



***Projeto de Avaliação da Implantação do Programa de Controle de Câncer de
Mama no Estado de Mato Grosso – MT***

Por

Nelma Lúcia de Pinho Bellato

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado com vistas à obtenção do título de Especialista
em Monitoramento e Avaliação em Saúde.

Orientador:

João Mauricio Brambati Sant'Ana

Cuiabá, dezembro de 2014.

Dedico este trabalho a todas as mulheres que bravamente enfrentam o câncer de mama e em especial a minha prima Jussara que com Fé, coragem, persistência e esperança no coração superaram a batalha sempre com um largo sorriso no rosto.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades.

Aos meus pais (In memorian), pela sabedoria em me educar, pelo amor e carinho e por ter sempre me incentivado a buscar uma vida centrada nos estudos. Sem dúvida estariam orgulhos por eu ter vencido este desafio.

Ao meu esposo Vanderlei, grande companheiro, o qual sempre se valeu de compreensão, gentileza, sabedoria, amor e carinho para me incentivar e apoiar.

Aos meus queridos filhos: Marcell e Murillo, amores da minha vida, que entenderam minhas ausências, compartilharam de minhas lágrimas e sorrisos, divido com vocês e para vocês, agora, o mérito desta conquista.

A minha irmã Nêisi, pelas palavras de apoio e incentivo sempre nas horas certas.

Ao meu tutor João Mauricio Brambati, por quem tenho uma imensa gratidão, por toda força e confiança em mim depositada, as quais foram fundamentais para se chegar ao final desta etapa. Obrigada por me encorajar a ir muito mais longe do que eu esperava chegar.

Aos Colegas da Secretaria de Saúde, Adenildes, Solange, Paulo César e Dr. Ney Pereira pela atenção e contribuição referente ao Programa de Controle de Câncer de mama no Estado de Mato Grosso.

Aos Colegas da turma Seletos do Cerrado, pela amizade, companheirismo, parcerias e contribuição durante o curso de Pós Graduação, foi um prazer conhecer vocês.

Aos Colegas Ulisses e Luciane pela paciência e contribuição na área de digitação deste trabalho de conclusão.

A Colega Mariza, pelo companheirismo e por partilhar seus conhecimentos em vários momentos de estudos.

A Coordenação do Curso de Pós Graduação Avaliação em Saúde da Ensp Fiocruz pela oportunidade de novos conhecimentos.

A todos que de alguma forma contribuíram na realização deste trabalho.

RESUMO

O Câncer de Mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres, correspondendo a 22% dos casos novos a cada ano. As Taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil continuam elevadas, provavelmente devido o diagnóstico ser realizado em estádios avançados. Para o Brasil em 2014, são esperados 57.120 casos novos de Câncer de Mama e no Estado de Mato Grosso são esperados 610 casos novos. Este estudo tem como objetivo avaliar o Grau de Implantação do Programa de Câncer de Mama no estado de Mato Grosso em conformidade com a Política Nacional de Oncologia preconizado pelo Ministério da Saúde/ INCA. Serão analisadas as atividades desenvolvidas pelo Programa de Controle de Câncer de Mama no Estado de Mato Grosso. Trata-se de um estudo avaliativo descritivo utilizando uma abordagem normativa do Programa de Controle de Câncer de Mama. Para coletas de dados serão utilizados levantamentos de dados primários e secundários. Para a coleta de dados primários serão realizadas entrevistas semi-estruturadas e para dados secundários serão realizadas análise em diversos documentos como: portarias, resoluções, etc. Foi construído o Modelo Lógico do Programa de Controle de Câncer de Mama no Estado de Mato Grosso, identificando: estrutura, atividades, produtos, resultados e impactos. Foram elaboradas as Matrizes de Informação, de Relevância e de Análise e Julgamento, que são utilizadas no campo da avaliação em saúde para expressar a lógica causal de uma intervenção e definição de pontos necessários para a qualidade de um Programa, de forma a promover a eficácia das ações avaliadas. Os parâmetros que serão utilizados para definir a implantação do Programa de Controle de Câncer de Mama – PCCM são >75% Implantado, 50-75% Parcialmente Implantado, 25-49% Incipiente e < 25% Não Implantado.

Palavras-chave: Programa de Controle de Câncer de Mama – Câncer de Mama – Incidência - Mortalidade -

ABSTRACT

The breast cancer is the most common cancer among women, counting 22% of new cases each year. The mortality rates from breast cancer in Brazil remains high, probably because the diagnosis is done in advanced stages. To Brazil in 2014, 57,120 new cases of Breast Cancer are expected, and in the state of Mato Grosso are expected 610 new cases. This study aims to measure the implementation of the Program of Breast Cancer in the state of Mato Grosso in accordance with the National Policy of Oncology recommended by the Ministry of Health/INCA. The activities of the Control Program Breast Cancer in the State of Mato Grosso will be analyzed. It is an evaluative descriptive study using a normative approach of the Control Program Breast Cancer. For data collection surveys, primary and secondary data will be used. To collect primary data will be conducted semi-structured interviews and the secondary data analysis will be performed on documents, ordinances, resolutions, etc. It was built Logical Model Control Program Breast Cancer in the State of Mato Grosso, identifying: structure, activities, outputs, outcomes and impacts. It was elaborated a pattern of Information, Relevance and of Analysis and Judgment, which are used in the field of health assessment to express the causal logic of an intervention and definition of points required for the quality of a program, where the efficiency of the actions are promoted. The parameters that will be used to define the implementation of the Program Control Breast Cancer - PCCM are > 75% Implemented, Partially Implemented 50-75%, 25-49% and Incipient <25% Not Implemented.

Keywords: Control Program of Breast Cancer - Breast Cancer - Incidence - Mortality

SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BI RADS	Breast Image Reporting and Data System
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CES	Conselho estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECM	Exame Clínico das Mamas
ERS	Escritório Regional de Saúde de Cuiabá
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAAG	Punção Aspirativa por Agulha Grossa
PAISM	Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher
PAV	Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNCM	Programa Nacional de Câncer de Mama
PNQM	Programa Nacional de Qualidade de Mamografia.
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RMCA	Rede de Monitoramento, Controle e Avaliação.
RX	Radiodiagnóstico
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISBASEPOP	Sistema de Base Populacional
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação de Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPACTO	Sistema de Pactuação
SNV	Serviço Nacional de Vigilância
SURCA	Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso..... 20

Figura 2 - Modelo Lógico Operacional – Programa de Controle de Câncer de Mama..... 23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recomendações para rastreamento do câncer de mama. Brasil, 2004..... 13

Quadro 2 - Stakeholders envolvidos na avaliação em questão..... 29

Quadro 3 – Matriz de Informação..... 32

Quadro 4 – Matriz de Relevância..... 34

Quadro 5 - Matriz de Análise e Julgamento..... 37

Quadro 6 – Pontuação Máxima Esperada..... 42

Quadro 7 – Parâmetros Para o Grau de Implantação..... 42

Quadro 8 – Matriz do Grau de Implantação da Intervenção..... 42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Objeto da Avaliação	12
1.2. Justificativa.....	16
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. MODELO DA AVALIAÇÃO	18
3.1. Desenho do Estudo	18
3.2. Local do Estudo	20
3.3. Modelo Lógico	21
3.4. Descrição Do Contexto.....	24
3.4.1. Contexto Político.....	24
3.4.2. Contexto Epidemiológico e Institucional.....	25
3.5. Identificação dos Principais Interessados na Avaliação	27
3.6. Dimensões da Avaliação	31
3.6.1. Matrizes de Informação.....	31
3.6.2. Técnicas e Instrumentos de coleta de Dados.....	33
3.7. Matriz de Relevância	33
3.8. Matriz de Análise e Julgamento e Parâmetros de Avaliação.....	36
3.9. Matriz do Grau de Implantação da Intervenção	42
3.10. Considerações Éticas e Divulgação dos Resultados.....	43
4. REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas (BRASIL, 2014).

De acordo com o INCA, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, apresentando diferentes variações clínicas e morfológicas, com diferentes assinaturas genéticas e com diferentes respostas terapêuticas (INCA, 2014).

É o tipo de neoplasia maligna que mais acomete as mulheres em todo o mundo, sendo responsável pelos maiores índices de mortalidade tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos.

No Brasil o câncer de mama é visto como um importante problema de saúde pública, sendo que no ano de 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

Segundo a estimativa 2014, em Mato Grosso, são esperados 610 casos novos de câncer de mama; sendo que destes, 470 casos novos são estimados para Cuiabá, capital do Estado (INCA, 2014). De acordo com o INCA, para prevenção do câncer de mama é importante combater os fatores de risco. Os principais estão relacionados à idade, aspectos endócrinos e genéticos (INCA, 2014).

Fatores como a ingestão regular de bebida alcoólica, obesidade, radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, história familiar de câncer de mama em parentes principalmente de primeiro grau são também considerados (INCA, 2014).

O câncer de mama quando diagnosticado na sua fase inicial, apresenta maior possibilidade de cura, com baixa mortalidade decorrente ao tratamento. Entretanto, observa-se, que a mulher procura o serviço de saúde já em estágio avançado da doença; que muitas vezes pode ser devido à falta de acesso da população aos serviços, falta de conhecimentos sobre sinais e sintomas, medo ou negação da doença.

O INCA considera duas estratégias para a detecção precoce de mama: o diagnóstico precoce – que é a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença - e o rastreamento – realização de exame numa população aparentemente saudável, assintomática, com a finalidade de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhamento das mulheres

com resultados alterados para devida investigação e tratamento (INCA, 2014). No Brasil, os métodos preconizados para o rastreamento à saúde da mulher, segundo o INCA são: mamografia e o exame clínico das mamas - ECM (INCA, 2014).

A recomendação do INCA é a realização da mamografia a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos e baseia-se, na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Com esta ação de rastreamento, espera-se reduzir a mortalidade em 25% (INCA, 2014).

Diante disso, o câncer de mama passou a ser uma prioridade de Governo, sendo implementadas as Políticas relacionadas à temática, entre elas o Programa de Controle de Câncer de Mama, impulsionada pelo Programa Viva Mulher a partir de 1988.

Os principais objetivos do Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama é reduzir a exposição a fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher. Para tal, é necessário que haja ações de promoção da saúde, prevenção primária e detecção precoce (BRASIL, 2011).

De acordo com Barreto, o Programa Nacional do Câncer de Mama - PNCM desenvolve entre várias ações, capacitação de profissionais de saúde com o objetivo de orientar adequadamente as mulheres na busca diagnóstica e aumentar a adesão referente ao rastreamento de câncer de mama (BARRETO et al., 2012).

