 2016), conduzido com enfermeiros que atuam nas mesmas unidades de saúde do presente estudo, com relação à capacitação profissional acerca das ações preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, após 2004, cerca de metade deles afirmou não ter recebido capacitação, e, dos 20 que mencionaram ter recebido, 13 (65,0%) haviam realizado há mais de dois anos. Muitos não souberam afirmar se nos locais de trabalho os documentos oficiais sobre ações de rastreamento da neoplasia mamária estavam disponíveis para consulta. A necessidade de capacitação não se restringe às ações de rastreamento. Resultados de um estudo evidenciam que os enfermeiros consideram insuficiente o aprendizado sobre oncologia na graduação e referem ausência de aperfeiçoamento nesta área após a formação (ROSA et al., 2017).

Os dados do presente estudo assemelham-se aos encontrados no contexto nacional. De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio realizada em 2008 (PNAD-2008), o percentual de mulheres brasileiras com 40 anos ou mais de idade que declararam já ter sido submetidas ao ECM foi de 74,7% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Ressalta-se, ainda, que a atuação do enfermeiro, nessa ação específica, tem sido baixa, uma vez que segundo 94,7% das entrevistadas deste estudo, quem realizou o ECM foi o profissional médico. Estes dados corroboram os descritos em estudos levantados em uma revisão integrativa de literatura, cujo objetivo foi identificar as ações para o rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil, realizadas pelo enfermeiro na atenção primária, os quais apontaram que os enfermeiros realizam pouco o ECM e, quando o fazem, não o executam adequadamente (CAVALCANTE et al., 2013).

Com as novas diretrizes de 2015, o ECM passou a ser uma prática complementar deixando de ser recomendação nas ações de rastreamento para todas as usuárias na faixa etária de 40 a 69 anos. Destaca-se, entretanto, que a realização do ECM consiste em uma das etapas do exame clínico da mulher e, além disso, a realização do ECM tem muita relevância nas ações de controle do câncer de mama no contexto nacional, uma vez que o acesso à MMG, padrão ouro no rastreamento, ainda é restrito na atenção básica do Brasil. Nesse sentido, os profissionais precisam aproveitar todas as oportunidades para garantir uma abordagem integral com práticas de saúde na atenção básica pautadas na prevenção de agravos ou mesmo de promoção de saúde nas consultas, na perspectiva da vigilância da saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

#### AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: MAMOGRAFIA

Quando questionadas sobre o recebimento de guia de encaminhamento para a realização da MMG no período de 2009-2012, 343 (54,4%) das usuárias, de todas as faixas etárias, relataram o seu recebimento. Constatou-se, também, que na faixa etária alvo dessa ação (50 a 69 anos), 95 (35,7%) delas afirmou não ter recebido a guia neste período.

O recebimento da guia de encaminhamento para a realização da MMG também foi analisado de acordo com as diretrizes do Documento de Consenso (BRASIL, 2004b) (que coincide com as diretrizes atuais), considerando a faixa etária das usuárias e a história familiar de câncer de mama ou de ovário. Observou-se que 37 (34,9%) das participantes deste estudo, na faixa etária de 35-39 anos, sem presença de fator de risco familiar para câncer de mama ou de ovário, realizaram MMG no período investigado.

Na faixa etária alvo das ações de rastreamento (50-69 anos), oito (27,6%) usuárias com presença de fator de risco familiar, relataram não ter realizado a MMG neste período. Entre as usuárias da mesma faixa etária e sem fator de risco, 83 (37,2%) também mencionaram não ter recebido guia de encaminhamento para a realização do exame, totalizando 91 (64,8%) mulheres sem cobertura de MMG nesse período (Tabela 4).



Tabela 4: Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo recebimento de guia de encaminhamento para realização da mamografia entre 2009-2012, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário	Guia de encaminhamento para MMG entre 2009-2012		
		N	%	
35 a 39 anos	Não	Não	67	63,2
		Sim	37	34,9
		Não recorda	1	0,9
		Sem informação	1	0,9
		Total	106	100
	Sim	Não	15	83,3
		Sim	1	5,6
		Não recorda	2	11,1
		Sem informação	0	0,0
		Total	18	100
40 a 49 anos	Não	Não	69	35,9
		Sim	116	60,4
		Não recorda	7	3,6
		Sem informação	0	0,0
		Total	192	100
	Sim	Não	11	35,5
		Sim	18	58,1
		Não recorda	1	3,2
		Sem informação	1	3,2
		Total	31	13,9
50 a 69 anos	Não	Não	83	37,2
		Sim	133	59,6
		Não recorda	7	3,1
		Sem informação	0	0,0
		Total	223	100
	Sim	Não	8	27,6
		Sim	20	69,0
		Não recorda	1	3,4
		Sem informação	0	0,0
		Total	29	100

Nota: O total de usuárias, por faixa etária, que não souberam informar história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário não foram incluídas nesta tabela.

Fonte: Banco de dados do projeto.

