

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Deisi Andrade da Silva

A ATENÇÃO BÁSICA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO  
CÂNCER DE MAMA NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO NOSSA SENHORA  
DO ROSÁRIO, SANTA MARIA-RS

São Sepé  
2012

Deisi Andrade da Silva

A ATENÇÃO BÁSICA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO  
CÂNCER DE MAMA NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO NOSSA SENHORA  
DO ROSÁRIO, SANTA MARIA-RS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maria Ceci Araújo Misoczky

SÃO SEPÉ  
2012

Deisi Andrade da Silva

A ATENÇÃO BÁSICA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO  
CÂNCER DE MAMA NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO NOSSA SENHORA  
DO ROSÁRIO, SANTA MARIA-RS

Conceito final:

Aprovado em ..... de .....de.....

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. .... – Instituição

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. .... – Instituição

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. .... – Instituição

\_\_\_\_\_  
Orientador – Prof. Dr. .... – Instituição

**“Só há dois dias em que nada se pode fazer, um se chama ontem, o outro é amanhã. Portanto, o hoje é o dia certo para acreditar, sonhar, amar e principalmente FAZER”.**

**DALAI LAMA**

## **AGRADECIMENTOS**

**Meus sinceros agradecimentos:**

**À Secretaria Municipal de Saúde e ao setor Saúde da Mulher por possibilitar a utilização dos seus dados médicos;**

**À Enfermeira Elenir, pelo incentivo, colaboração, apoio e carinho desprendidos, adoro você!;**

**À Jaqueline, Gilda, Gisela, Ana e Geraldo pela disponibilidade de ajuda, estímulo nesta caminhada, vocês tem um lugar de destaque na minha vida;**

**Às minhas amigas Ione e Rita, obrigada pelo carinho, amizade irrestrita, respeito, grandes incentivadoras!!!! Vocês são muito especiais!**

**À orientadora Ceci e a tutora Júlia pela resignação no acompanhamento durante este processo, pela contribuição com sugestões críticas que serviram para o meu crescimento, pela compreensão, empenho e dedicação, por me fazerem acreditar no meu potencial. Vocês têm minha admiração e carinho!!!**

**Aos meus familiares que estiveram sempre presentes nos momentos difíceis, com palavras e gestos de incentivo, sem este apoio, certamente, não teria conseguido;**

**Ao Fábio, pela compreensão da ausência, incentivo e admiração. Você é companheiro e amigo, o amor que a vida carinhosamente me presenteou;**

**Aos meus filhos Gustavo, Rodrigo e Fernanda, razões da minha vida, meus eternos amores. Por vocês encontrei inspiração e força para seguir adiante;**

**Às demais pessoas que, de uma maneira muito especial, compartilharam seus saberes, contribuindo para a minha formação acadêmica.**

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS- Atenção Primária de Saúde  
CDN – Centro de Diagnostico Nossa Senhora do Rosário  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças sobre mortalidade  
CIES- Comissão de Integração de Ensino-Serviço  
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DIU- Dispositivo intrauterino  
DNA – Ácido desoxirribonucleico  
DST- Doença Sexualmente Transmissível  
ECM- Exame Clínico das Mamas  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FNS - Fundo Nacional de Saúde  
HGT – Hemoglicoteste  
HUSM- Hospital Universitário de Santa Maria  
INCA- Instituto Nacional do Câncer  
MS - Ministério da Saúde  
MTX – Metástases  
NOAS – Norma Operacional de Assistência Social  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PAAF – Punção Aspirativa com Agulha Fina  
PAAG – Punção Aspirativa com Agulha Grossa  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PAISM- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNAO- Política Nacional de Atenção Oncológica  
QTX-Quimioterapia  
RAO - Rede de Atenção Oncológica  
RS - Rio Grande do Sul  
RTX - Radioterapia

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISMAMA- Sistema de Informação para o Controle do Câncer de mama

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TNM- Tumor; Linfonodos Axilares Homolaterais,; Metástases à Distância

UBS- Unidade Básica de Saúde

US- Ultrassom

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo verificar se as ações realizadas pela Atenção Básica ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, na UBS Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário de Santa Maria/RS estão alinhadas à Política Nacional de Atenção Oncológica. A análise tem o intuito de verificar se as ações do programa estão sendo implementadas, de forma resolutiva, colocando-se em evidência o papel da Atenção Básica na detecção precoce desta neoplasia, sendo que o setor Saúde da Mulher realiza assistência diagnóstica e terapêutica especializada, com inclusão dos cuidados paliativos, garantidos a partir do processo de referência e contra referência destes pacientes. Os dados foram coletados de prontuários médicos de 15 pessoas com diagnóstico de câncer de mama que foram encaminhadas da atenção básica para o atendimento especializado na seção Saúde da mulher no ano de 2011, e realizou-se também observação direta. A análise indica que a UBS desenvolve ações individuais e coletivas ao paciente acometido pela patologia, possuindo o papel estratégico e de relevância no controle do câncer de mama. Observou-se, também, a existência de desafios das políticas públicas no setor oncológico assim como, após o diagnóstico positivo, o paciente recebe um atendimento e acompanhamento conforme as peculiaridades de cada caso, obtendo suporte para a minimização do sofrimento e aumento da sobrevida.

**Palavras Chave:** Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), câncer de mama, Atenção Básica, Diagnóstico e tratamento.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE .....</b>	<b>15</b>
2.1 PERSPECTIVAS E DESAFIOS NO SETOR ONCOLÓGICO .....	15
2.2 CÂNCER DE MAMA: BASES CONCEITUAIS E SUAS IMPLICAÇÕES .....	26
<b>3 SAÚDE DA MULHER: ESTIMATIVA DAS AÇÕES NO TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA NO CDN SENHORA DO ROSÁRIO.....</b>	<b>29</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA UBS CENTRO DE DIAGNÓSTICO NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, SANTA MARIA-RS, PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

O câncer vem sendo vastamente avaliado como uma doença de países desenvolvidos, essa condição vem se modificando e a maior parte do ônus global do câncer poderá ser vista em países em desenvolvimento, especialmente àqueles com médio e poucos recursos. Desse modo, o câncer torna-se um evidente problema de saúde pública mundial.

O câncer pode ser definido como a “multiplicação desordenada de células defeituosas ou atípicas, que escapam ao controle do nosso sistema imunológico por algum motivo até hoje desconhecido” (BARBOSA, 2002, p. 18).

O câncer de mama, dentre todos os tipos que acometem a população mundial, é o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta incidência e mortalidade e, tem se apontado, na saúde pública, um enigma referente ao seu manejo. Os aspectos sociais, culturais, poluentes, dentre outros, estão associados ao aparecimento da patologia.

Em relação ao câncer de mama, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que, em 2030 deverão aparecer 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas, por ano e, isso incidirá em países de baixa e média renda. A frequência desse tipo de câncer nas regiões brasileiras é: região Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil) (INCA, 2011).

Sobre a prevenção de doenças Costa (2000, p.43) coloca que:

[...] o grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde, não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja por insuficiência de uma política de educação sanitária. Em consequência, os usuários procuram os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento da demanda por ações curativas individuais. Por outro lado, o temor de enfrentar intermináveis filas de espera, inibe os usuários de procurarem os serviços antes da deflagração aguda das doenças.

No Rio Grande do Sul, a incidência do câncer de mama permanece aumentando, aproximadamente 80/100.000 mulher em termos irrestritos de 5050 novos casos. Isto se dá pelo fato de que uma quantidade enorme de diagnósticos são feitos sem o conhecimento prévio dos fatores de risco que podem vir a desencadear a patologia, dentre os quais abordam, em média, 20% das mulheres que se submeteram ao tratamento por câncer de mama. O Rio Grande do Sul sustenta um nível crescente de mortalidade com 1021 óbitos, o que equivale a 18.3 por 100.000 mulheres (INCA, 2011).

Em Santa Maria - RS, na Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, no ano de 2011, houve 42 casos positivos para o câncer de mama, sendo 41 casos novos e 1 caso que já estava em acompanhamento (recidiva).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) refere que este é o segundo tipo mais reiterado no mundo, correspondendo por 22% dos casos novos. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% anuais, sendo que a predição poderá ser relativamente boa se houver um diagnóstico e tratamento prévio. Estima-se 52.680 casos novos em 2012 e 12.098 mortes, destas 11.969 são femininas e 129 masculinas. A maneira mais eficiente na prevenção ou detecção precoce do câncer de mama é a realização do exame clínico das mamas e da mamografia, sendo o Instituto Nacional do Câncer o incentivador do auto-exame das mamas para a detecção. Com o intuito de precaver moléstias, diagnosticá-las e tratá-las precocemente são empregadas estratégias de prevenção primária, secundária e terciária, para que cada cidadão possa ter um padrão de vida adequado à conservação da saúde.