Observa-se, no Estado de Mato Grosso uma fragilidade na condução Política na área da Oncologia; em especial o Programa de Controle de Câncer de mama que é o objeto de estudo.

Há deficiência de recursos humanos para compor a equipe do programa no Estado de Mato Grosso; deficiência na regulação de exames e consultas especializadas, ausência de Plano de Ação para o Programa de Controle de Câncer de mama e de acompanhamento e monitoramento das ações e serviços de saúde de forma rotineira.

Nesse sentido, é importante destacar a importância de avaliar o Programa de Controle de Câncer de mama no Estado de Mato Grosso.

São numerosas as definições sobre avaliação, entretanto destaca-se a de Champagne, que explica que o ato de avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção (CHAMPAGNE et al.; 2009).

Portanto, avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

É imprescindível que os gestores e profissionais de saúde tenham conhecimento da importância do seu papel e atuem com respeito, responsabilidade, ética e sensibilidade em cada etapa das ações. Entretanto, é importante refletirmos sobre pergunta (s) que realmente apresentem utilidade no processo decisório sobre a intervenção.

De acordo com SAMICO et al.; a(s) pergunta(s) avaliativas tem papel decisivo para o sucesso da avaliação; por isso deve(m) ser bem elaborada(s) e selecionada(s) (SAMICO et al; 2008).

Afirmam Tanaka e Tamaki que, sem uma clara pergunta avaliativa como ponto de partida, não se consegue produzir uma avaliação e sim diagnóstico. E reforçam que a ausência de clareza na formulação da pergunta acarretará no acúmulo de dados e de informações que poderão não ser úteis na tomada de decisões para alterar determinada situação de saúde da população (TANAKA et al.; 2012).

Para tanto, foi formulada a seguinte pergunta:

- Qual é o grau de implantação do Programa de Controle de Câncer de Mama no Estado de Mato Grosso?

Portanto; com este estudo pretendemos contribuir para a qualificação da rede assistencial de câncer de mama identificando os pontos necessários para o aperfeiçoamento das ações.

1.1. Objeto da Avaliação

O objeto deste estudo é o Programa de Controle de Câncer de mama no Estado de Mato Grosso. Entretanto, é necessário realizarmos um retrospecto do início da implantação do Programa de câncer de mama no Brasil.

Em meados de 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, foi que se priorizou um cuidado mais amplo à mulher e que as ações de câncer de mama tiveram um marco histórico (BRASIL, 1984).

De acordo com Abreu, no ano de 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde- Pro-Onco; que em 1990 passou a ser a Coordenação de Programas de Controle de Câncer, sendo que suas bases de trabalho eram a

informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais o câncer de mama (ABREU, 1997).

O Instituto Nacional do Câncer-INCA/MS promoveu no ano de 1998, uma Oficina de Trabalho – Câncer de mama - Perspectivas de Controle, onde ocorreram debates sobre câncer de mama. Esta Oficina serviu de marco do início das discussões referentes às ações contínuas que devem ser desenvolvidas para a concretização do Programa (BRASIL, 2000).

De acordo com o INCA, o Viva Mulher contempla o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, tendo como objetivo principal, reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2001).

Sendo assim, as diretrizes e estratégias elaboradas para o Programa visavam à formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, permitindo maior acesso da mulher junto aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos, favorecendo desta forma a eficiência da rede formada para o controle do câncer (BRASIL, 2000).

Em Abril de 2004, o INCA publicou o Documento de Consenso que são recomendações resultantes da Oficina realizada em 2003, no qual propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil (INCA, 2004). De acordo com o INCA, o documento de Consenso recomenda a detecção precoce do câncer de mama de acordo com o Quadro I.

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

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

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

Com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, através da publicação da Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, o controle do Câncer de colo de útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2005).

Com o Pacto pela Saúde 2006, através da publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 22 Fevereiro de 2006, foi reafirmada a importância da detecção precoce dessas neoplasias inserindo indicadores na pactuação de metas tanto com Estados como para municípios. (BRASIL, 2006).

Esses indicadores foram fundamentais para o planejamento e a elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à saúde realizada em conjunto com os gestores municipais.

Em 2009, foi criado o Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA e publicado documentos tais como: Parâmetros técnicos para o rastreamento de câncer de mama e recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil, que vem contribuindo para organização das ações de controle (BRASIL, 2009).

Em março de 2011, ocorreu o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e de mama pela presidente da República que, prevê investimentos para ações de controle nos estados e municípios (INCA, 2011).

O Plano tem como objetivo ampliar o acesso às mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, diminuir a mortalidade por câncer de mama e reduzir o tempo utilizado entre o diagnóstico e o início do tratamento da doença (INCA, 2011).

No mês de maio de 2012, foi instituído o Programa Nacional da Qualidade da Mamografia – PNQM, através da Portaria 931 de 10/05/2012 (atualizado em novembro do mesmo ano, através da Portaria MS/GM 2898), que tem como objetivo principal avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnósticos por imagem dos serviços que realizam o exame de mamografia. Essa atividade será executada pelo Serviço Nacional de Vigilância – SNV (INCA, 2012).

Outra portaria de destaque é a que institui a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS; publicada através da Portaria MS/GM 252 de 19/02/2013; sendo que entre os principais objetivos é o de ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

No mesmo ano foi publicada a Portaria MS/GM 874 de 16/05/2013 que 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) (BRASIL, 2013). Foi Também instituído o Sistema de Informação de Câncer – SISCAN, através da Portaria MS/GM 3394 de 30/12/2013, que tem como finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, sendo obrigatória a implantação nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados que atue na área de Oncologia (BRASIL, 2013).

No ano de 2014 a publicação da Portaria MS/GM 140 de 27 de Fevereiro que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria do corrente ano, a MS/GM 1220 de 03/06/2014, altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a alteração a redação fica da seguinte maneira:

Art. 3º “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário.” (BRASIL, 2014 p.).

O Programa Viva mulher no Estado de Mato Grosso deu início priorizando as ações para o controle de câncer de colo de útero, logo após a criação do Programa no nível nacional. Entretanto, o Ministério da Saúde intensificou as ações para a realização de mamografias, sendo que, no Estado, apenas 3 (três) municípios contavam com mamógrafos dificultando desta forma, o acesso da população mato-grossense ao serviço.

Em Maio do ano 2001, houve o primeiro Encontro Estadual de Técnicos e voluntários para área da Saúde da Mulher, com o objetivo de maior integração e fortalecimentos das ações e socialização das informações referentes à saúde da mulher.

1.2. Justificativa

O Câncer de Mama configura-se na atualidade como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. O número de casos tem aumentando de maneira significativa em todo o mundo.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. O INCA estima para o Brasil, cerca de 57.120 casos novos de Câncer para o ano de 2014 (INCA, 2014).

No estado de Mato Grosso a incidência de casos novos vem aumentando, sendo que a estimativa para o ano 2014 é de 610 casos, com predominância na Capital: Cuiabá de 470 casos. (INCA, 2014).

Entretanto, apesar do conhecimento da magnitude do problema de câncer de mama, observa-se que as mulheres diagnosticadas demoram muito tempo para o início do tratamento, devido às dificuldades para o acesso aos serviços ainda serem grandes em muitas regiões dos Estados; à baixa qualidade dos exames de imagem, à baixa resolutividade dos serviços de saúde, às falhas na qualidade da assistência e à falta de qualificação técnica.

No Estado de Mato Grosso além da incidência alta de casos novos desta neoplasia, observa-se ausência de um Plano de Ação para o Controle de mama, dificultando o planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas nesta área.

Segundo Costa, para a avaliação de um Programa é importante primeiramente verificar sua efetividade, para que se possam adotar estratégias tanto diversificadas como específicas, contribuindo para a melhoria do seu desempenho (Costa et al., 2010). Todas estas considerações foram importantes e provocou a necessidade de avaliar a implantação do Programa de Controle de Câncer de Mama no Estado de Mato Grosso., de forma a alcançar os objetivos propostos, sendo que a avaliação da qualidade dos serviços é um importante instrumento além da avaliação quantitativa, pois pode auxiliar direta ou indiretamente, na elaboração de parâmetros e normas técnicas, na tomada de decisões mais racionais por parte de gestores e gerentes, na melhor aplicação dos recursos destinados a área, na redução da mortalidade e no aumento da sobrevida do paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a Implantação do Programa de Controle de Câncer de mama no Estado de Mato Grosso.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar o grau de implantação do Programa Estadual em conformidade com a Política Nacional de Câncer preconizado pelo Ministério da Saúde/INCA;
- Elaborar o modelo lógico da intervenção;
- Identificar e caracterizar os contextos políticos e epidemiológicos;
- Descrever as ações desenvolvidas referentes ao Programa de Controle de Câncer de Mama a nível Estadual e Municipal;
- Identificar a necessidade de melhorias do Programa e propor recomendações que visam qualificar a assistência às mulheres portadoras de câncer de mama; com ênfase na detecção precoce da doença.

3. MODELO DA AVALIAÇÃO

3.1. Desenho do Estudo

Este Projeto tem como proposta realizar um estudo avaliativo descritivo utilizando uma abordagem normativa do Programa de Controle de Câncer de Mama – Viva Mulher em seus componentes estrutura e processo.

De acordo com Uchimura, a avaliação normativa é apoiada em normas e critérios e ou padrões estabelecidos. Comparam-se os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas, para fazer um julgamento de valor (UCHIMURA, 2002).

Este estudo se enquadra como uma análise de implantação, considerando que consiste em estudar as relações entre uma intervenção e o seu contexto durante sua implementação.

Segundo Contandriopoulos et al, analisar a implantação consiste em medir a influencia que pode ter o grau de implantação de uma intervenção e seu contexto de inserção na produção dos efeitos. (CONTANDRIOPOULOS,1997).

A análise de implantação é importante porque identifica melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção.

Tem como foco a avaliação de Processo, tendo em vista explicar se as ações estão ocorrendo conforme o programado e se são convenientes para as usuarias; sendo na maioria das vezes necessário ajustes no Programa.