Em relação à periodicidade preconizada de realização da MMG, se observa que, entre as mulheres na faixa etária de 50-69 anos, sem fator de risco familiar para câncer de mama, 73 (52,1%) a estão realizando anualmente e 29 (20,7%) em outro intervalo de tempo (Tabela 5).



Tabela 5: Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo a periodicidade da realização da mamografia, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário		Periodicidade da MMG	N	%
35 a 39 anos	Não		Anual	15	39,5
			Bianual	10	26,3
			Outros intervalos	11	28,9
			Nunca fez	1	2,6
			Sem informação	1	2,6
			Total	38	100
	Sim		Anual	0	0,0
			Bianual	0	0,0
			Outros intervalos	1	33,3
			Nunca fez	0	0,0
			Sem informação	2	66,7
			Total	3	100
	Sem informação		Anual	1	33,3
			Bianual	2	66,7
			Outros intervalos	0	0,0
			Nunca fez	0	0,0
			Sem informação	0	0,0
			Total	3	100
40 a 49 anos	Não		Anual	39	31,7
			Bianual	33	26,8
			Outros intervalos	42	34,1
			Nunca fez	2	1,6
			Sem informação	7	5,7
			Total	123	100
	Sim		Anual	8	42,1
			Bianual	5	26,3
			Outros intervalos	5	26,3
			Nunca fez	0	0,0
			Sem informação	1	5,3
			Total	19	100
	Sem informação		Anual	3	37,5
			Bianual	1	12,5
			Outros intervalos	3	37,5
			Nunca fez	0	0,0
			Sem informação	1	12,5
			Total	8	100

		Anual	73	52,1
		Bianual	31	22,1
		Outros intervalos	29	20,7
	Não	Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	7	5,0
		Total	140	100
		Anual	7	33,3
		Bianual	5	23,8
		Outros intervalos	8	38,1
	Sim	Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	1	4,8
		Total	21	100
50 a 69 anos		Anual	3	33,3
		Bianual	2	22,2
		Outros intervalos	4	44,4
	Sem informação	Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	0	0,0
		Total	9	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

Em relação à MMG, a porcentagem relatada pelas usuárias de recebimento de guia para a realização do exame no período de 2009 a 2012 foi de 54,4% para todas as faixas etárias e 60,9% na faixa etária alvo das ações (50-69 anos). O MS estabeleceu que o parâmetro da meta da razão de mamografia tenha o valor de 70% das mulheres da faixa etária escolhida (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013). Esta determinação está em conformidade com as diretrizes da *American Cancer Society*, que afirmam que são necessários 70% de cobertura mamográfica da população feminina entre 50 e 69 anos para reduzir a taxa de mortalidade pela neoplasia mamária entre 20% e 30% (SMITH; COKKINIDES; BRAWLEY, 2009).

De acordo com dados da PNAD-2008, 28,9% das mulheres entre 50 e 69 anos nunca haviam realizado MMG no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Dados mais recentes sobre esta ação mostram um aumento no percentual de mulheres brasileiras na faixa etária dos 50 a 69 anos que não havia realizado a MMG, alcançando, segundo Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em 2013, o valor de 40% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Esses dados evidenciam a necessidade de se planejar e implementar estratégias que visem ao alcance da cobertura mamográfica proposta pelo MS.

Outro ponto que merece destaque no presente estudo, refere-se à periodicidade de realização da MMG. A realização da MMG uma única vez na vida ou mesmo de forma esporádica não garante a eficácia do rastreamento. Do total de MMG de rastreamentos realizados em mulheres de 50 a 69 anos de idade, registrados no SISMAMA em 2013, 22% foram registrados como exames de primeira vez. Em relação à periodicidade recomendada pelo MS, em apenas 31% dos exames foi informado que a última MMG havia sido realizada nos dois anos anteriores e, em 14% dos exames, foi informada a realização de MMG anterior a três anos (BRASIL, 2015b).

## CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos, conclui-se que as ações relativas ao rastreamento do câncer de mama empregadas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP não estão plenamente em conformidade com as diretrizes preconizadas, exigindo reformulações das práticas adotadas. Destaca-se também a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, bem como maior envolvimento de enfermeiros na realização do ECM.

Apesar da baixa prevalência de usuárias com histórico familiar de câncer de mama ou câncer de ovário na amostra estudada, observou-se que a investigação por parte dos profissionais de saúde sobre esta questão encontra-se aquém do esperado. Investigar o fator de risco familiar para o câncer de mama é imprescindível para determinar as condutas a serem tomadas, entre elas a garantia da periodicidade dos exames de rastreamento.

Também foi baixa a porcentagem de usuárias que relataram realizar o ECM anualmente. Além disso, constatou-se inadequação na realização do mesmo. Metade das usuárias que declararam presença de história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário não fez o exame anualmente, assim como grande parte das usuárias acima dos 40 anos que deveriam fazer. Quando a realização do ECM foi considerada no período investigado (2009-2012), notou-se que a porcentagem se elevou um pouco, mas mesmo assim não atingiu a meta estabelecida nas diretrizes nacionais relativas ao controle do câncer de mama.