Deste modo, podemos considerar essas estratégias conforme a progressão da doença a qual queremos intervir: a prevenção primária é antes da instalação da patologia; a secundária é quando a doença iniciou, mas ainda não há sintomas e a terciária é quando há sintomas.

Quanto à prevenção secundária:

Nos dias atuais, no Brasil, a prevenção secundária nos estágios iniciais é a ação mais efetiva para promover a diminuição da mortalidade feminina pelo carcinoma de mama, sendo a mamografia o exame mais sensível para a detecção precoce das lesões malignas da mama podendo surpreender o câncer e/ou lesões suspeitas de malignidade – antes mesmo que exista um nódulo que possa ser apalpado. Neste caso as chances de cura são de 90% (COSTA, 2003, p.01).

Percebe-se que, quando existe o diagnóstico precoce e o tratamento efetivado no estágio inicial da doença haverá possibilidade de aumento da sobrevida dessas mulheres e a diminuição do óbito.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), foi instituída em 2005 com a Portaria 2439/2005 GM (BRASIL, 2005) que vem atuar de maneira inovadora no modo de conduzir a questão oncológica formando diretrizes para o controle do câncer no Brasil. Essa portaria prevê um leque de ações necessárias para a atenção integral a esta patologia através de: “promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2004, p.1)”.

Em 2005, no âmbito do PNAO, o INCA deu abertura à implantação de linhas de cuidado para o câncer como promoção da saúde, mobilização social e informação, desenvolvendo ações estratégicas com o desígnio de promover a saúde, detectar precocemente a patologia com vinculadas à análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer (INCA, 2010).

Em dezembro de 2008, foi editada a Portaria SAS n. 779 pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência em Saúde, através do qual o Inca, em articulação com Estados e Municípios, iniciou a implementação do sistema informatizado, que permite integrar e padronizar os registros de todas as fases do tratamento do câncer de mama, denominado SISMAMA. Este é um sistema eletrônico que gera informações, e regulação de dados sobre o câncer de mama, assim como dados sobre o faturamento dos procedimentos de biópsia, mamografia e punção aspirativa da mama.

Nesta perspectiva, o INCA atua de modo integrado e nacional na abordagem da vigilância do câncer, sendo o regulador da política oncológica, introduz uma nova diretriz na estruturação da Rede de Atenção Oncológica, que propõe uma mudança na abordagem do câncer.

Pensando nesta problemática, surgiu o interesse pela temática, que centra-se dentro da realidade profissional da autora por atuar na área de saúde em uma unidade de internação ginecológica e a atuação no ambulatório municipal Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, Santa Maria - RS foi constatado que há um número cada vez mais elevado de mulheres acometidas por câncer de mama que dependem das ações da atenção básica para o desenvolvimento dos fatores biopsicossociais, qualidade de vida e sobrevivência.

Neste contexto, este trabalho se dedicará a investigar a atenção básica, que se caracteriza:

por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território-geográfico), considerando a dinamicidade existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006, p.07).

O Centro de Diagnóstico do Rosário constitui-se em uma UBS voltada para a Atenção Básica que, pela sua organização se institui o primeiro contato do usuário com o SUS, norteando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade,

responsabilidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

O Setor Saúde da Mulher integra a UBS e atende as mais diversas especificidades que a doença oncológica, de colo de útero e mama apresenta.

Através deste estudo se buscará conhecer a realidade que se apresenta na seção Saúde da Mulher do Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, em Santa Maria. Através das diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), se investigará a atuação da Atenção Básica frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Um dos maiores desafios do INCA, atualmente, consiste em reduzir os índices de incidência e mortalidade do câncer através da ampliação de ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce.

Observa-se que inúmeras são as ações que devem ser praticadas para a atenção à saúde da mulher, sendo estas, um enorme desafio para a gestão atual nas três esferas de governo, que conhece a extensão da patologia (câncer mamário) para a saúde pública. Nesse sentido, o INCA (2010, p. 1) recomenda que:

Toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama. “Com os investimentos feitos nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, hoje temos condições de fazer recomendações que o gestor de cada instância de governo, a sociedade e cada cidadão individualmente tem capacidade de implementar.

O câncer de mama se mostra, portanto, como um problema de saúde pública mundial. No Brasil, em especial, no Rio Grande do Sul, o conhecimento já obtido sobre a patologia, incluindo a prevalência e incidência, gera enorme contenda a respeito de estratégias que proporcionem a redução da morbimortalidade.

Diante desta problemática, este trabalho busca verificar se as ações realizadas pela Atenção Básica ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, na UBS Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário estão alinhadas à Política Nacional de Atenção Oncológica.

Nesse ínterim proceder-se-á a averiguação sobre a atenção básica, a fim de se observar se a mesma está realizando precocemente o diagnóstico do câncer de mama e os pacientes obtendo a integralidade nas ações de saúde, assim como se as mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama na atenção básica se enquadravam nos critérios de risco e obtiveram apoio à terapêutica e cuidados paliativos e a identificação das ações intersetoriais

relacionadas ao acesso das mulheres com diagnóstico de câncer de mama para as unidades de referência.

## 1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO SETOR DA SAÚDE

No contexto brasileiro, a promoção da saúde apresenta-se como ações implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no qual enfrenta constantes desafios para dar continuidade em suas ações nos mais diversos domínios do sistema. Deste modo, idealizam-se políticas públicas de saúde como mecanismos desenvolvidos para atender as necessidades e abranger a totalidade da população usaria do sistema.

Nesta perspectiva, relacionados ao processo saúde-doença, destaca-se o câncer de mama como uma patologia de elevada incidência e mortalidade, no qual se necessita da implementação de ações urgentes que priorizem a promoção e prevenção do câncer de mama, a fim de minimizar a mortalidade e proporcionar menor custo para o sistema de saúde e conseqüentemente, elevar o potencial de cura aos usuários que são acometidos por esta doença em todas as suas etapas.

Neste capítulo, apontam-se as ações implementadas para detecção, os meios para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, percorrendo nos três níveis de complexidade do atendimento como a atenção básica, a média e a alta complexidade. Teoricamente, com o intuito de suprir todas as necessidades dos usuários e para que não houvesse falhas no processo de gestão, envolvem-se as esferas municipal, estadual e federal de governo, como também, a inclusão de diversos setores da sociedade a fim de prestar melhor assistência aos usuários, com recursos financeiros e materiais adequados neste processo.

### 1.1 PERSPECTIVAS E DESAFIOS NO SETOR ONCOLÓGICO

Ponderar sobre promoção da saúde no Brasil que é indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde e também do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de enormes dimensões, que trazem desafios habituais não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que arquitetam políticas públicas (CAMPOS, G. *et al.*, 2004).

Para os autores, entretanto, os desafios impostos para a saúde pública no presente e, em especial, no Brasil, como por exemplo, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças

infectocontagiosas entre outras, ressaltam a necessidade de refletirmos modos de gestão e de construção das políticas públicas, que abarquem outros atores.

O processo saúde-doença funda-se num acontecimento difícil, cuja constituição envolve determinações de ordem biopsicossocial (BREILH, 1991; BREILHGRANDA, 1986; LAURELL, 1983), compreendendo que as necessidades de saúde relacionadas a este processo estão implícitas a diversas dimensões do real. Um dos subsídios na construção de ações que permitam respostas às necessidades da população é a ascensão da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como uma maneira de refletir e atuar articulando às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Assim, refletir acerca de outros caminhos para garantir a saúde da população denota pensar em redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, historicamente, a atenção à saúde brasileira:

tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006, p.6).

Neste contexto, garantir a saúde alude assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também, a formulação de políticas sociais e econômicas que garantam a diminuição dos riscos de adoecer (BRASIL, 2006).

Para a saúde pública, atualmente, o câncer de mama é uma patologia de relevância mundial. A procura por estratégias de enfrentamento que gerem a redução em sua incidência e morbimortalidade causam discussões nas mais distintas áreas do conhecimento.