É utilizada com o propósito de promover a melhoria do programa, prover informações aos tomadores de decisão, produção de conhecimentos, determinar o mérito e o valor do objeto avaliado. Os usos da Avaliação além da melhoria do Programa destacam-se o compartilhamento do conhecimento produzido com vários atores. Para responder a pergunta avaliativa deste estudo será necessário:

- Realizar uma análise documental sobre a implantação do Programa Estadual de Câncer de mama no Estado de Mato Grosso;
- Identificar os fatores que contribuíram para a implantação do Programa de Controle de Câncer de Mama no Estado
- Identificar as dificuldades e as potencialidades dos profissionais de Saúde que coordenam o Programa de Câncer de mama no Estado;
- Confrontar os objetivos do programa a nível nacional e a nível estadual;

- Identificar se as ações desenvolvidas no Programa Estadual estão de acordo com as planejadas a nível nacional;
- Avaliar os dados epidemiológicos obtidos a partir do SISMAMA;
- Identificar como estão sendo utilizadas as informações dos Sistemas de Informação de Câncer (SISCAN, SISMAMA, RHC, RCBP) para planejar as ações de controle de câncer de mama de acordo com a realidade do Estado de Mato Grosso.

Sendo assim, este estudo pretende abordar como parâmetros, as normas da Política Nacional através da Portaria nº 140, de 27 de Fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014).

Para Tanaka, considerando a heterogeneidade e complexidade dos serviços de saúde é aconselhável que o desenho da avaliação utilize uma mescla de abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas, pois ao mesmo tempo em que se completam, permite avaliar diferentes facetas de um mesmo fenômeno possibilitando uma resposta mais adequada à pergunta avaliativa (TANAKA, 2004).

A escolha da abordagem metodológica mista é oportuna para este estudo; pois irá permitir trabalhar com os dados numéricos que são essenciais na obtenção das informações, na tabulação desses dados; analisar o quantitativo de procedimentos que vem sendo realizados na assistência ambulatorial e hospitalar de câncer de mama; os números de equipamentos necessários para diagnóstico e tratamento; análise da cobertura da população alvo; etc.

E além dessas informações, essa abordagem metodológica permite trazer a fala das mulheres que enfrentaram ou que vem enfrentando as dificuldades de acesso aos serviços, ao tratamento a demora nos resultados dos exames, proporcionando desta forma uma melhoria na qualidade da assistência.

Minayo & Sanches colocam que, a abordagem mista permite trabalhar com formas distintas de abordagens e com maior confiabilidade dos dados (MINAYO & SANCHES, 1993). Portanto a participação das usuárias dos serviços de Oncologia nesta pesquisa, através das experiências por elas vivenciadas irá contribuir positivamente na qualidade da assistência prestada.

3.2. Local do Estudo

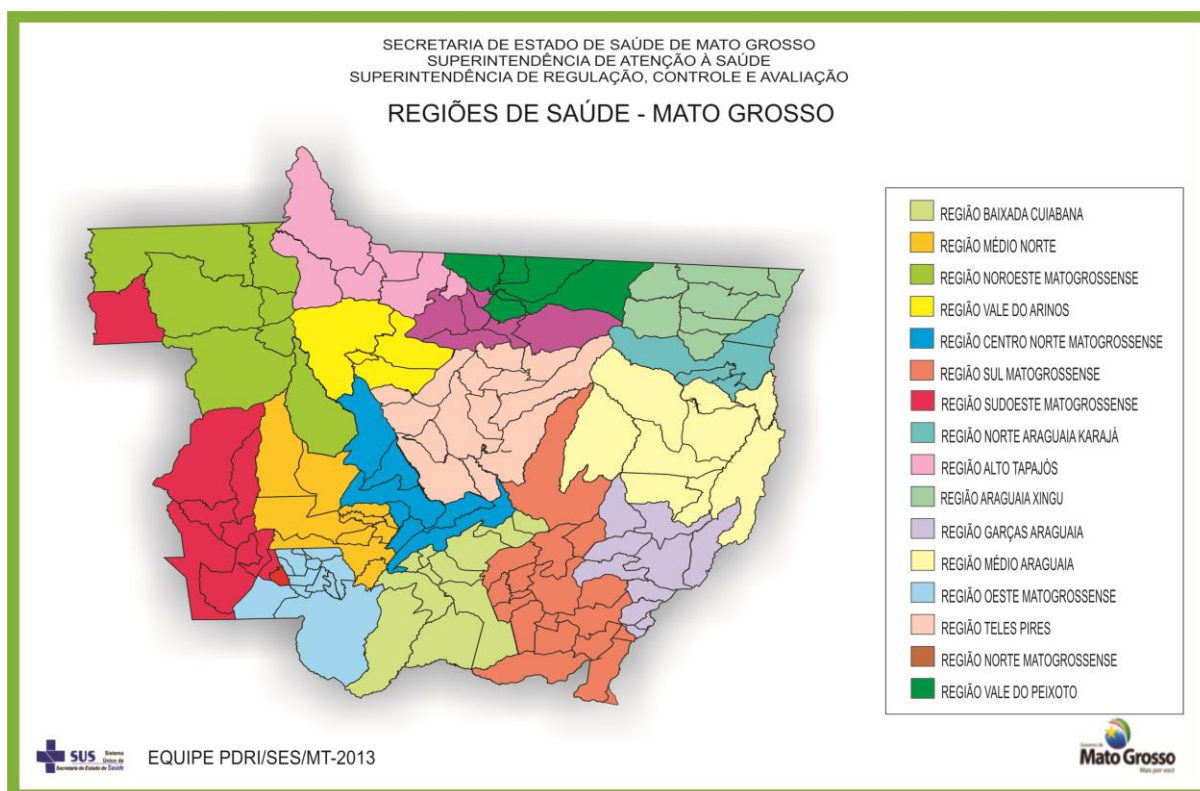
O estudo será realizado no estado de Mato Grosso, sendo que a Coordenação Estadual do Programa Viva Mulher está inserida na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, que localiza-se no município de Cuiabá – Capital do Estado.

O Estado de Mato Grosso situa-se a Oeste da região Centro-Oeste, sendo que a maior parte do seu território é ocupada pela Amazônia Legal. Tem como limites: Amazonas e Pará a Norte, Tocantins e Goiás a Leste, Mato Grosso do Sul ao Sul, Rondônia e Bolívia a Oeste.

De acordo com o IBGE/estimativa 2014 o estado de Mato Grosso ocupa uma área de 903.366,192 com densidade demográfica de 3,36 e conta com uma população de 3.224.357 habitantes (IBGE, 2014).

O estado compõe de 141 (cento e quarenta e um) municípios sendo o mais populoso: Cuiabá, que é a capital do Estado. De acordo com estimativa do IBGE, o município de Cuiabá ocupa uma área de 3.495.424 com densidade demográfica de 157,66 e com uma população de 575.480 habitantes/ano (IBGE, 2014). De acordo com a Resolução CIB Estadual nº 065 de 03 de Abril de 2012, o Estado de Mato Grosso possui 16 (Dezesseis) Regiões de Saúde; (SES, 2012)²⁹ conforme **Figura 1** a seguir.

Figura 1 – Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.



Fonte: Regiões de Saúde de MT -Plano Diretor de Regionalização- PDR do Estado de Mato Grosso –PDR 2014 em atualização.

3.3. Modelo Lógico

De acordo com alguns autores como McLaughlin, Jordan e Rowan o modelo lógico do programa pode ser definido como uma ferramenta que, permite visualizar o funcionamento do programa de forma clara, a relação causal entre os três elementos (estrutura, processos e resultados) e de que forma eles se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa (McLAUGHIN e JORDAN, 1999; ROWAN, 2000).

Para Hartz et.al., na construção do modelo lógico é importante discriminar os passos que são importantes para o alcance das metas, portanto a sua elaboração deve ser convincente, e considerar as experiências sobre o programa, as diretrizes e propostas pelo programa. (HARTZ et al., 2005).

Portanto, neste estudo, o modelo lógico do Programa de Controle de Câncer de mama (Quadro 1) identifica: estrutura, atividades, produtos, resultados e impacto.

Com relação aos Insumos foi priorizado; Recursos Humanos (em número suficiente e qualificados) equipamentos (de informática, de imagem como: ultrassonografia, mamógrafo, radiodiagnostica); materiais informativos (folders, cadernos, boletim informativo, etc.) normalizações (Portarias Ministeriais, Portarias Estaduais, Resolução CIB Estadual/MT) etc. Escritórios Regionais de Saúde (16 ERS/MT) e Gestores municipais (141 gestores municipais/MT).

Quanto aos Componentes operacionais foram priorizados: profissionais qualificados para ações de atenção a saúde das mulheres com câncer de mama; o acompanhamento das recomendações e das condutas para prevenção, diagnóstico e tratamento; Sistemas de Informação com ênfase quanto ao acompanhamento do SISMAMA e SISCAN; Vigilância em Saúde, em especial a importância de manter os bancos atualizados referentes ao Registro Hospitalar de Câncer – RHC e Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP; e monitoramento e avaliação, considerando a importância de desenvolver estas ações para identificar as distorções e propor medidas para melhoria da qualidade da assistência às mulheres portadoras de câncer de mama.