Os dados relacionados à MMG também revelaram condutas que não seguem as diretrizes nacionais. De acordo com as usuárias, a MMG foi realizada fora dos critérios estabelecidos no Documento de Consenso, não sendo respeitada a faixa etária alvo das ações nem a presença de fator de risco familiar. Usuárias que precisavam fazer o exame não o fizeram no período investigado, enquanto outras que se submeteram ao procedimento estavam fora das prioridades definidas na política pública.

Falhas na periodicidade de realização da MMG também foram observadas. Intervalo superior a dois anos entre os exames ou mesmo a não realização do mesmo foi relatado por mais da metade das entrevistadas pertencentes à faixa etária alvo das ações de rastreamento (50-69 anos de idade).

Espera-se que os dados levantados possam subsidiar reflexões e direcionar a tomada de decisões de gestores e de profissionais de saúde que atuam na atenção básica de saúde de modo a impactar na prevenção do câncer de mama. Além disso, fornecer dados os gestores do SUS que contribuam nas tomadas de decisões político-administrativas de suas esferas de competência, para a correção ou redimensionamento das ações desenvolvidas no programa de rastreamento do câncer de mama na rede de cuidados, afeita ao município de Ribeirão Preto-SP.

Acredita-se que as contribuições desta pesquisa apontam para várias dimensões. Em primeiro lugar, do ponto de vista da gestão de políticas públicas voltadas para a saúde, quando gestores públicos possuem informações baseadas em evidências científicas, o processo de tomada de decisões pode ser mais eficiente. Nesse sentido, a implementação das ações de rastreamento pode contribuir para redução de gastos públicos nessa área, uma vez que o tratamento do câncer de mama nas fases iniciais é muito menos oneroso do que quando descoberto em estágios mais avançados. Apesar de existir uma política pública para o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no Brasil, criada em resposta às altas taxas de incidência e mortalidade, vemos que as ações estão longe de atingir às metas propostas pela mesma.

Em segundo lugar, quando a gestão de tais políticas é mais eficiente por conta das ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama, as mulheres acometidas por tal doença terão melhor qualidade de vida e maiores expectativas de cura durante o tratamento.

Outro aspecto importante apresentado por esta pesquisa é a possibilidade de se avaliar uma política pública, nesse caso, uma política de saúde pública implementada por meio de articulações entre o poder público municipal, estadual e federal.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2014.

AZEVEDO E SILVA, G. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1, p. 119- 120.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, 19 dez. 2005a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF. 2010a.

\_\_\_\_\_. 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 República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF. 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva”. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações**. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. **Programa nacional de controle do câncer do colo de útero e mama “viva mulher”**. Rio de Janeiro, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva”. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer “José Alencar Gomes da Silva”. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama: Brasil e regiões**, 2013. Rio de Janeiro, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007. 68 p. (Série Pactos pela Saúde, 4).



\_\_\_\_\_. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010b. BRASIL. Tribunal de Contas da União. Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional**. Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011b.132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Documento preliminar para revisão. **Diretrizes para a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Revisão elaborada por Carmen Fontes Teixeira e Ana Luiza Queiroz Vilasbôas. [acesso em 15 nov 2017]. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>. 2017.

CAVALCANTE, S. A. M. et al. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 459-466, 2013.

DI SIBIO, A. et al. Female breast cancer in Central and South America. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v.44, Suppl 1, p.S110–S120, Sep. 2016 .

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International journal of câncer**, New York, v. 136, n.5, p.E359-86, Mar.2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014. 180 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: PNAD, 2008**. Rio de Janeiro, 2010b.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-197, abr. 2010.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Validation of an instrument to identify actions for screening and detection of breast cancer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 183-189, 2015.

MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

MENDES, J. D. V.; CECILIO, M. A. M.; OSIANO, L. R. L. Produção de mamografias no SUS do Estado de São Paulo. **BEPA**, São Paulo, v. 10, n. 120, p. 17-28, 2013.

MORAES, D. C. et al. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da Saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, Jun. 2009 .

PARADA, R. et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

ROSA, L.M., et al. Demandas de atendimento de enfermagem e de qualificação em oncologia na atenção básica em saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.4 (Online), 2017.

SILVA, R. C. F. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil**. 265 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; BRAWLEY, O. W. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 59, n. 1, p. 27-41, 2009.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatísticas dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, p. 38-45, Suplemento 1. 2008.

THERIAULT, R.L.; HAHN, K.M. Chapter 27. **Special Situations in Breast Cancer**. In: KANTARJIAN, H.M.; WOLFF, R.A.; KOLLER, C.A. (Eds). The MD Anderson Manual of Medical Oncology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2011.

TORRE, L.A. et al. Global Cancer in Women: Burden and Trends. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention**. Philadelphia, v.26, n.4, p.444-57, Apr. 2017.

VINCENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n.1, p. 79-85, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control: knowledge into action**. Geneva, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/EarlyDetectionModule3.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd ed. Geneva, 2002. 216 p.