Farias (2007, p.30) observa que “dentre as demandas que se apresentam na rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis de controle, pode se constituir em um indicador de condições de acesso e resolutividade dos serviços”. Sendo assim, o câncer de mama, pela sua amplitude, transcendência e vulnerabilidade, constitui-se em uma questão primordial de saúde.

O câncer é uma patologia que se torna extremamente onerosa, desse modo, o SUS é um relevante sistema o qual prioriza as ações preventivas, possuidor de alta tecnologia que garantem cuidados resolutivos e de qualidade ao paciente oncológico, norteado pelos princípios da integralidade, equidade e universalidade independente de classe social.

Entretanto, no habitual o SUS configura-se como um modelo de saúde fraturado, escasso quanto ao acesso aos serviços de saúde, pois não acolhe todas as demandas

populacionais que procuraram os seus serviços, evidenciando assim, o imperativo fortalecimento dos instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle para a garantia da sustentação do sistema (FARIAS, 2007).

Assim, RUA (2009, p. 101) pondera sobre estes instrumentos:

Portanto, o acompanhamento, o monitoramento e o controle das políticas devem incluir, também, o tipo de política e de arena política; o contexto inter e intraorganizacional dentro do qual ocorre a implementação; e o mundo externo a implementação; e o mundo externo sobre o qual a política deverá exercer seu impacto.

A autora ainda faz alusão que um dos pontos repetitivos nas políticas, sobretudo nas políticas sociais, é o de que as deliberações e ações tendem a ser ajuizadas a partir da oferta e muito raramente são efetivamente analisadas as demandas.

Dessa maneira, torna-se clara a obrigação do emprego de instrumentos que possam constituir a gestão de rapidez e objetividade sem perder de vista o seu desígnio extremo que é atender as necessidades concretas da população quanto aos seus problemas de saúde (FARIAS, 2007).

As intensas, extensas e rápidas transformações ressaltadas no mundo nas últimas três décadas, especialmente àquelas determinadas no campo da política e economia, têm confirmado a imperativa transformação do Estado e em decorrência disso causado uma animada contenda sobre a abrangência e direcionalidade das políticas públicas (ACURCIO, 2009).

Nesse sentido, o autor ressalta:

Construir o NOVO significa buscar estratégias viabilizadoras de políticas públicas includentes, direcionadas, direcionadas à construção de uma sociedade mais unânime e menos desigual, enfrentando as tendências e não subordinando-se a elas [...] O sistema público Estatal deve ser um espaço catalizador de ações multi setoriais, promotor da articulação das políticas públicas necessárias para assegurar a saúde e interromper os ciclos de transmissão de doenças (ACURCIO, 2009, p. 02).

Assim, uma patologia como o câncer necessita de ações preventivas, aparelhos de alta tecnologia garantiam cuidados resolutivos e maior qualidade de vida e/ ou sobrevivida.

Com o intuito de prevenir o câncer e reduzir a incidência é necessário adotar medidas preventivas, dentre elas a diminuição do consumo do álcool e tabagismo, entre outras.

No Brasil, torna-se necessário levar em consideração:

a particularidade de dimensões territoriais muito grandes que levam a marcadas diferenças regionais, sejam nos aspectos culturais, sociais e econômicos, seja na ocorrência das patologias e na distribuição dos fatores de risco associados a essas diferenças. Assim, torna-se fundamental a existência de Registros de Câncer (de base populacional –RCBP e hospitalares – RHC), com informações padronizadas, atualizadas, com boa qualidade, representativas da população e disseminadas de forma oportuna, como uma ferramenta poderosa para a vigilância epidemiológica do câncer no país (INCA, 2012, p26.).

As ações ampliadas pelo INCA estão fundamentadas no registro de câncer populacional que coleta dados de uma população com diagnóstico de câncer em uma demarcada área geográfica. Os dados obtidos desses registros são utilizados para o auxílio na deliberação da necessidade de campanhas frente à população para a prévia detecção do câncer, como também na avaliação de novas técnicas de diagnóstico (FARIAS, 2007).

As ações desenvolvidas pelo INCA compreendem:

- assistência médico-hospitalar gratuita aos portadores de câncer;
- atuação estratégica na prevenção e detecção precoce da doença;
- a formação e qualificação de profissionais especializados;
- o desenvolvimento de pesquisas avançadas;
- a informação epidemiológica (FARIAS, 2007, p.37).

No Brasil, a neoplasia mamária, muitas vezes, é diagnosticada quando a doença já está em curso avançado, o que sugere um tratamento mais radical, como quimioterapia, radioterapia ou cirurgias. Estes procedimentos são eficazes, porém agressivos ao organismo, pois apresentam diversos efeitos colaterais, os quais deixam o paciente muito debilitado, suscetível ao surgimento de infecções pondera Barbosa (2002).

O diagnóstico precoce permanece sendo a estratégia para a detecção precoce, assim como a abordagem de pessoas que apresentam sinais e/ou sintomas da doença e o rastreamento. Em ambas estratégias é essencial que a mulher esteja bem informada e cuidadosa a prováveis modificações nas mamas, e, em caso de irregularidades procure imediatamente um serviço de saúde (INCA, 2011).

Os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da Atenção Integral à Saúde da Mulher, no Brasil, são a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM). Estão surgindo novos métodos e novas possibilidades para o tratamento, o que gera um aumento significativo na sobrevivência dessas mulheres. Há evidências de que uma nutrição balanceada em macro e

micronutrientes pode prevenir ou retardar o curso de diversas enfermidades, inclusive do câncer (BIANGULO et al., 2009).

Cerca de 85% dos pacientes com neoplasias malignas, estão no quadro de risco nutricional devido à doença e ao tipo de tratamento utilizado. A associação entre o câncer e a desnutrição traz várias conseqüências aos pacientes, entre elas o aumento do risco às infecções, o aumento do tempo de internação, má cicatrização de feridas, afetando a resposta à terapia (BIANGULO, et al., 2009, p.256-257).

Na realidade, a atual organização de saúde, ao mesmo tempo em que atende alguns protestos históricos do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não supera as contradições existentes dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade do atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa. A saúde é considerada como um direito humano fundamental reconhecido universalmente, a Constituição Federal Brasileira de 1988, no seu artigo 196 apresenta a saúde como: “direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante Políticas Sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

A política de saúde brasileira vem passando por mudanças ao longo dos anos devido às conjunturas políticas, sociais e econômicas. Fazendo-se um resgate a partir de 1930 até os dias atuais, enfatiza-se o processo de centralização proposto pela Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à universalidade, que permite a todos os indivíduos a garantia do acesso aos serviços de saúde; a Integralidade que considera as pessoas como um todo, pela qual as ações de saúde buscam atender todas as necessidades individuais e coletivas, e a Equidade, baseada no princípio da justiça social, que assegura a igualdade de assistência, à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Conforme Cohn (2002, p.30):

A existência da condição de saúde depende da concomitância de um conjunto de fatores explicitados basicamente pela noção de equidade no acesso aos serviços e benefícios de infraestrutura associado à possibilidade de garantia das condições salariais e empregatícias.

Para o enfrentamento desta patologia são necessárias ações que incluam educação em saúde, assim como promoção e prevenção orientadas a todos os níveis da população. E, para

que estas ações tenham sucesso é preciso que existam informações de qualidade, atualizadas e representativas a partir de análises epidemiológicas.

As primeiras ações no combate a essa patologia ocorreram a partir da década de 30, decorrentes do aumento no índice de mortalidade por câncer, existindo a necessidade de realizar uma reorientação na Política Nacional do Câncer. Deste modo, o INCA (2011, p. 25), dispõe que:

A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois, quando o número de casos novos aumentarem de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Então mais e mais pessoas terão o câncer e correrão o risco de morrer prematuramente por causa da doença. As conseqüências poderão ser devastadoras no aspecto social e econômico. O câncer pode se tornar um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico de países emergentes como o Brasil.

A partir das primeiras décadas do século XX, o cuidado com a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas no Brasil. O Ministério da Saúde, no início dos anos 80, difunde, no Brasil uma proposta de atenção que se tornou referência para o movimento das mulheres e para os representantes pela fundação de políticas públicas na área da saúde da mulher: o Programa de Atenção Integral à saúde da mulher (PAISM).

Assim, um programa deve, conforme Medina (2005, p.9) “ter objetivos, atividades e recursos definidos. Entretanto, na realidade concreta dos serviços de saúde, muitas vezes, esses elementos são contraditórios, e tais condições podem ser evidenciadas através da realização de uma análise estratégica”.