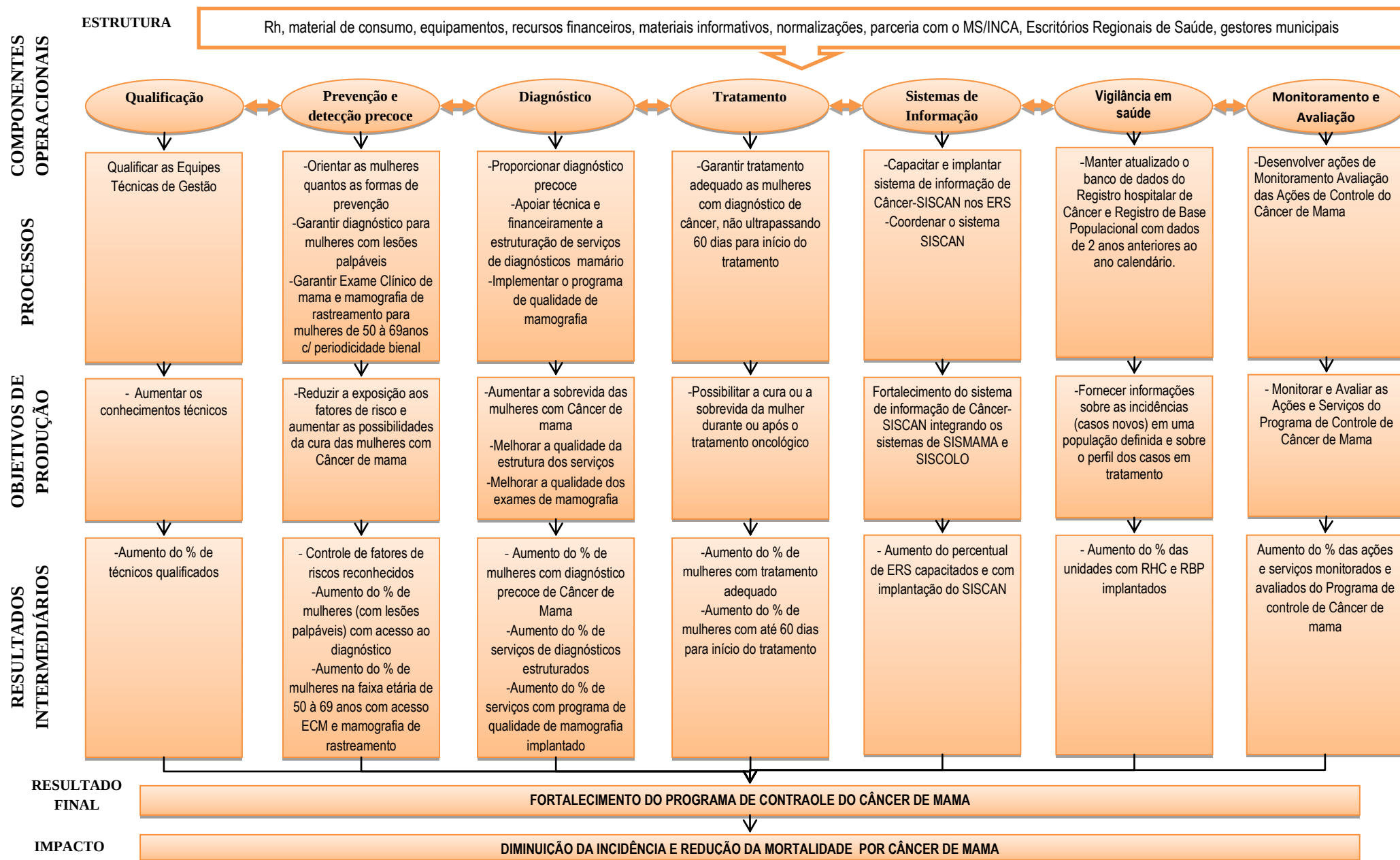
Em relação aos produtos a partir das atividades realizadas, espera-se aumentar os conhecimentos técnicos a partir das capacitações na área de oncologia; reduzir a exposição

aos fatores de risco e aumentar as possibilidades de cura das mulheres com câncer de mama; aumentar a sobrevida das mulheres com câncer de mama; melhorar a qualidade da estrutura dos serviços; melhorar a qualidade dos exames de mamografia; possibilitar a cura ou sobrevida da mulher durante e após o tratamento oncológico; fortalecer o sistema de informação de Câncer-SISCAN, integrando os sistemas de SISMAMA e SISCOLO; fornecer informações sobre as incidências (casos novos) em uma população definida e sobre o perfil dos casos em tratamento; monitorar e avaliar as ações e serviços do Programa de Controle de Câncer de Mama.

Quanto aos resultados é de se esperar que ocorra aumento (em percentual) de técnicos qualificados; controle de fatores de riscos reconhecidos; aumento (em percentual) de mulheres com lesões palpáveis com acesso ao diagnóstico; aumento de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos com acesso ao exame clínico de mama e mamografia de rastreamento; aumento (percentual) de mulheres com diagnóstico precoce de Câncer de Mama; aumento (percentual) de serviços de diagnósticos estruturados; aumento (percentual) de serviços com programa de qualidade de mamografia implantado; aumento (em percentual) de mulheres com tratamento adequado; aumento (percentual) de mulheres com até 60 dias para dar início do tratamento; Aumento (do percentual) de ERS capacitados e com acesso junto ao Sistema de Informação de Câncer – SISCAN; aumento do (percentual) das unidades com RHC e RBP implantados; aumento (do percentual) das ações e serviços monitorados e avaliados do Programa de controle de Câncer de mama.

Finalmente, quanto ao impacto, espera-se a diminuição da incidência e redução da mortalidade por câncer de mama.

Figura 2 - Modelo Lógico Operacional – Programa de Controle de Câncer de Mama.



3.4. Descrição Do Contexto

3.4.1. Contexto Politico

O Estado de Mato Grosso está situado na região Centro-Oeste. Sua economia baseia na agricultura, na pecuária, na mineração e na indústria. Mato Grosso é um dos principais produtores e exportadores de soja do Brasil (IBGE, 2014). De acordo com o IBGE/estimativa 2014 a população do Estado é de 3.224.357 habitantes distribuídos em 141 municípios. Possui uma área de 903.366,192 km², apresentando uma densidade demográfica de 3,36 hab/km² (IBGE, 2014).

Tem como capital o município de Cuiabá, sendo o município mais populoso do Estado de Mato Grosso. De acordo com o IBGE/estimativa 2014 a população da capital - Cuiabá é de 575.480 habitantes, com uma área de 3.495,424 Km² (IBGE, 2014). Com relação à Saúde, o Estado de Mato Grosso possui 16 (dezesseis) regiões de saúde, 16 (dezesseis) Escritórios Regionais de Saúde – ERS e 16 (dezesseis) Comissão intergestores Regionais.

Na área de Oncologia o Estado, de acordo com o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES, conta com 05 (cinco) unidades de saúde habilitados como UNACON - Unidade de Assistência de Alta complexidade em Oncologia, sendo que 3 (três) unidades localizam-se em Cuiabá, uma na região Sul Matogrossense (município de Rondonópolis) e uma unidade na Região Teles Pires, (município de Sinop) (SCNES, 2014).

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso como responsável pela Alta Complexidade no Estado deve coordenar as ações e atividades desenvolvidas na área de Oncologia de acordo com as diretrizes da Política Oncológica no nível Nacional. Entretanto, são inúmeras as dificuldades que o Estado de Mato Grosso vem apresentando em diversas áreas e em especial na área de Oncologia.

Como o objeto deste estudo é o Programa de Controle de Câncer no estado de Mato Grosso, é fundamental destacarmos a responsabilidade da gestão em saúde pela promoção de estratégias de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado às mulheres; principalmente às mulheres pertencentes a faixa etária da população alvo.

De acordo com Vargas, observam-se fragilidades na condução da Política Oncológica no Estado: atenção primária a saúde de baixa qualidade e resolubilidade, dificuldade de acesso aos serviços considerando as grandes distancias entre os municípios do Estado, lentidão do fluxo assistencial, regulação operacionalizada de forma precária, déficit de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, concentração da assistência da doença já

agravada, financiamento distorcido da atenção e o foco na doença concentrado no setor privado. (VARGAS, 2011).

Há ausência de capacitação técnica nesta área no Estado, o número de profissionais que fazem parte do Programa Estadual de Controle de Câncer de Mama e Colo de Útero apresenta-se insuficiente para coordenar as ações e atividades do Programa. As ações de Oncologia se encontram fragmentadas; sem uma integração entre as áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde.

O estado de Mato Grosso através da Lei nº 8.461 de 10 de Março de 2006 estabelece as diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle de Câncer, que define em seu artigo 2º, Inciso I que:

“Todo cidadão Matogrossense tem direito ao acesso pleno aos recursos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer” (BRASIL, 2006 p.1. art.2º).

Essas diretrizes estabelecem o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e diagnóstico, organização de serviços, promoção de pesquisas, cooperação entre os municípios visando garantir a qualidade da assistência.

Portanto, é necessária a organização da rede de serviços de atenção às doenças crônicas no estado de Mato Grosso; considerando que além da fragmentação das ações na Secretaria de Estado de Saúde há também nos serviços de alta complexidade que não oferecem todas as modalidades de tratamento, dificultando dessa forma o usuário em receber integralmente essa atenção.

3.4.2. Contexto Epidemiológico e Institucional

De acordo com o INCA, cada vez mais o problema do câncer no Brasil vem alcançando destaque devido o perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando. Através do conhecimento sobre a situação dessa doença é que estabelece prioridades e aloca recursos de forma mais direcionada com objetivo de modificar esse cenário (INCA, 2014).

De acordo com o INCA, o sistema de morbidade por câncer se consolida com base nas informações de 23 Registros de Câncer por Base Populacional - RCBP, alimentados por uma rede de 282 Registros Hospitalares de Câncer – RHC. Agregando a este, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para elaboração da estimativa de 19 tipos de câncer no Brasil (INCA, 2014).

No Estado de Mato Grosso, a estimativa de câncer vem aumentando cada vez mais com um número de casos concentrados na capital. No período de 2000 a 2012 a mortalidade por neoplasias no Estado de Mato Grosso totalizaram 22.124 mortes. Deste total, 1.224 mortes ocorreram por câncer de mama (SIM, 2012).

Segundo o INCA, os registros de câncer têm sido importantes, pois fazem parte do sistema de Vigilância do câncer no Brasil e têm sido utilizados como instrumento de apoio tanto para a formulação da Política Nacional Oncológica quanto para a avaliação assistencial (INCA, 2001).

Os principais tipos de registro de câncer são: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Os Registros Hospitalares de câncer – RHC, segundo o INCA, compreendem os dados de todos os pacientes atendidos no hospital com diagnóstico confirmado de câncer e oferece informações sobre o tratamento e evolução do tumor (INCA, 2014).

Segundo o INCA, através do RHC é possível garantir os dados de boa qualidade, melhor definir as estratégias para a área da vigilância, prevenção e controle do câncer, atualizar os profissionais que trabalham na área e contribui para melhorar os dados populacionais através do RCBP (INCA, 2001).

O INCA define os RCBP como centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de casos novos (incidentes) de câncer de uma determinada população (INCA, 2014). Com o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) se desenvolvem ações cada vez mais eficazes para controle da doença, quer seja em prevenção, vigilância ou assistência.

No estado de Mato Grosso, o Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer (PAV) foi implantado no final do ano de 1999 dando início a coleta no ano de 2000. Atualmente este programa é denominado como Registro de Câncer de Base Populacional que se caracteriza como um centro de coleta, armazenamento, processamento e análise de forma sistemática e contínua, de informações de pessoas com diagnóstico de câncer residente na área geográfica de Cuiabá e Várzea Grande.

Através da informação produzida pelo Registro de Base Populacional é que se busca conhecer a incidência do Câncer na capital do Estado, isto é, todos os casos novos diagnosticados anualmente. O Registro utiliza como Sistema de Informática o Sistema de Base Populacional (SISBASEPOP), que segundo INCA, tem como finalidade cadastrar, armazenar, processar, agilizar e padronizar os casos com diagnóstico de câncer e o óbito por

câncer (INCA, 2014). A descentralização do SISBASEPOP possibilitou a alimentação do banco de dados do interior do Estado, resultando em uma série histórica de 5 anos (2001 a 2005).