No âmbito da Saúde, a cada dia se torna mais necessária a constante avaliação das intervenções desempenhadas. Em que considere os limites e dificuldades que enfrentam os projetos de avaliação em saúde, pois Barreto (2005) refere que o desenvolvimento exponencial da produção de novas tecnologias voltadas para o cuidado nem sempre é comprovadamente eficaz, sendo que, muitas vezes, suscitam elevados gastos e efeitos indesejáveis, conferindo o alargamento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde.

Dentro desta perspectiva, instituiu-se oficialmente, em 1984, pelo Ministério da Saúde o PAISM tendo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, juntamente com a assistência a mulher na parte ginecológica, em especial, no pré-natal, parto

e puerpério, no climatério, planejamento familiar, DST, câncer de mama e colo de útero, entre outras.

Existem muitas dificuldades encontradas no âmbito da Avaliação em Saúde, mas a participação dos grupos envolvidos em um programa é essencial para a elaboração do modelo lógico que, associado à procura do julgamento de peritos e revisão de literatura pode transformar esta fase inicial da avaliação em uma tarefa árdua, contudo, indispensável (MEDINA *et al*, 2005).

Em 1990, foi anunciada a Norma Operacional Básica (NOB) que tem por finalidade o progresso no método de descentralização, pois designa modalidades de municipalização da saúde, produzindo os instrumentos de financiamento das ações e serviços de saúde. A partir de 2002, o artigo 53 da NOAS apresenta que os municípios poderão habilitar-se em duas modalidades de gestão, conforme apresentado no Quadro 01.

**Quadro 1 – Modalidades de Gestão Municipal**

Gestão Plena do Sistema de Saúde	Gestão Plena de Atenção Básica
<ul style="list-style-type: none"> <li>Município recebe verbas diretamente do Fundo Nacional de Saúde independente de mecanismos convencionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O município recebe diretamente do Fundo Nacional de Saúde, os recursos correspondentes ao piso de Atenção Básica (PAB) – valor percapta/ano que incorpora ao financiamento das ações de prevenção em saúde e os procedimentos médicos básicos;</li> <li>Existem, ainda complementarmente incentivos e programas como : agentes de saúde, Saúde da Família e Vigilância Sanitária.</li> </ul>

Fonte: Barbosa (2002, p. 32)

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a PNAO estabelecendo que esta deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde, com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), lançada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2005, por meio da portaria 2.439, reconhece que o câncer é um problema de saúde pública e determina as ações para o seu controle no Brasil sejam realizadas por meio de uma Rede de Atenção Oncológica (RAO), com a participação direta e indireta do governo federal, das secretarias estaduais e municipais de saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral (CASTRO, 2008, p.42).

A PNAO, como discorre TOMAZELLI et al (2008, p.199) “foi proposta como estratégia para ações integradas de controle das neoplasias malignas” para o controle dos cânceres do colo de útero de mama. E, este controle se tornou primazia nacional pela elevada incidência e probabilidade de diminuição da morbimortalidade mediante o rastreamento populacional realçar o papel da atenção básica na detecção precoce desses tipos de cânceres.

Conforme a portaria nº 2.439/GM (2005) são diretrizes da PNAO:

- Para a Atenção Básica:

Realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

- Para a média complexidade:

Realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

A portaria nº 2439 institui a PNAO, na seção da saúde, em seus artigos. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Considera:

- a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social;

- a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;
- a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS, resolve:

O artigo 1º busca instituir 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.

O artigo 2º estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos causadores e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.

Além disso, visa organizar uma linha de cuidados que abranja todos os níveis de atenção – desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade - e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). Ainda, busca-se a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral.

Para um devido funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados de saúde dos diversos níveis de atenção oncológica somado aos mecanismos de sua monitoração. Como já se é sabido, as políticas de saúde são criadas com o intuito de melhorar a logística de atendimento, logo essa objetiva a ampliação da cobertura do atendimento aos pacientes com câncer, assegurando a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica. Para otimizar a atenção oncológica no Brasil, faz-se necessário o fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de incorporação tecnológica mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica.

Igualmente, além de incentivar a coordenação e execução de projetos estratégicos de incorporação tecnológica, deve-se contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações citadas na Política Nacional de

Atenção Oncológica, dessa forma contribuindo para o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações. Precisa-se de estratégias promocionais da saúde e para tal, visa-se a promoção do intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando de maneira permanente a produção de dados e a democratização das informações.

Com base nos princípios da integralidade e da humanização, busca-se a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da PNAO, juntamente com o incentivo a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Desse modo, observa-se que a saúde da mulher é priorizada pela gestão do SUS, devido a enorme incidência do câncer de mama feminino, o Ministério da Saúde, juntamente com a secretaria de saúde, vêm desenvolvendo várias ações relativas à saúde da mulher, inclusive as de prevenção de câncer de mama e colo uterino.

Para o tratamento oncológico, o SUS procura expandir o acesso dos pacientes aos procedimentos imprescindíveis à obtenção de mais qualidade de vida. Através das políticas de saúde que, a prevenção, diagnóstico e tratamento desta patologia ganham maior relevância e visibilidade diante dos órgãos responsáveis e da própria sociedade.

Para o enfrentamento do tratamento oncológico o SUS “[...] dá uma ênfase maior na doença e não na saúde, vê a saúde como um bem de produção e para a produção e o direito constitucional absoluto que se anula na contradição de uma sociedade que mergulha em desigualdades econômicas e sociais (KLIGERMAN, 2000, p.39)”.

Em junho de 2009, o INCA desenvolveu o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), conjuntamente com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como instrumento para gerenciar as ações de detecção precoce de mama.

Os dados lançados pelo sistema permitem avaliar a cobertura da população-alvo e qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações ressaltantes ao acompanhamento e avanço das ações de diagnóstico e tratamento.

Este sistema está inserido nos laboratórios de histopatologia e citopatologia e nas clínicas que prestam serviços pelo SUS e nas coordenações municipais, estaduais e regionais de detecção precoce do câncer (INCA, 2011).

“Todas as fases da doença, desde consultas, exames e quaisquer procedimentos são monitorados pelo sistema (REDECÂNCER, 2008, p.1)”. Nos programas nacionais de rastreamento, o INCA recomenda que as mulheres com o risco elevado de câncer de mama tenham acompanhamento clínico individualizado.

Para que haja êxito das ações de rastreamento é necessário: “informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento; garantir qualidade das ações; monitorar e gerenciar continuamente as ações” (INCA, 2011, p.1).

Com o intuito de garantir a qualidade da mamografia realizada pelo SUS, o INCA e o Colégio Brasileiro de Radiologia, tiveram a iniciativa de instituir o Programa de Qualidade em Mamografia (PQM), na esfera da detecção precoce do câncer de mama. Os órgãos estaduais de Vigilância Sanitária realizam uma parceria em termos de cooperação técnica. As ações abarcam o controle da dose, da qualidade da imagem e da interpretação radiológica (laudo) (INCA, 2011).

De acordo com o INCA (2006), A rotina de rastreamento preconizada para as mulheres com faixa etária de 35 anos de idade ou mais com risco elevado para câncer de mama é da realização do exame, somente se a mulher estiver história familiar em parente de 1º grau que tenha sido ocorrido antes dos 50 anos de idade, entre outros fatores.

Para mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, será realizado anualmente o exame clínico das mamas e, nos casos alterados, será realizada a complementação do exame mamográfico.

Porém, na faixa etária dos 50 aos 69 anos de idade, será realizado anualmente o exame clínico das mamas complementado pela mamografia a cada dois anos.

Os serviços públicos descritos anteriormente são efetivados através da consulta inicial ao ginecologista da atenção primária das Unidades Básicas de Saúde (UBS) os quais referenciam os exames complementares para os prestadores de serviços vinculados às microrregiões.

O Estado programa ações para a redução de mortes de mulheres vinculadas ao câncer de mama e colo uterino, através do qual o município recebe verbas provenientes do Estado, para a realização de exames na atenção primária como exame clínico das mamas, ultrassonografia das mamas, punção aspirativa por agulha fina ou grossa, biópsia cirúrgica das mamas e mamografia diagnóstica.

## 2.2 CÂNCER DE MAMA: BASES CONCEITUAIS E SUAS IMPLICAÇÕES

Câncer é um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal é modificada por alteração genética do DNA celular. Esta célula inicia um desenvolvimento excepcional, ignorando os sinais de regulação do crescimento no espaço que rodeia a célula. As células adquirem aspectos invasivos e as modificações ocorridas refletem nos tecidos circunvizinhos. As células incutem esses tecidos e ganham ingresso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que as transportam até outras áreas do corpo. Este processo é denominado metástases (SMELTER; BARE, 2005).

O câncer de mama é uma patologia cujo diagnóstico precoce permite um melhor prognóstico. Como não pode ser prevenido, devido a sua etiopatogenia multifatorial, recorre-se ao desígnio de medidas capazes de antecipar seu diagnóstico, ou impedir o desenvolvimento de estádios mais avançados, e a minimização da agressividade dos tratamentos por quimioterapia (QTX) ou radioterapia (RTX).

Apesar de o método mamográfico ser hábil para detectar o tumor inicial, que ainda não está visível, a redução do número de óbitos não é ressaltado uma vez que uma quantidade importante de mulheres não tem acesso a este procedimento por vários fatores como pouca oferta, muita demanda e longa espera.

O estágio inicial da neoplasia maligna é tratável, porque o tumor é pequeno e não existe nem linfonodos axilares, quando percebidas as lesões menores de dois centímetros de diâmetro, apresentando maior percentual de cura. Todavia, quando o tumor está mais desenvolvido e já tenha atingido outros órgãos, em especial pulmões, ossos e fígado, é considerado estágio muito avançado e torna-se difícil tratá-lo, assim a prevenção primária dessa neoplasia:

ainda não é totalmente possível em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidos na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas, e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce (INCA, 2011, p.1).

A Sociedade Brasileira de Mastologia reconhece o diagnóstico laboratorial do câncer de mama TNM em vista de dois sistemas: TNM que qualifica a doença em três fases: T (Tumor), N(Linfonodos axilares homolaterais), M (Metástases à distância); e o estágio da

doença que pode evoluir em estágios que variam de 0-IV (significa o grau em que a doença se encontra) crescente por ordem da gravidade da doença (FARIAS, 2007).

A ocorrência do câncer de mama pode estar vinculada ao processo de urbanização da sociedade, sendo evidenciado maior risco de acometimento entre mulheres com elevado status socioeconômico. Para que se possa ter a prevenção primária dessa neoplasia tem que levar em conta os fatores de risco que poderão incidir para o seu desenvolvimento.

O histórico familiar é uma variável importante no desenvolvimento desta patologia, onde se duplica ou triplica o risco sendo o parente de primeiro grau o acometido por câncer de mama, o histórico pessoal do paciente também influencia no prognóstico, visto que se a pessoa já teve câncer em uma mama o risco de se desenvolver na outra quintuplica.

As mulheres representam o grupo mais suscetível ao desenvolvimento desta patologia em relação aos homens na proporção de 1 homem para cada 100 mulheres, sendo que quanto maior a idade, maior o risco (a incidência maior é acima de 40 anos). Ainda, uma maior incidência é percebida de forma proporcional ao número de anos de atividade menstrual (tardia ou precoce).

O histórico de reprodução também influencia, sendo que a incidência aumenta para mulheres que tiveram filhos após os 30 anos de idade ou para as que nunca tiveram filhos. Outro fator de risco muito observado é a alimentação, sendo que a obesidade tem sido referida como um fator de risco, embora estudos demonstrem que não existem muitas associações. Doenças mamárias preexistentes como a hiperplasia atípica estão da mesma forma relacionadas ao desenvolvimento do tumor mamário.

Para as mulheres, outra variável positiva ao tumor se dá na aplicação da terapia de reposição hormonal (estrogênio) e o uso de contraceptivos também tem sido relacionado ao aparecimento de tumores mamários. O álcool e a radiação ionizante tem sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento desta enfermidade. Estudos abordam que caminhar entre 1h e 15 min. e 2h e 30min diários diminuem em 18% o risco de padecer desta doença (BOA SAÚDE, 2006).

Viana (2009) refere que os oncologistas estão instigados como aumento do índice de casos de câncer de mama em mulheres com faixa etária inferior. Após uma pesquisa guiada pelo epidemiologista Sérgio Koifman<sup>1</sup>, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz,

---

<sup>1</sup> Epidemiologista da Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz, coordenador da pesquisa câncer de mama/pesticidas publicada na revista [corposaun.com](http://corposaun.com)

aponta-se que é provável que exista uma associação entre o câncer de mama em jovens com pesticidas, visto estarem fora do fator de risco.

Eliminando outros fatores de risco, foi possível chegar à conclusão que mulheres expostas aos pesticidas domésticos na infância ou na juventude corriam um risco de 5,5 vezes maior de desenvolver esse tipo de tumor. (...) é que, no contato prolongado com a substância, nossas células acabam percebendo estas moléculas como um outro hormônio e desencadeiam uma série de ações que (COSTA, 2005, p.1).

O enfrentamento das mulheres frente ao diagnóstico positivo para o câncer de mama traz-nos a reflexão de que existem muitas implicações acerca dos cuidados a serem realizados: o fator biopsicossocial, a sexualidade, a imagem corporal, as questões sociais, os quais são afetados intimamente, fazendo-as se sentirem excluídas, agredidas em sua feminilidade e em sua essência. Percebe-se que estas, apresentam muitas dificuldades enfrentadas no seu cotidiano, especialmente, após os tratamentos realizados, os quais são agressivos, mas, muitas vezes, necessários para a sua sobrevivência, os quais, frequentemente, as limitam fisicamente, tornando-as incapazes à readaptação das suas funções normais.

A partir daí, foi possível perceber a mulher portadora do câncer de mama como uma pessoa que tem a necessidade implícita de obtenção de um atendimento integral, visto que apresentam mudanças variadas e inseguranças, contribuindo para que, muitas delas perdessem a capacidade de “sonhar”.

Desse modo, acredita-se ser necessário que os gestores públicos valorizem esta problemática, identificando ações estratégicas de prevenção educação e cuidado e fortalecimento dessas mulheres.

### **3. SAÚDE DA MULHER: ESTIMATIVA DAS AÇÕES NO TRATAMENTO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA NO CDN SENHORA DO ROSÁRIO**

O município de Santa Maria, possui 30 UBS, sendo 13 unidades da de estratégia Saúde da família (ESF) com 16 equipes, com percentual de cobertura em torno de 20% ,constituindo-se na porta de entrada dos usuários aos sistemas de Saúde. As UBS tradicionais contam com médico generalista, médicos gineco-obstetras, pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, já as unidades da ESF contam com médico generalista ou de saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde (ACS), com área e população adstrita sob seus cuidados.

Aproximadamente 70% dos usuários são atendidos pelas UBS, em relação ao câncer de mama, tendo os profissionais de saúde como atribuições: realizar exame clínico das mamas, solicitar mamografias para rastreamento, evidenciar mulheres com risco aumentado para o câncer de mama, e realizar ações de promoção e prevenção a saúde.

Um dos grandes desafios para os profissionais da atenção básica é sensibilizar e captar as mulheres para o diagnóstico precoce do câncer de mama. As mulheres com alterações nas mamas diagnosticadas através de mamografias ou em estágios avançados de câncer de mama, são encaminhadas para a referencia secundária, ou seja, o CDN Senhora do Rosário constitui-se em uma unidade de referência para o câncer de colo e mama no município de Santa Maria .

Neste contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.19) define as atribuições dos profissionais da Atenção Básica para pacientes oncológicos:

- a) conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;
- b) planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c) realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama: promoção, prevenção, rastreamento/deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d) alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Siscolo e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama;
- e) conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;

Assim, o setor Saúde da Mulher, integra a UBS realizando um trabalho de média complexidade, de nível secundário, onde estão situadas todas as implicações e cuidados às mulheres com câncer de mama, ofertando serviços especializados em mastologia e ginecologia, qualificando os atendimentos por ora, prestados para esse público. Este serviço conta com a colocação do DIU, colposcopia, cauterização, biópsias, PAAF, avaliação, consultas e atendimento pós-cirúrgico.

Este setor é composto por dois médicos mastologistas, uma médica ginecologista, uma técnica de enfermagem e uma responsável pela coloração das lâminas das coletas do citopatológico e materiais coletados das punções mamárias e, também pela digitação dos resultados e a confirmação do diagnóstico após a análise citológica é realizada pela médica patologista e citologista.