O estado de Mato Grosso apresenta muitas dificuldades no acompanhamento dos Registros de câncer de Base Populacional e Registro Hospitalar de Câncer.

Entre as ações que impactam as metas dos referidos registros, destacam-se na Secretaria de Estado de Saúde a insuficiência de Recursos Humanos lotados na Coordenadoria da Vigilância, que trabalha principalmente com os sistemas RHC e RCBP. Isto gera um atraso superior ao prazo recomendado pelo Ministério da Saúde/MS/INCA no levantamento das incidências.

Observa-se, que há um atraso na alimentação dos dados tanto RHC como RCBP. Atualmente o banco RCBP apresenta dados dos anos 2002 a 2007. Sendo que, a Legislação recomenda 2 anos do calendário atual. Há dificuldades de acesso de alguns laboratórios de citologia e histopatologia, na informação dos dados. Algumas unidades credenciadas pelo SUS descumprem a legislação e não priorizam o registro; não se preocupam em apresentar informação de qualidade.

A estrutura física da Secretaria de Estado de Saúde, em especial da Vigilância, apresenta inadequada para o desenvolvimento das atividades e há dificuldades de realizar a busca ativa dos casos novos e falta de percepção do Gestor Estadual referente ao registro. É necessário tornar as ações na área de oncologia como prioritárias e como problema de saúde pública. Portanto, são muitas as dificuldades a serem superadas para que se possa trabalhar a Vigilância do câncer de acordo como a legislação preconizada pelo MS/INCA no estado de Mato Grosso.

3.5. Identificação dos Principais Interessados na Avaliação

Segundo Pádua *et al.* o termo *stakeholder* foi introduzido para identificar todos os indivíduos envolvidos em um projeto, ou que tenham interesse no resultado deste. Podendo tanto influenciar como serem influenciados pelo resultado da pesquisa (PÁDUA *et al.*, 2001).

Os atores envolvidos nesta avaliação foram convidados a participar das reuniões através de memorando, sendo colocada a importância deste estudo e apresentado em *data show* a proposta do projeto. Com exceção dos gestores municipais, Conselho Municipal de Saúde /COSEMS e usuários, todos são técnicos da Secretaria de Estado de Saúde. A

participação dos avaliadores é de suma importância, pois contribui nas informações, possibilita exprimir um juízo de valor e principalmente para a tomada de decisão.

A participação das mulheres com câncer de mama na pesquisa enriquece o estudo, abordando questões sentidas pelas buscas de diagnóstico e tratamento adequado. Elas apresentam expectativas porque desejam a garantia de seus direitos no Sistema Único de Saúde - SUS.

Os avaliadores sentem a necessidade de ver a pergunta avaliativa ser respondida para que se possa melhorar a qualidade do Programa de Controle de Câncer de mama no Estado de Mato Grosso.

Quadro 2 - Stakeholders envolvidos na avaliação em questão.

USUÁRIOS	INTERESSE E PAPEL DE CADA UM NO PROGRAMA	PAPEL NA AVALIAÇÃO	RESPONSABILIDADE	CONFLITOS DE INTERESSE	PAPEL NA UTILIZAÇÃO DOS ACHADOS
Equipe Técnica do Programa Estadual Viva Mulher	Fortalecer o Programa Estadual de Controle de Câncer de mama	Coordenar o processo	Acompanhamento das ações e serviços referentes ao Programa de controle de mama.	Resistências por mudanças.	Colaborar com informações
Coordenadora das Ações Programáticas	Fortalecer o Programa Estadual de Controle de Câncer de mama e a Organização das Redes Temáticas	Articular junto a Superintendência de Atenção a Saúde.	Coordenar as ações e serviços referentes ao Programa de câncer de mama.	Resistências por mudança	Disseminar as informações na Coordenadoria para demais equipe técnica
Técnicos da Gerencia de Programação, Controle e Avaliação.	Incorporação da avaliação na rotina de trabalho da Gerencia de Programação, Controle e Avaliação referente avaliação dos serviços habilitados em Oncologia.	Participação de todo o processo da avaliação; discutir todas as fases do projeto.	Apoio Técnico e Institucional Agendar reuniões Coordenar as reuniões	Resistências por mudança, aumento das atividades desenvolvidas (sobrecarga de trabalho)	Acompanhar e monitorar
Coordenadoria de Controle e Avaliação	Fortalecer a área de Controle e Avaliação na área de Oncologia	Articular junto a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.	Coordenar as ações de monitoramento e Avaliação do Programa de câncer de mama.	Resistências por mudança	Disseminar as informações junto a equipe técnica
Vigilância em saúde	Disseminar as informações do Sistema de Base Populacional – SBP e Registro Hospitalar de câncer- RHC	Colaborar através das informações do sistema de Base Populacional e RHC	Manter os bancos atualizados até 2 anos anteriores ao ano calendário	Resistências por mudança	Análise dos dados epidemiológicos;
Técnicas da Coordenadoria da Atenção Básica	Acompanhar as ações e parâmetros referentes a atenção primária referente ao Programa de controle de mama	Colaborar com informações referentes a atenção primária da saúde.	Organizar a Rede da Atenção Primária referente a assistência a mulher	Resistências por mudança	Análise das ações referentes à atenção primária
Representante da Comissão Intergestora Bipartite.	Apoiar de disseminar a importância do Estudo	Participação e divulgação junto aos gestores municipais.	Acompanhar e aprovar em forma de Resolução CIB	Não Identificado	Encaminhamento para apreciação na reunião mensal da cib estadual
Representante do Conselho Estadual de Saúde.	Apoiar a avaliação da Implantação do programa de controle de câncer de mama.	Sensibilizar os gestores municipais quanto a importância da avaliação.	Discutir, aprovar e disseminar junto aos demais atores sociais	Não Identificado	Apoio Técnico político institucional durante através do estudo.

USUÁRIOS	INTERESSE E PAPEL DE CADA UM NO PROGRAMA	PAPEL NA AVALIAÇÃO	RESPONSABILIDADE	CONFLITOS DE INTERESSE	PAPEL NA UTILIZAÇÃO DOS ACHADOS
Técnico da Regulação da Alta Complexidade	Organizar o fluxo da Assistência Oncológica	Participação e cooperação técnica	Organizar os Serviços de Alta complexidade referente à regulação	Resistências por mudança	Analisar a demanda das Referências com relação serviços, consultas e tratamento com as prioridades estabelecidas
Usuárias do SUS	Melhoria das condições de saúde no Estado de MT e Participar ativamente da Política de Saúde do Estado.	Participação e relato de experiências vivenciadas	Contribuir com informações para melhoria da qualidade do programa	Resistências quanto ao expor a sua emoção; reviver momentos difíceis.	Utilizar os dados para maior conhecimento das dificuldades e disseminar as informações entre as usuárias.
Superintendência de Regulação, controle e avaliação	Melhoria da qualidade do programa de câncer de mama no Estado de MT com elaboração do plano de Ação	Acompanhamento das Reuniões e condução política do Programa junto ao Gestor Estadual	Condução Política para tomada de decisão junto ao Gestor Estadual	Resistências por mudanças	Análise dos Relatórios dos Avaliadores e tomadas de decisão junto ao Gestor Estadual
Superintendência de Atenção à Saúde	Condução Política do Programa com ênfase na Regulação e Controle e Avaliação	Acompanhamento das Reuniões e condução política do Programa referente a Regulação e Controle e Avaliação.	Condução Política para tomada de decisão junto ao Gestor Estadual	Resistências por mudanças	Análise dos Relatórios dos Avaliadores e tomadas de decisão junto ao Gestor Estadual
Técnicos do Escritório Regional de Saúde de Cuiabá	Melhorar a assistência a mulher portadora de câncer da mama	Participação e cooperação técnica	Organizar os Serviços de AC referente a regulação e disseminar para Técnicos e gestores municipais	Resistências por mudança	Análise dos Relatórios de cada Região
Técnico do COSEMS	Fortalecer a cooperação técnica/c municípios	Colaborar nos estudos e disseminar junto aos gestores municipais de saúde	Condução Política para tomada de decisão junto ao Gestor Estadual	Não Identificado	Análise dos Relatórios de cada Região

3.6. Dimensões da Avaliação

3.6.1. Matrizes de Informação

A matriz de informação foi elaborada com base na pergunta avaliativa, sendo consideradas duas dimensões para o Programa de Controle de Câncer de Mama: Acesso e Qualidade. Na dimensão Acesso foram estabelecidas duas subdimensões: Disponibilidade e Oportunidade.

A **disponibilidade** se refere tanto à quantidade como à qualidade dos serviços oferecidos em relação às necessidades dos usuários. É mensurada através de indicadores de qualidade técnica e de produção (CRUZ & MOREIRA, 2014). Segundo Donabedian, entende-se por **oportunidade** uma situação favorável ou adequada para o alcance de um objetivo em tempo oportuno (DONABEDIAN, 1990).

No que se refere à dimensão Qualidade, foi estabelecida a subdimensão: **Conformidade**, que se refere ao padrão da qualidade necessário, ou seja, às boas práticas (CRUZ & MOREIRA, 2014). É importante saber se as ações estão sendo realmente realizadas de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Portanto, foi construída a matriz de informação (Quadro 3) contendo os critérios/indicadores, a fonte de verificação e a técnica da coleta das informações.

PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER DE MAMA

Quadro 3 – Matriz de Informação.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIOS/INDICADORES	FONTES DE VERIFICAÇÃO	TÉCNICA DA COLETA
ACESSO	DISPONIBILIDADE	-Profissionais Contratados, capacitados por categoria profissional.	-Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos – SCNES; - Recursos Humanos – levantamento de Capacitação – RH-SES_MT	-Levantamento dos Profissionais por estabelecimento de saúde que realizam serviços de Oncologia; - Relação de participantes em Capacitação na área através do RH- SES-MT - Relação de Capacitação realizada na área através da Escola de Saúde Pública da SES-MT
	OPORTUNIDADE	- Tempo utilizado entre o atendimento e Diagnóstico - Tempo utilizado entre o diagnóstico e tratamento.	- Sistema de Informação de câncer de Mama – SISMAMA - ou Sistema de Informação de Câncer- SISCAN - Entrevista com pacientes	-Levantar a data entre o atendimento médico na Unidade de Saúde e a data do diagnóstico dado pelo médico ao paciente -Levantar a data entre o diagnóstico e a data da entrada do paciente para início do tratamento -Realizar um questionário para ser respondido pelo paciente sobre o início da doença até ao tratamento.
QUALIDADE	CONFORMIDADE	- Atividades desenvolvidas pelo Programa Estadual de câncer de Mama de acordo com a Portaria da Política Nacional de Oncologia	-Portarias Estaduais (Oncologia) - Resoluções CIB Estaduais (Oncologia) - Plano de Ação Estadual para Controle de câncer de mama - Portarias Ministeriais (GM 874 de 16/05/2013 GM 140 de 27/02/2014; - Demais Portarias Ministeriais; e site do Inca	-Levantar as atividades desenvolvidas pela Coordenação do Programa Estadual e confrontar com a atual Política Nacional de Oncologia

3.6.2. Técnicas e Instrumentos de coleta de Dados

As técnicas que serão utilizadas neste estudo ocorrerão com levantamento dos dados primários e secundários. Para o levantamento dos dados primários serão consideradas as entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde que fazem parte do Programa de Controle de Câncer no Estado de Mato Grosso, técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde responsáveis pelo Programa, Gestores municipais de saúde e mulheres com câncer de mama em tratamento.