Os pacientes são oriundos e encaminhados pelas UBS, após a detecção da alteração dos exames clínicos e mamografias pedidos nas consultas médicas pelos ginecologistas. Então é agendada a consulta para o mastologista que avaliará qual o procedimento mais adequado para cada caso e, possível intervenção e acompanhamento. Nesta seção, são realizadas consultas especializadas, aspirações por agulha fina, curativos pós-mastectomia, coleta de citopatológico entre outros.

Os procedimentos são realizados pelos profissionais médicos mastologistas que são especializados, que efetuam procedimentos complementares com o desígnio de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Desse modo, os procedimentos são realizados no serviço de referência “Saúde da Mulher” onde os pacientes são avaliados, acompanhados e tratados, e, nos casos de necessidade cirúrgica, são conduzidos pela rede municipal para o Hospital Casa de Saúde, sendo o procedimento cirúrgico é realizado pelo próprio médico que avaliou. Também, é feito o acompanhamento pós-cirúrgico onde são realizados os seguintes procedimentos: retirada de pontos, curativos e demais procedimentos que forneçam o adequado reestabelecimento dos pacientes (MACHADO et al, 2009). Para a continuidade do tratamento, os pacientes são encaminhados ao HUSM ou em outras unidades referenciais para aplicação de QTX e RTX.

A Tabela 1 apresenta os atendimentos oncológicos efetuados no setor saúde da mulher em 2011.

**Tabela 1 – atendimentos oncológicos efetuados no setor saúde da mulher em 2011**

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>TOTAL</b>
Orientação de Enfermagem	14
Atividades grupo médico	37
Retirada de drenos	32
Curativos	269
Retirada de pontos	54
Drenagem de abscessos	06
Aferição da Pressão Arterial	27
Administração de medicações	62
HGT: teste de glicose	13
Atividades grupo de enfermagem	39
Atividades grupo psicologia	27

Fonte: MACHADO (2009).

No ano de 2011, houve 42 casos confirmados para o câncer de mama, sendo que destes, 1 é masculino. A representatividade do câncer de mama nos homens ainda é pequena em relação às mulheres, pois representa 1% de todas as neoplasias malignas masculinas (BORGES, 2008).

Na suspeita de neoplasia mamária, o procedimento inicial é a biópsia com agulha grossa. Foram realizadas 38 PAAGs no período, para diagnosticar o tumor primário que poderá ser do tipo palpável e impalpável. Foram coletados 134 PAAF de investigação citológica nas seguintes categorias:

A Tabela 02 apresenta a apuração de investigação citológica (PAAF) no Saúde da Mulher/2011.

**Tabela 2–Apuração de investigação citológica (PAAF) no Saúde da Mulher/2011**

<b>Resultados</b>	<b>Nº de coletas</b>
Suspeitos	19
Positivos	7
Negativos	15
Fibroadenoma	24
Esvaziamento	27
Outros	42
<b>Total</b>	<b>134</b>

Fonte: MACHADO (2009).

A partir do resultado da citologia é dado seguimento na avaliação do paciente. Em alguns casos é necessária a realização de exame histopatológico da mama, sendo necessária a coleta de biópsias. Dessa maneira, foram coletadas, no setor, 51 biópsias sendo que 4 já vieram com laudos prontos. Esta coleta é fundamental para definir as características básicas do tumor, que se torna passo essencial para a escolha da melhor forma de tratamento.

Quanto aos tratamentos, foram realizadas mastectomias radicais, procedimento que consiste na cirurgia para a retirada total da mama, podendo ainda, envolver a retirada dos vasos linfáticos da axila. A remoção objetiva promover o controle do local, retirando-se todas as células malignas.

Em alguns casos, houve a realização de setorectomias, procedimento que consiste na retirada de uma parte ou setor da mama nos casos de pequena extensão e localização do tumor, sem prejuízo do resto da mama.

Percebe-se que, em todos os casos confirmados, antes mesmo da opção por um procedimento cirúrgico, são realizados o tratamento de QTX. Este tratamento se dá através de medicamentos que tem o objetivo de alcançarem as células neoplásicas em qualquer área do corpo. No setor, foram encaminhadas para a QTX 95% dos pacientes acometidos.

Conforme o INCA (2007), entre internação hospitalar, quimioterapia e radioterapia, o Brasil tem um gasto referente a 1,2 bilhão anuais com o tratamento oncológico. Estudo baseado em dados de usuários de um plano de saúde privado estimou que, entre 2008 e 2010, o tratamento do câncer em estágios avançados será de quase oito vezes mais caro do que se esses mesmos pacientes tivessem detectado a doença na fase inicial. Para o mesmo período, as projeções indicam que os custos do tratamento serão sete vezes maiores do que as despesas com ações de prevenção.

A RTX é outra opção de tratamento, pois a radiação ionizante possui ação terapêutica no local a ser tratado, sendo os efeitos colaterais localizados, pois dependem dos locais tratados. Teve-se 60% dos casos tratados com RTX. Teve-se 1 caso de recidiva, 1 caso de metástases de coluna e 1 óbito.

**Tabela 3 – Faixa etária dos casos positivados para câncer mamário - Saúde da Mulher/2011**

<b>Idade</b>	<b>Nº de pessoas</b>
30 a 39 anos	02
40 a 49 anos	15
50 a 59 anos	14
60 a 69 anos	09
70 a 79 anos	01
80 anos e mais	01
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>

Fonte: MACHADO (2009).

Sugere-se que há um baixo índice de mortalidade, recidivas e metástases, visto que as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da patologia no setor foram efetivas, fato que se correlaciona com a otimização das ações que têm tido qualidade, prenunciando que a prevenção é a melhor forma de reduzir a morbimortalidade por esta patologia.

#### 4 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE E RESULTADOS

Este trabalho configura-se como uma pesquisa descritiva de cunho exploratório. Em um primeiro momento procurou-se o coordenador da UBS e o secretário municipal da saúde para a apresentação da pesquisa e solicitação da assinatura dos mesmos para a execução da pesquisa.

Este estudo surgiu a partir da constatação que há um número expressivo de mulheres acometidas por câncer de mama no município de Santa Maria-RS, portanto, este conhecimento será fundamental para a apreensão de aspectos capazes de possibilitar a reflexão acerca da qualidade da assistência prestada e das ações desenvolvidas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento desta patologia, que nos remete ao conceito de linhas de cuidado.

De acordo com INCA (2006, p. 15).

As linhas de cuidado do câncer de mama são definidas através de parâmetros que são fundamentados em decorrência de estudos nacionais e internacionais e na experiência de programas de rastreamento populacional de outros países, especialmente do Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido.

Realizou-se uma pesquisa na seção Saúde da Mulher, no Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário e na Secretaria de Saúde, a fim de verificar as ações da atenção básica com as mulheres acometidas pelo câncer de mama, que são pacientes nesta Unidade Básica de Saúde (UBS).

A análise tem o intuito da apreensão dos aspectos pertinentes ao diagnóstico e tratamento, tomando como parâmetro a PNAO, pautada em referencial bibliográfico sobre a temática. Foi solicitada a autorização institucional para a realização da pesquisa no Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário e na Secretaria de Saúde do município de Santa Maria-RS.

Para o levantamento dos dados foram utilizados os consultados os prontuários de treze mulheres e dois homens, com diagnóstico de câncer de mama que foram encaminhadas da atenção básica para o atendimento especializado na seção Saúde da mulher no período entre janeiro e dezembro de 2011. Os prontuários foram escolhidos aleatoriamente.

O levantamento dos dados considerou os seguintes parâmetros: total de consultas no setor de mastologista (referência e contra-referência); consultas novas; casos positivados;

biópsias coletadas no período (exames para confirmação diagnóstica); mastectomias, setorectomias, QTX, RTX, Recidivas, óbitos, MTX (tratamentos oncológicos); coletas de PAG; coletas de PAAF registrados (suspeitos, positivos, negativos, fibroadenoma, esvaziamento, outros); faixa etária dos positivados; total de procedimentos realizados especificando-os.

Nos Prontuários Médicos:

- foi verificada a idade dos pacientes em tratamento;
- quanto tempo levou desde a consulta na UBS até a confirmação com o mastologista e, qual o período de espera para o procedimento cirúrgico ou outros tratamentos (referência e contra-referência);
- quais os fatores de risco presentes (álcool, tabagismo, 1ª menarca, entre outros);
- quais exames foram solicitados para a confirmação do diagnóstico.

Para a observação direta foram realizadas visitas nas dependências da UBS, em especial, no setor Saúde da Mulher nos dias 15 e 16 de março de 2012. Durante a visita o médico mastologista e a técnica de enfermagem mostraram o setor e explicaram como se dá o funcionamento do mesmo e quais as ações e procedimentos são realizados conforme as diretrizes da PNAO.

Neste item mostrar-se-á como estão sendo efetuadas as ações pertinentes ao diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores do câncer de mama. Fez-se a análise de 15 prontuários médicos, sendo escolhidos aleatoriamente, sendo evidenciado que estes realizaram as cirurgias de mastectomia e setorectomia, estão ou estiveram em tratamento de QTX e RTX, procedimentos que fazem parte da confirmação diagnóstica e tratamento para o câncer de mama.

Em Santa Maria, o controle do câncer é realizado conforme as diretrizes do INCA que é o órgão responsável pela coordenação e execução da política oncológica. Esta política objetiva, respectivamente as questões referentes à incidência e à mortalidade por câncer, através de ações organizadas e sucessivas que levem à conscientização da população os fatores de risco do câncer, de maneira que haja promoção da detecção precoce e a oferta de um tratamento de qualidade e equitativo em todo o território nacional conforme refere Farias (2007).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) afirma que a PNAO organiza e implementa a rede municipal de atenção oncológica de forma descentralizada e regionalizada, organizando a oferta de ações e serviços de uma forma mais resolutiva e integralizada.

Dentre os fatores de risco para a neoplasia mamária, percebeu-se que as idades dos pacientes acometidos são variadas, existindo uma incidência maior na faixa etária de 40 à 59 anos, sendo que a partir de 70 anos a incidência é mínima. Há o registro da OMS, nas décadas de 1960 e 1970, referente ao acréscimo de 10 vezes as taxas de incidência do câncer de mama feminino combinadas por idade em diversos continentes. A maioria desses aumentos na taxa de incidência foi constatada em mulheres com idade superior a 50 anos. Estudiosos computam um acréscimo de 14,5% até o início deste século, devido, especialmente a perspectiva de maior longevidade da população no período (MATIAS, 1994).

Um fato relevante é que, o câncer de mama se diagnosticado precocemente tem cura. Para isso, torna-se necessário que uma parcela maior da população tenha acesso fácil à rede básica. Neste ínterim, verificou-se que as consultas iniciais dos prontuários analisados foram realizadas com os ginecologistas das UBS de forma breve, os quais solicitaram exames laboratoriais e complementares para fins diagnósticos. Após o resultado dos exames todos os pacientes analisados foram encaminhados para o setor de mastologia e tiveram suas consultas marcadas rapidamente, o que significa que há uma preocupação e atenção para com os pacientes oncológicos;

Dos 15 prontuários analisados, verificou-se, sobre a confirmação do diagnóstico e tratamento que:

- 8 pacientes são tabagistas, sendo que o uso do cigarro, ou associado ao uso de álcool, aumenta significativamente as chances do desenvolvimento do câncer de mama;
- 12 pacientes são do sexo feminino e, estas tiveram a primeira menarca a partir dos 12 anos. Sabe-se que menstruar muito cedo ou entrar na menopausa muito tarde expõe a mulher mais tempo aos hormônios femininos aumentando o risco de desencadear esta patologia;
- 2 pacientes são do sexo masculino, sendo que 1 realizou a mastectomia radical e 1 está em tratamento de QTX. Os 2 pacientes estão na faixa etária entre 50 a 60 anos, evidenciando-se que esse tipo de câncer acomete o homem de idade mais avançada;
- 4 pacientes não amamentaram, 3 amamentaram no período de 1 a 2 anos e, 6 amamentaram por um período curto de tempo ( até os 6 meses). Pesquisas afirmam

que amamentar por um período de 12 meses reduz em quase 5% os riscos de desenvolverem o câncer de mama.

- Todos os pacientes analisados tiveram a facilidade na realização de exames mamográficos pelo SUS e a garantia da assistência por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Os exames complementares como mamografia, Ultrassom (US) mamário foram realizados de forma rápida, sendo evidenciado que os índices de cura estão diretamente relacionados ao diagnóstico precoce;
- Todos os pacientes analisados que necessitaram de continuidade no tratamento foram encaminhados para as unidades referenciais ou HUSM para a aplicação de QTX ou RTX, iniciando-os de forma quase que imediata.

Diante dos dados acima abordados verificou-se que implementação de estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama está sendo feita como preconiza a PNAO, percebendo-se que todas as intervenções do setor passam a ser focadas para a prevenção precoce com a garantia de recursos diagnósticos apropriados compostos de alta tecnologia e tratamentos adequados às necessidades individuais das pacientes.

Constatou-se que o setor Saúde da Mulher da UBS está organizado para lidar com a especificidade da patologia, pois, foca na redução da ocorrência (incidência e mortalidade) e nas repercussões biopsicossociais ocasionadas pelo acometimento da patologia, através de ações de prevenção, oferta de serviços para a detecção precoce, para o tratamento e reabilitação dessas mulheres.

Ainda, o setor atende uma parcela significativa da população carente, assumindo a responsabilidade de fazê-lo da melhor forma possível na busca pela qualificação humana e tecnológica. A UBS conta com uma base estrutural apropriada para acomodar os espaços para o atendimento clínico e especializado, oferecendo suporte oncológico aos pacientes que dele necessitarem.

A equipe de profissionais que atua na UBS busca produzir conhecimentos e informações acerca do câncer de mama concretizando através dos seus serviços a política de atendimento em saúde designada à construção da cidadania dos usuários acometidos pela patologia.

Nesse sentido, enfatiza Medina (2005, *apud* Hartz; Silva, 2005), que o processo saúde-doença, componente das intervenções que se almeja avaliar, tem múltiplas determinações causais, sendo a ação dos serviços de saúde exclusivamente um dos fatores atuando sobre a

condição de saúde de indivíduos e populações em contextos sócio econômicos, políticos e culturais muito complexos.

Comprovou-se que a UBS em questão apresenta 100% do seu atendimento custeado pelo SUS, sendo a maioria dos pacientes moradores do próprio município. Não obstante às dificuldades que decorrem o SUS, todas as ações e serviços agenciados por este são assegurados de maneira igualitária, universal e democrática.

Desde que o usuário tenha o diagnóstico de câncer de mama, recebe atendimento integral, iniciando com a realização de biópsias, PAAF e PAAG para a confirmação diagnóstica até as medidas de suporte para os tratamentos sejam de QTX, RTX ou cirúrgico. Recebem, também, cuidados paliativos que se propõe a garantir melhor condições de vida aos doentes que de nenhuma forma podem ser curados e, reabilitação para uma possível reintegração daqueles que tiveram seqüela do tratamento ou da própria doença.

Enfim, para a realização de uma avaliação em saúde existem diversos desafios conceituais e metodológicos, como a invariável mudança no objeto de avaliação segundo o tempo e a situação, o caráter complexo dos programas, a extensão subjetiva das avaliações devido às distintas percepções dos vários atores envolvidos. É necessário o reconhecimento das dificuldades e apresentar o verdadeiro valor do papel da teoria neste campo (MEDINA, *apud* HARTZ; SILVA, 2005).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho ora desenvolvido, buscou-se avaliar se a política pública no setor oncológico, em específico, a Política Nacional de Atenção Oncológica como parâmetro para a Atenção básica UBS CDN Senhora do Rosário, setor Saúde da Mulher, no que se refere a redução da morbimortalidade por câncer de mama, através de várias ações pertinentes ao diagnóstico e tratamento desta patologia

Desta forma, definiu-se como objeto desta pesquisa, as ações da Atenção Básica frente à PNAO, levando-se em consideração que as intervenções de saúde se transformam segundo o padrão assistencial dominante em distintos contextos. Tornando-se importante observar, a respeito da análise de implantação desta política a valorização das particularidades do acolhimento, a garantia dos direitos particulares à privacidade e as características das relações de trabalho como componente da qualidade da atenção e elevação em saúde conforme assegura SILVA (*apud* HARTZ, 2005).

O câncer de mama tornou-se uma patologia relevante por sua alta incidência e prevalência no Brasil. Na busca pela minimização dos problemas enfrentados pelos portadores desta patologia, estão todas as ações necessárias a um apropriado processo de cuidado como: as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, primordiais à qualidade de vida e/ou sobrevida dos mesmos.

De acordo os dados obtidos constatou-se que a UBS está desenvolvendo suas ações para com os pacientes oncológicos conforme os parâmetros da PNAO, realizando o diagnóstico prévio para o câncer de mama, através do rastreamento populacional e da integralidade das ações de saúde.