As perguntas que serão aplicadas levarão em conta as atividades e as ações realizadas referentes ao Programa de Controle de Câncer. Serão utilizados questionários com as Unidades habilitados em UNACON, e serviços de imagem que prestam serviços nesta área para analisar a qualidade da assistência e o tempo utilizado para entrega dos resultados dos exames para melhor avaliar a qualidade da assistência à mulher com câncer de mama.

Para o levantamento dos dados secundários serão analisados todos os documentos referentes ao Programa, como Portarias Estaduais, Resolução CIB Estadual, Portarias do Ministério da Saúde, Relatórios Técnicos, Relatórios e diversos materiais do INCA.

Os Bancos de dados serão fundamentais para realizar análise de indicadores relacionados ao controle do Câncer no Estado. Entre os principais Bancos para coleta de dados são: SISMAMA, SISCAN, Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, RHC e RBPC. Os entrevistados serão identificados por letras maiúsculas tais como: Paciente A.F, Paciente A.G, etc.

3.7. Matriz de Relevância

A matriz de relevância proposta neste estudo é importante porque identifica quais os insumos e atividades são críticos na implantação do Programa de Controle de Câncer de Mama no estado de Mato Grosso.

Para priorizar as ações foi utilizada uma escala de relevância da seguinte forma: muito relevante = RRR, relevante = RR, pouco relevante = R, Irrelevante = I.

Desta forma, de acordo com a Relevância é que se identificam os componentes estruturais que irão compor a análise de julgamento da implantação.

Portanto, a matriz de relevância foi elaborada anteriormente a matriz de análise e julgamento da implantação. O Quadro de 4, abaixo, demonstra a Matriz de relevância elaborada para a implantação do Programa de Controle de câncer de mama no estado de Mato Grosso.

Quadro 4 – Matriz de Relevância

INDICADORES	RELEVANCIA
INSUMOS	
Recursos Humanos Capacitados	RRR
Material de Consumo	RR
Materiais Informativos	RRR
Equipamentos de Informática	RRR
Equipamentos de Imagem (RX,Mamógrafo)	RRR
Recursos Financeiros	RRR
Estrutura Física Adequada	RR
Capacitação Técnica Permanente	RRR
Estruturação de Serviços de Diagnósticos	RRR
Serviço de Mamografia com implantação do Programa Nacional de Qualidade de Mamografia - PNQM	RRR
Materiais informativos distribuídos nas equipes e usuárias	RRR
Equipamentos de Informática suficientes para atividades realizadas	RR
QUALIFICAÇÃO	
Capacitações para profissionais da atenção primária	RRR
Capacitações para profissionais da atenção secundária	RRR
Capacitações para profissionais da atenção terciária	RRR
Capacitação Permanente	RRR
Capacitações para profissionais da atenção primária	RRR
Capacitações para profissionais da atenção secundária	RRR
Capacitações para profissionais da atenção primária sobre rastreamento	RRR
Capacitações para profissionais da atenção secundária sobre rastreamento	RR
Capacitação de profissionais para orientação quanto ao autoexame de mamas	RRR
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde- ACS para busca de mulheres para realizar ECM	RRR
Capacitação pelo Ministério da Saúde para profissionais da SES/Programa Estadual de controle de câncer	RRR
Realização de atividades educativas permanentes	RRR
PREVENÇÃO E DETECÇÃO	
Orientações sobre a forma de Prevenção	RRR
Realização de Exame Clínico de mamas e mamografia de rastreamento na população alvo	RRR
Realização de ECM anualmente nas mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos	RRR
Realização, a cada 2 anos, de exames de mamografias em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos	RRR

Quadro 4 – Matriz de Relevância (continuação)

INDICADORES	RELEVANCIA
DIAGNÓSTICO	
Mamografias diagnosticadas positivas	RRR
Mamografias diagnosticadas BI RADS 4,5	RRR
Intervalo de Tempo utilizado na entrega de resultados de exames	RRR
Equipamentos necessários para realização tanto de rastreamento como diagnóstico de câncer de mama	RRR
Mulheres com lesões mamárias encaminhadas para o devido tratamento	RRR
Mamografias diagnosticadas BI RADS 4,5	RRR
Mulheres de 50 a 69 anos que realizaram procedimento de punção aspirativa por agulha fina – PAAF	RRR
Mulheres de 50 a 69 anos que realizaram procedimento de punção aspirativa por agulha fina – PAAF	RRR
TRATAMENTO	
Mulheres com câncer de mama tratadas	RRR
Mulheres com câncer de mama com tratamento de Quimioterapia	RRR
Mulheres com tratamento de Radioterapia	RRR
SISTEMA DE INFORMAÇÃO	
Atualização dos Bancos de Informação (SISCAN, SISMAMA, RHC e RBPC)	RRR
Unidades com RHC e RBP Implantados	RRR
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	
Existência de instrumentos de monitoramento e avaliação do Programa de Câncer de Mama	RRR
Existência de Rotinas de Trabalho de monitoramento e avaliação referentes ao Programa de Câncer de Mama	RRR
Acompanhamento da Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. (SISPACTO)	RRR

3.8. Matriz de Análise e Julgamento e Parâmetros de Avaliação

A construção da matriz de análise e julgamento foi elaborada através de consenso entre a equipe de avaliadores. Considerou na sua construção a mesma lógica da Matriz de Relevância. Estabeleceram-se critérios, fontes de informação, indicadores e parâmetros para a avaliação.

Segundo SAMICO et al.; esses quesitos é que permitirão não apenas descrever o programa, como também o julgamento do objeto da avaliação (SAMICO et al., 2010).

Na matriz de análise e Julgamento foram utilizados os seguintes componentes: Qualificação Técnica, Prevenção e Detecção Precoce, Diagnóstico, Tratamento, Sistema de Informação, Vigilância em Saúde e Monitoramento e Avaliação (Quadro 5).

Cada Componente possui uma pontuação máxima esperada diferenciada, variando entre 45 pontos e 100 pontos. A pontuação máxima esperada para a somatória de todos os componentes totaliza 462 pontos (Quadro 6).

O Programa de Controle de Câncer de Mama será considerado implantado se apresentar um percentual $> 75\%$, parcialmente implantado de 50- 75%, Incipiente de 25-49% e não implantado $< 25\%$. Os pontos de corte serão utilizados para definir o Grau de Implantação da Intervenção conforme descrito no Quadro 7. Esta métrica foi baseada nos estudos de COSENDEY et al.(2003).

Quadro 5 - Matriz de Análise e Julgamento.

	CRITÉRIOS (PARAMETROS/PONTUAÇÃO)	FONTE DE INFORMAÇÃO	INDICADORES /COMENTÁRIOS	PE	PA
COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	Percentual de Profissionais Capacitados para orientação, educação e conscientização da realização do autoexame mamário. (8 pts) - Possui de 75 a 100% Técnicos capacitados para orientar as Mulheres quanto à realização do auto-exame de mamas = 08 pontos. - Possui de 49 a 74% Técnicos capacitados para orientar as Mulheres quanto à realização do auto-exame de mamas = 05 pontos. - Possui de 23 a 48% Técnicos capacitados para orientar as Mulheres quanto à realização do auto-exame de mamas = 02 pontos. - Possui de 0 a 22% Técnicos capacitados para orientar as Mulheres quanto à realização do auto-exame de mamas = 0 pontos.	- Entrevista com profissionais da saúde.	- Nº de Profissionais capacitados para orientar quanto ao autoexame de mamas./Nº total de Profissionais X 100.	08	
	Percentual de Agentes Comunitários de Saúde – ACS capacitados para realizarem busca das usuárias para realizarem o Exame Clínico das Mamas- ECM. (10 pts) -Têm de 75 a 100% Agentes Comunitários de Saúde- ACS capacitados para captação de Mulheres=10 pontos. -Têm de 49% a 74% Agentes Comunitários de Saúde- ACS capacitados para captação de Mulheres=5 pontos. - Têm de 23% a 48% Agentes Comunitários de Saúde- ACS capacitados para captação de Mulheres=3 pontos. - Têm de 0% a 22% Agentes Comunitários de Saúde- ACS capacitados para captação de Mulheres=0 pontos.	- Entrevista com profissionais da saúde.	- Nº de Agentes Comunitários de Saúde- ACS capacitados para busca de mulheres para realizar ECM./ Nº total de ACS X 100.	10	
	Existência de Programa de Qualificação Técnica Permanente (5pts) - SIM =05 pontos - NÃO = 0 pontos	- Entrevista com profissionais de saúde e Entrevistas com usuárias	- Existência de Qualificação Técnica realizada no Serviço.	05	
	Realização Anual de Oficinas/Cursos sobre CA de Mama (8pts) -Realização de 2 ou + Cursos e Oficinas sobre CA de mama = 08 pontos. -Realização de 1 Curso e 1 Oficina sobre CA de mama = 2 pontos. -Realização de 1 Curso e 0 Oficina sobre CA de mama = 1 ponto. - Realização de 0 Curso e 1 Oficina sobre CA de mama = 1 ponto. - Realização de 0 Curso e 0 Oficina sobre CA de mama = 0 ponto.	- Entrevista com profissionais da saúde e Entrevistas com usuárias	- Nº de Cursos e Oficinas realizadas sobre CA de mama.	08	
	Percentual de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária. (10pts) - 85 a 90% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária= = 10 pontos - 84 a 69% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária = 04 pontos - 68 a 53% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária= = 03 pontos - 52 a 37% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária= = 02 ponto - 36 a 21 % de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária= 1 ponto - < 21% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção primária= = 0 ponto	- Entrevista com profissionais da saúde	- Nº de profissionais capacitados na atenção primária sobre rastreamento / Nº total de Profissionais X 100.	10	