Verificou-se que após a confirmação do diagnóstico, todos os pacientes foram encaminhados para o setor de mastologia (média complexidade) sem morosidade, o que garante, certamente, a promoção da qualidade de vida e saúde, com vistas na redução de danos e proteção da vida.

Diante disso, leva-se em consideração a necessidade de uma avaliação acerca destas ações produzidas ao paciente oncológico, pois será capaz de lançar informação tanto para o progresso das intervenções em saúde como para a análise de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários ao seu respeito. Sendo as ações dos serviços de saúde apenas um dos fatores atuando sobre o estado de saúde de indivíduos e populações em contextos socioeconômicos.

Por fim, observa-se que o Município de Santa Maria apresenta uma rede básica capaz de acolher o portador de neoplasia mamária, recebendo incentivo e apoio do Ministério da Saúde, através da PNAO para o desenvolvimento de ações específicas ao paciente com câncer de mama.

Assim, verificou-se a relevância da avaliação para as ações da UBS, pois SILVA (*apud* HARTZ, 2005, p. 20) pondera: “cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões”.

Os dados da pesquisa foram relevantes para a identificação da existência de falha na acessibilidade do usuário, permitindo refletir que a organização da Atenção Básica demanda um empenho maior de superação, pois este é o lugar que deveria ser realizada a integralidade das ações de saúde. Desse modo, fica evidente que existe a insuficiência de recursos materiais, financeiros e humanos para que os serviços de saúde possam funcionar com eficiência e eficácia.

Desse modo, evidenciou-se que tanto a detecção quanto a confirmação diagnóstica para o câncer de mama se deram tardiamente em todos os pacientes pesquisados, isto é devido em consequências de algumas intercorrências como ter que enfrentar filas enormes na UBS, tornando o seu acesso dificultado, visto que, muitas vezes, sua saúde já está deveras debilitada para que o faça.

Diante da análise dos dados coletados observou-se o papel essencial dos gestores diante da real necessidade de promoção de ações de saúde que tragam o desencadeamento da reflexão a cerca da importância da prevenção e diagnóstico precoce para o câncer de mama a toda a população.

Necessário se faz instaurar um espaço de reflexão acerca das possibilidades de novas ações pertinentes a esta patologia que é de grande relevância a nível mundial.. Este estudo permitiu a emergência que se faz para a obtenção de novos olhares e de novas investigações serem respondidas e avaliadas pelos representantes da saúde pública brasileira. Assim como, trazer do cotidiano, resultados que possibilitarão uma reflexão, facilitando o trabalho dos gestores e profissionais de saúde que poderão avaliar a qualidade do trabalho desenvolvido até o momento e propor estratégias futuras que possam possibilitar a diminuição da incidência e mortalidade por esta patologia.

Torna-se importante ressaltar que o conhecimento aqui produzido não está terminado e que se deseja ter colaborado com o debate sobre as ações e particularidades da Atenção Básica pertinentes ao enfoque do usuário acometido pelo câncer de mama. Também, salienta-se que a qualidade dos dados produzidos são totalmente condicionadas ao conhecimento gerado ao SISMAMA, percebendo-se que eles são essenciais no processo de vigilância de doenças crônicas como o câncer de mama.

Este conhecimento está aberto a análise, ponderação, pareceres, aprofundamento, tendo possibilitado para a autora o crescimento tanto no campo profissional quanto no acadêmico, na construção de novos conhecimentos.

**REFERÊNCIAS**

ACURCIO, F.A. IN: Grupo Hospitalar Conceição/ HGC. **Capacitação e Atualização para o SUS**. 2 ed. Porto Alegre: SIES, outubro de 2009.

BARBOSA, A.M.G. **Câncer: Direito e Cidadania**. Recife: Edições Bagaço, 2002.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional do Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, jul./ago./set., 2005.

BIANGULO, B., GOMES, R., FLORES, R. **Efeitos dos ácidos graxos Ômega 3 em mulheres com câncer de mama: uma revisão da literatura**. Departamento de Nutrição, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista, Brasília-DF, 2009.

BOA SAUDE. **Fatores de risco para câncer de mama, 2006**. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/showDoc.cfm?LibDocID=4964&ReturnCatID=1806>. Acesso em: 01 Dez. 2011.

BORGES, C. **Câncer de mama em Homem?** Mastologia, 2008. Disponível em: [http://www.cancer\\_de\\_mama\\_em\\_homem<<mastologia.htm](http://www.cancer_de_mama_em_homem<<mastologia.htm). Acesso em: 02 Dez. 2011.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil, (1988)**. Seção II da Saúde, Art.196. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/...constituição/constituição.htm>>. Acesso em: 03 dez 2011.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério a Saúde. **Portaria nº2439/GMde 08/12/2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005.

BREILH, J., 1991. **Epidemiologia, Política e Saúde**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da Unesp/Hucitec.

BREILH, J. & GRANDA, E. **Investigação da Saúde na Sociedade**. Guia Pedagógico sobre um Novo Enfoque do Método Epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde/Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

CAMPOS, G.; BARROS, R.; CASTRO, A. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CASTRO, R. **Câncer na Mídia**: uma questão de saúde pública. 2008. Disponível em: <[http://WWW.08\\_artigo\\_cancer\\_na\\_midia](http://WWW.08_artigo_cancer_na_midia)> Acesso em: 29.nov.2011.

COHN, A.; NUNES, E. [ET AL]. **A Saúde como direito e serviço**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, M. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 62, p. 41-43, março de 2000.

COSTA, C. A. **A Prevenção do Câncer**. Artigo, ano I – número 2, maio de 2003. Revisão: março de 2010. Disponível em: <[http://www.dr.carlos.artigo\\_002\\_html](http://www.dr.carlos.artigo_002_html)>.

FARIAS, T. **O cotidiano do(a) Assistente Social frente as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama em tratamento no hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN.** , 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, **Prevenção, Detecção Precoce e Vigilância do Câncer**. Relatório Anual final 2, 2006. Disponível em: Acesso em: 11/03/2012.

\_\_\_\_\_. **Custo do tratamento do Câncer**, 2007. Artigo disponível em:[http://www.inca.gov.br/releases/press\\_release\\_view.asp?ID=1600](http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1600). Acesso em: 20/03/2012.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle do Câncer de mama: detecção precoce.**2010  
Disponível em:<http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 22/02/2012.

\_\_\_\_\_. **Incidência do câncer no Brasil.** Estimativa 2012. Disponível em:  
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=7>. Acesso em: 04 de dez. 2011.

KLIGERMAN, J.O desafio de se implantar a Assistência Oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Rio de Janeiro, vol.46, n. 3, p. 235-239, jul./set.2000.

LAURELL, A. C., 1983. **A saúde-doença como processo social.** In: Textos. Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos (E. D. Nunes, org.), pp. 133-158, São Paulo: Global.

MACHADO, A. **Relatório Sintético das Ações Desenvolvidas no CDN Senhora do Rosário.** Santa Maria - RS, 2009.

MATIAS, M. Epidemiologia. In: Magalhães Costa, M., Novais Dias, E. Salvador Silva, H. & Figueira, A. **Câncer de Mama para Ginecologistas.** São Paulo, Editora Revinter, 1994.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

\_\_\_\_\_. Cadernos de Atenção Básica: **Controle dos Cânceres de colo do útero e da Mama.** Cadernos de Atenção Básica n. 13, Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília: DF, 2006.

REDECANCER. **Câncer de mama – SISMAMA,** 2008. Disponível em:<http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancermama/site/home/sismama/>. Acesso em 03 dez 2011.

RUA, M.G. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SMELTER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TOMAZELLI, J.G (et al).A política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do Câncer. Ver. APS, V.11, n.2, p. 199-206, abr/jun. 2008.

VIANA, C. **Câncer de mama e pesticidas**. 2009. Corpo Saun. Disponível em: <http://www.corposaun.com/cancer-mama-pesticidas/3699/>. Acesso em 13/02/2012.

**ANEXO**

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA UBS CENTRO DE DIAGNÓSTICO NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, SANTA MARIA-RS, PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE SAÚDE

Santa Maria, 12 de março de 2012.

Declaro para os devidos fins que a pós-graduanda da Escola de Administração, Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Deisi Andrade da Silva, está autorizada a desenvolver a pesquisa junto na seção Saúde da Mulher, do Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário, para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Atenciosamente,  
  
Geraldo Nascimento dos Santos  
Coordenador da UBS