Quadro 5 - Matriz de Análise e Julgamento (continuação)

	CRITÉRIOS (PARAMETROS/PONTUAÇÃO)	FONTE DE INFORMAÇÃO	INDICADORES /COMENTÁRIOS	PE	PA
COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	Percentual de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária (8pts) - 85 a 100% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária =8 pontos - 84 a 69% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária = 6 pontos - 68 a 53% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária = 4 pontos. - 52 a 37% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária = 2 pontos - 36 a 21% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária = 1 ponto - < 21% de Profissionais capacitados para rastreamento do CA de mama na atenção secundária e terciária = 0 pontos	- Entrevista com profissionais da saúde	- Nº de profissionais capacitados na atenção secundária sobre rastreamento/ Nº total de Profissionais X 100.	08	
	Percentual de Profissionais da Coordenação do Programa Estadual de Controle de CA de Mama capacitado pelo Ministério da Saúde (8pts) - 100% dos Profissionais da Coordenação Estadual do Programa de Controle de CA capacitados 1 ou + vezes/ano pelo Ministério da Saúde =08 pontos - 99 a 79% dos Profissionais da Coordenação Estadual do Programa de Controle de CA capacitados 1 ou + vezes/ano pelo Ministério da Saúde =5 pontos - 78 a 58% dos Profissionais da Coordenação Estadual do Programa de Controle de CA capacitados 1 ou + vezes/ano pelo Ministério da Saúde =2 pontos - 57% a 37% dos Profissionais da Coordenação Estadual do Programa de Controle de CA capacitados 1 ou + vezes/ano pelo Ministério da Saúde =1 ponto. - < 36% dos Profissionais da Coordenação Estadual do Programa de Controle de CA capacitados 1 ou + vezes/ano pelo Ministério da Saúde =0 pontos.	- Entrevista com profissionais da saúde	Nº de profissionais da SES/Programa Estadual de Controle de CA de mama capacitados pelo Ministério da Saúde. / Nº total de Profissionais da SES/Programa Estadual de controle de CA de mama X 100	08	
	COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA		Sub Total	57	
COMPONENTE: PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE	Número de atividades educativas realizadas referentes ao CA de mama (15pts) - Realiza 03 (Três) ou mais atividades educativa mensal sobre CA de mama=15 pontos - Realiza 02 (Duas) atividades educativa mensal sobre CA de mama= 10 pontos - Realiza 01 (uma) atividade educativa mensal sobre CA de mama=04 pontos -Não Realiza atividade educativa mensal sobre CA de mama= 0 ponto.	-Entrevista com profissionais da saúde -e Entrevistas com usuárias	Nº de atividades educativas realizadas referentes ao CA de mama por mês	15	
	Percentual de Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realizam mamografias a cada 2 anos (30pts) - 100% das Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame Clínico de mamas- 01 ECM anualmente = 30 pontos. - 99 a 79% das Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame Clínico de mamas- 01 ECM anualmente = 20 pontos. - 78 a 58% das Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame Clínico de mamas- 01 ECM anualmente =10 pontos. -57 a 37% das Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame Clínico de mamas- 01 ECM anualmente = 05 pontos. - 36 a 16% das Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame Clínico de mamas- 01 ECM anualmente = 5 pontos. - > 16% das Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame Clínico de mamas- 01 ECM anualmente = 0 pontos.	- SISCAN OU SISMAMA	- Nº de Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realiza Exame clinico de mama. - ECM anualmente / Nº total de Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos X 100.	30	
	COMPONENTE: PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE		Sub Total	45	

Quadro 5 - Matriz de Análise e Julgamento (continuação)

	CRITÉRIOS (PARAMETROS/PONTUAÇÃO)	FONTE DE INFORMAÇÃO	INDICADORES /COMENTÁRIOS	PE	PA
COMPONENTE: DIAGNÓSTICO	Percentual de Exames de Mamografias realizadas (20pts) - Possui 60% ou mais de cobertura de exames de mamografia realizadas= 20 pontos. - Possui de 59 a 39% de cobertura de exames de mamografia realizadas= 10 pontos. - Possui de 38 a 18% de cobertura de exames de mamografia realizadas=05 pontos. - Possui <18% de cobertura de exames de mamografia realizadas= 0 pontos.	-SISCAN OU SISMAMA	- Nº de exames de mamografia realizadas -Percentual de mamografia diagnósticas positivas: <u>Nº de mamografias diagnósticas BI-RADS 4,5x100</u> <u>Total de mamografias diagnósticas</u>	20	
	Tempo utilizado entre a realização do exame e a entrega do resultado (20pts) Tempo utilizado entre a realização do exame (Mamografia de rastreamento) e a entrega do resultado de 0 a 10 dias = 20 pontos. - Tempo utilizado entre a realização do exame (Mamografia de rastreamento) e a entrega do resultado de 11 a 20 dias = 10 pontos. - Tempo utilizado entre a realização do exame (Mamografia de rastreamento) e a entrega do resultado de 21 a 30 dias = 05 pontos. -- Tempo utilizado entre a realização do exame (Mamografia de rastreamento) e a entrega do resultado >30 dias = 0 pontos.	- Entrevista com os profissionais. - Entrevista com os usuários. - SISCAN ou SISCOLO. - Registro no Livro de entrega de resultados.	- Intervalo de tempo utilizado para realização e na entrega do resultado de exame.	20	
	Aquisição de equipamentos necessários para a realização tanto do rastreamento como diagnóstico do CA de mama (10pts) - Todos os Equipamentos (mamógrafos, processadora, pistola para punção computador, impressora) Necessários e Adquiridos para diagnóstico de CA de mama? (Sim = 10 pontos; Não = 0 pontos)	- SISCAN ou SISMAMA - SCNES	- Nº e tipo de Equipamentos cadastrados no SCNES	10	
	Percentual de Mulheres com lesões mamária (malignas) encaminhadas para o devido tratamento (10pts) --Mulheres encaminhadas adequadamente para o devido tratamento? (Sim = 10 pontos; Não = 0 ponto)	- SISCAN ou SISMAMA - SCNES	Número de mulheres com lesões mamárias malignas encaminhadas para tratamento X100	10	
	Percentual de Mulheres de 50 a 69 anos que realizaram procedimento de punção aspirativa por agulha fina – PAAF (5pts) - 0,5% ou mais da população alvo = 05pontos - < 0,5% da população alvo. = 0 pontos	- SISCAN ou SISMAMA - SCNES	Número de mulheres que realizaram procedimento de punção aspirativa por agulha fina– PAAF/ população alvo X100	05	
	Percentual de Mulheres de 50 a 69 que realizaram procedimento de punção aspirativa por agulha grossa – PAG (5pts) - 0,7% da população alvo = 05 pontos - < 0,7% da população alvo= 0 pontos	- Tabela de Procedimentos unificada SUS; - SISCAN ou SISMAMA	Número de mulheres que realizaram procedimento de punção aspirativa por agulha fina – PAAF/população alvo X 100	05	
	COMPONENTE: DIAGNÓSTICO		Sub Total	70	

Quadro 5 - Matriz de Análise e Julgamento (continuação)

	CRITÉRIOS (PARAMETROS/PONTUAÇÃO)	FONTE DE INFORMAÇÃO	INDICADORES /COMENTÁRIOS	PE	PA
COMPONENTE: TRATAMENTO	Percentual de mulheres com CA de mama tratadas (20pts) - 75 a 100% de mulheres com CA de mama tratadas adequadamente = 20 pontos - 74 a 49% de mulheres com CA de mama tratadas adequadamente = 10 pontos - 48 a 23% de mulheres com CA de mama tratadas adequadamente = 03 pontos - < 23% de mulheres com CA de mama tratadas adequadamente = 0 pontos	- SISCAN ou SISMAMA - Entrevistas com usuárias	Número de Mulheres com CA de mama tratadas X 100	20	
	Percentual de Mulheres com tratamento de Quimioterapia (20pts) -75 a 100% de mulheres com CA de mama Tratadas com Quimioterapia = 20 pontos -74 a 49% de mulheres com CA de mama tratadas com Quimioterapia = 10 pontos -48 a 23% de mulheres com CA de mama tratadas com Quimioterapia = 03 pontos - < 23% de mulheres com CA de mama tratadas com Quimioterapia = 0 pontos	- SISCAN ou SISMAMA - Entrevistas com usuárias	Número de Mulheres com CA de mama com tratamento de Quimioterapia X 100	20	
	Percentual de Mulheres com tratamento de Radioterapia (20pts) - 75 a 100% mulheres com CA de mama com Tratamento de Radioterapia = 20 pontos 74 a 49% mulheres com CA de mama com Tratamento de Radioterapia = 10 pontos - 48 a 23% de mulheres com CA de mama com Tratamento de Radioterapia = 04 pontos - < 23% de mulheres com CA de mama com Tratamento de Radioterapia = 0 pontos.	- SISCAN ou SISMAMA - Entrevistas com usuárias	Número de Mulheres com tratamento de Radioterapia / X 100	20	
	COMPONENTE: TRATAMENTO		Sub Total	60	
COMPONENTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO	Percentual de Escritórios Regionais de Saúde capacitados e com implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN (30pts) - 100% dos Escritórios Regionais de Saúde capacitados e com implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN= 30 pontos (16 Escritórios Regionais de Saúde) - 100% dos Escritórios Regionais de Saúde capacitados e sem implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN= 20 pontos - 50% dos Escritórios Regionais de Saúde capacitados e com implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN= 10 pontos -50% dos Escritórios Regionais de Saúde capacitados e sem implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN= 07 pontos. - < 50% dos Escritórios Regionais de Saúde capacitados e com implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN=3 pontos. - < 50% dos Escritórios Regionais de Saúde capacitados e sem implantação do Sistema de Informação de CA – SISCAN=0 pontos.	- SISCAN -Arquivo da Coordenação do Programa Estadual	-Número de Escritórios regionais de Saúde capacitados e com implantação do SISCAN / Número total de Escritórios regionais de Saúde X 100	30	
	Manter atualizados regularmente os sistemas de informação vigentes especialmente o Sistema de Informação de CA - SISCAN e o Registro Hospitalar de CA- RHC (30 pts) -Os sistemas de informação vigentes especialmente o Sistema de Informação de CA -SISCAN devem estar atualizados de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde? (SIM =30 pontos; NÃO= 0 pontos)	-Banco do SISCAN atualizados – Coordenação Estadual	- Banco Estadual atualizado com as devidas informações.	30	
	COMPONENTE: SISTEMA DE INFORMAÇÃO		Sub Total	60	

Quadro 5 - Matriz de Análise e Julgamento (continuação)

	CRITÉRIOS (PARAMETROS/PONTUAÇÃO)	FONTE DE INFORMAÇÃO	INDICADORES /COMENTÁRIOS	PE	PA
COMPONENTE: VIGILANCIA EM SAÚDE	Manter atualizados regularmente os sistemas de informação vigentes especialmente o Registro Hospitalar de CA- RHC, e o Registro de Base Populacional – RBP (40pts) - 100% dos s sistemas de informação vigentes especialmente o Registro Hospitalar de CA- RHC, e o Registro de Base Populacional – RBP devem estar atualizados.(2 anos anteriores ao ano calendário). Estão atualizados? (SIM= 40 pontos; Não = 0 pontos)	-Banco do SISCAN atualizados – Coordenação Estadual	- Banco do SISCAN atualizados com 2 anos anteriores ao calendário.	40	
	Percentual das Unidades com RHC e RBP Implantados (30pts) - 75 a 100% dos serviços cadastrados e habilitados devem estar com o Registro Hospitalar de CA- RHC, e o Registro de Base Populacional – RBP implantados= 30 pontos. - 74 a 49% dos serviços cadastrados e habilitados com o Registro Hospitalar de CA- RHC, e o Registro de Base Populacional – RBP implantados= 20 pontos. -48% a 23% dos serviços cadastrados e habilitados com o Registro Hospitalar de CA- RHC, e o Registro de Base Populacional – RBP implantados= 10 pontos. - <23% dos serviços cadastrados e habilitados sem Registro Hospitalar de CA- RHC, e o Registro de Base Populacional – RBP implantados= 0 pontos.	SISMAMA Coordenação Municipal -SISMAMA Coordenação Estadual	-Número de Unidades com RHC e RBP Implantados / total de unidades X 100.	30	
	COMPONENTE: VIGILANCIA EM SAÚDE			Sub Total	70
COMPONENTE: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Existência de instrumentos de monitoramento e avaliação do Programa de CA de Mama (40 pts) - Sim = 40 pontos - Não = 0 pontos	-Coordenadoria de Programação, Controle e Avaliação/ SES/MT	- Numero de ações de monitoramento e avaliação referentes ao Programa de controle de CA de mama	40	
	Existência de Rotinas de Trabalho de monitoramento e avaliação referentes ao Programa de CA de Mama (30 pts) - Sim = 30 pontos - Não = 0 pontos.	- Portaria Estadual - Regimento Interno da Coordenadoria de Programação, Controle e Avaliação -Plano de Ação Estadual do Programa de controle de CA de mama	- Numero de ações previstas para o Programa de Controle e Avaliação referente ao monitoramento e avaliação.	30	
	Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento (30 pts) - Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento (SISPACTO- Indicador 19) com meta> ou = a 0,12 = 30 pontos Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento (SISPACTO- Indicador 19) com meta< 0,12 = 0 pontos	Utilizar fórmula proposta no SISPACTO (Indicador 19) -SISCAN OU SISMAMA -Instituto Brasileiro da Geografia e Estatística-IBGE - Tabela de Procedimentos Unificada SAI e SIH-SUS	- Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	30	
	COMPONENTE: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO			Sub Total	100
TOTAL				462	

PE: Pontuação esperada; PA: Pontuação Atribuída

Quadro 6 – Pontuação Máxima Esperada.

COMPONENTE	Pontuação Máxima Esperada
QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	57
PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE	45
DIAGNÓSTICO	70
TRATAMENTO	60
SISTEMA DE INFORMAÇÃO	60
VIGILANCIA EM SAÚDE	70
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	100
TOTAL	462

Quadro 7 – Parâmetros Para o Grau de Implantação.

PERCENTUAL	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
>75%	IMPLANTADO
50- 75%	PARCIALMENTE IMPLANTADO
25- 49%	INCIPIENTE
< 25%	NÃO IMPLANTADO

3.9. Matriz do Grau de Implantação da Intervenção

Na Matriz do Grau de Implantação (quadro 8) é que será observada a pontuação de cada componente avaliado na Matriz de Análise e Julgamento. Portanto é nesta matriz que identificará o Grau de implantação de acordo com o ponto de corte utilizado. Os pontos de Cortes utilizados para definir o grau de implantação utilizaram os parâmetros para o Grau de Implantação já demonstrado no Quadro 7.

Quadro 8 – Matriz do Grau de Implantação da Intervenção.

COMPONENTES	PONTUAÇÃO		% GRAU DE IMPLANTAÇÃO	GRAU DE IMPLANTAÇÃO
	POSSÍVEL	OBSERVADA		
Qualificação Técnica	57			
Prevenção e Detecção Precoce	45			
Diagnóstico	70			
Tratamento	60			
Sistema de Informação	60			
Vigilância em Saúde	70			
Monitoramento e Avaliação	100			
Grau de Implantação				

3.10. Considerações Éticas e Divulgação dos Resultados

Esta pesquisa será submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa e deverá seguir rigorosamente a Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, que foi instituída no País, e que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive com a submissão.

Serão levados em consideração nesta pesquisa sempre o respeito e a dignidade humana. Respeitando os valores morais, religiosos, culturais, sociais e éticos.

Serão garantidos a privacidade e sigilo dos participantes durante todas as etapas da pesquisa. Os participantes terão direito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual terão conhecimento completo da pesquisa; ou seja, os objetivos, a metodologia utilizada, os benefícios, os riscos, etc. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado de forma clara, com facilidade de entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar. Os participantes terão plena liberdade quanto à participação ou retirada do consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem que haja penalização ou ameaças por parte do pesquisador.

A divulgação dos resultados será realizada por diversos meios de comunicação, através da elaboração de Relatório Final, apresentação em data show: aos profissionais das diversas áreas da Secretaria de Estado de Saúde; ao Conselho Estadual de Saúde – CES; ao Conselho Municipais de Saúde – COSEMS; Reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB estadual; e divulgação através do site “Rede de Monitoramento e avaliação – RMCA”, que será um ótimo meio para divulgar o trabalho em outros Estados. Pretende-se também divulgar os resultados através de seminários, conferências e oficinas, de modo a promover maior interação e debates com objetivo de propor melhorias no Programa de Controle de Câncer de Mama.

4. REFERENCIAS

ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, volume 43 n. 4, Outubro/Dezembro de 1997.

BARRETO, B.S.A.; MENDES, M. F. M.; THULER. S.C. **Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia volume 34 nº 2. Rio de Janeiro Feb. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, [home Page da internet] **Comunicação e Informação, INCA, 2011** [acesso em 29 de Junho 2014]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 29 de junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, [home Page da internet] **Controle do Câncer de Mama, INCA, 2012**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/contr> Acesso em: 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 1220 de 03 de Junho de 2014. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/legislacao>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 3394 de 30 de Dezembro de 2013. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/legislacao>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, **Portaria nº, 1220/2007**: inclui nas Tabelas de Serviços e de Classificação do SIA/SUS, o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental. Disponível em <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=321>>. Acessado em 24 de junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: **bases da ação programática**. Brasília, Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Portaria nº 2.439, 8 de dezembro de 2005**. Disponível em: <www.saude.gov.br, > Acessado em 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Portaria nº 252, de 19 de Fevereiro de 2013**. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/legislacao>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, **Portaria nº, 874 de 16 de Maio de 2013**. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/legislacao>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Manual de Rotinas e procedimentos para Registros de Câncer de base Populacional**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: INCA. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Manual do Sistema de Informação Câncer no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia – Volume 47. N. 4. Outubro /Novembro/ Dezembro. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Registro Hospitalar de Câncer no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia – Volume 47. N. 4. Outubro /Novembro/ Dezembro. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. **Controle do Câncer de mama – Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; INCA, abril 2004. Disponível em: <www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. Acesso em: 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Implantando o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Implantando o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Portaria n 779/SAS, 31 de dezembro de 2008**. Diário Oficial da União (DOU) de 02 de janeiro de 2009. Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/>>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. **Controle de Câncer de Mama- Fatores de Risco**. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/fatores_risco. Acesso em 28/06/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. **Controle [de Câncer de Mama-]. Detecção Precoce**. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce. Acesso em 28/06/2014

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Implantando o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro, 2000.

CHAMPAGNE, F.; et al. **L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods**. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. L'évaluation: concepts et methods. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2009.

CONSENDEY, M.A. & HARTZ, Z.M.A. & BERMUDEZ, J.A.Z. Validation of a tool for assessing quality of pharmaceutical services. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.395-406, mar./abr.2003. Texto do curso de Especialização em Avaliação em Saúde – Educação à Distância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/EAD. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos

conceituais a prática na análise da implantação de programas. 20 ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, cap.2, 1997.

COSTA, V.H.M.V.; et al. **Programa Nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal**. Revista Baiana Saúde Pública Miolo. v.34, n.3. Julho./Setembro de 2010.

CRUZ, M. & MOREIRA, E. **Utilizando a categoria Acesso para medir o Grau de Implementação do Programa**. Texto do Curso de Especialização em Avaliação em Saúde – Educação à Distância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/EAD. 2014.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arcives of Pathology and laboratory Medicine, 1990.

HARTZ, Z.M.A.; et al. **Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais**. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa 2014**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

MATO GROSSO (MT). Governo do Estado. Lei nº 8461. **Estabelece diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle de Câncer no Estado de Mato Grosso**. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, nº 8461/2006, Cuiabá, MT. 10 de Março de 2000.

MATO GROSSO, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES/MT). Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº 065/2012, 03 Abril de 2012**. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/cib/resolucao/_rescib.doc>. Acesso em 29 de Junho de 2014.

MCLAUGHLIN, J.A.; Jordan, G.B. **Logic models: A tool for telling your program's performance story**. Evaluation and Program Planning. v. 22, n.1, 1999.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed., São Paulo: Hucitec/ Abrasco,1993.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. **Mortalidade, 2002/2012**. Disponível em <www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxopcao.htm>. Acesso em 01 de Julho.2014.

ROWAN, M.S. **Logic models in primary care reform: Navigating the evaluation.** Canadian Journal of Program Evaluation, 15(2), 2000.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa.** In Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde, Petrópolis, ed. Vozes, 2004.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde.** *Ciência & saúde coletiva* [online].2012,vol.17,n.4,ISSN1413-123.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-1232012000400002>.

UCHIMURA, K.Y. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde.** Cad Saúde Pública.2002.

VARGAS, Adelma. **A Rede de Atenção à Saúde da Mulher com câncer de mama na Microrregião Baixada Cuiabana.**2010. p. Monografia – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2010.