

Avaliação da qualidade do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

Quality assessment of the National Program for Control of Breast Cancer

Evaluación de la calidad del Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama

Évaluation de la qualité du Programme National de Lutte Contre le Cancer du Sein

*Ilmara Kely Pereira Rêgo**
*Inez Sampaio Nery***

Resumo: Objetiva-se destacar os principais elementos da avaliação de qualidade do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama disposto a mulheres em busca de assistência oncológica. Trata-se de uma revisão de literatura acerca das ações políticas que resultaram na organização das Redes de Atenção Oncológica no país, com ampliação da prevenção e diagnóstico precoce da doença. Para tanto, as políticas de saúde em oncologia priorizam o acesso aos serviços oncológicos no controle da doença, estabelecendo critérios de qualidade da assistência resultantes da Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO, redimensionando as estratégias de apoio ao combate e controle do câncer de mama.

Palavras-chave: avaliação da qualidade, câncer de mama, assistência oncológica.

Abstract: The objective of the present article is to highlight the key elements of quality assessment of the National Program for Control of Breast Cancer provided to women seeking cancer care. This is a literature review of policy actions that resulted in the organization of Oncology Care Network in the country, with the expansion of prevention and early diagnosis. Health policies on oncology prioritize access to cancer services so as to control the disease, establishing criteria for quality of care provided by the National Program for Control of Breast Cancer - PNAO (Programa Nacional de Atenção Oncológica), resizing support strategies to combat and control breast cancer.

Keywords: quality assessment, breast cancer, cancer care.

* Psicóloga, Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: ilmarakeli@gmail.com

** Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI. E-mail: inezneryufpi@gmail.com

Introdução Dentro das políticas públicas, a avaliação representa uma forma essencial de examinar programas distribuídos em ações governamentais e sociais, envolvendo a consignação de um pensamento ou juízo de valor ao objeto em questão (Barreira, 2000). No início, as avaliações em saúde priorizavam não o processo avaliativo em si, mas a implementação dos serviços de bem-estar. Posteriormente, o artifício valorativo em saúde consistiu em ser “tradicionalmente realizada através da coleta sistemática de dados quantitativos (...)” (Barreira, 2000, p. 57). Diferentes tipos de avaliação que podem ser aplicados em diversos campos de estratégias políticas, incluindo a saúde (Barreira, 2000).

Neste sentido, a Constituição de 1988 dimensionou as responsabilidades institucionais dos estabelecimentos que integram o espaço de bem-estar nas esferas federais, estaduais e municipais, agregando a importância de ações e serviços genuinamente públicos em instituições de saúde. Coube ao poder público se basear nas instâncias da lei sobre a “regulamentação, fiscalização e controle” da prestação de serviços de bem-estar biopsicossocial. Para garantir a aplicação de medidas governamentais, a constituição elenca a presença de terceiros, sejam pessoas físicas ou jurídicas, na garantia de direitos à saúde através da descentralização geral, atendimento integral aos usuários e participação popular da comunidade (Brasil, 1990).

Na avaliação em saúde, os estudos iniciais tiveram um enfoque quantitativo para descrever o funcionamento do sistema de planos e programas em saúde. Considerando

que uma avaliação global não se limita aos dados matemáticos, os aspectos qualitativos foram considerados no contexto da avaliação, com a finalidade de uma amplitude social das ações e estratégias políticas (Barreira, 2000). Sobretudo, a instância de atenção em saúde possui sistemas que realizam monitoramento para o SUS, verificando o alcance dos programas com a intervenção do Estado, preconizando também a avaliação das medidas sobre o bem-estar público (Brasil, 2004).

Enquanto as premissas em saúde foram sistematizadas na década de oitenta, com a Constituição de 1988; as políticas em oncologia surgiram apenas em 1999, visto que não havia um registro formalizado dos serviços especializados em câncer, tampouco critérios para credenciamento de Redes de Atenção Oncológica vinculadas ao SUS. A política possui a missão de estabelecer uma gestão descentralizada, em um contexto de articulação com as esferas públicas e privadas. E precisa, ainda, elencar um atendimento integral aos pacientes nas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON’s e Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON’s, que representam uma quantidade inferior à demanda vigente (Brasil, 2005).

Posteriormente, em 2005, surgiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO, que visa uma articulação do Ministério da Saúde com as Secretarias dos Municípios nas regiões do país; propõe a promoção da saúde, a expansão dos níveis primário, secundário e terciário da assistência, os parâmetros para a cobertura de mamografias e a criação de Redes Estaduais e Municipais de Atenção Oncológica. Como finalidade avaliativa, procura recolher, organizar e analisar dados

sobre os efeitos das ações decorrentes da proposta política, considerando os planos de combate e/ou controle do câncer e a vigilância epidemiológica sobre o índice de mortalidade e morbidade da doença (Brasil, 2005).

Este artigo objetiva discutir os principais aspectos sobre a avaliação de qualidade do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama destinado às usuárias com necessidade de assistência oncológica. Desta forma, propõe uma revisão de literatura acerca do assunto, considerando os aspectos teórico-metodológicos envolvidos no procedimento avaliativo; buscando fornecer, ainda, um panorama da assistência oncológica no país, além dos elementos para o desenvolvimento da avaliação da qualidade em cancerologia, percursos e dificuldades. Destaca-se também a importância do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, baseado em estatísticas e estimativas de mortalidade e morbidade em mulheres com câncer de mama no Brasil.

Políticas em Oncologia: premissas para avaliação

A partir da necessidade da organização e regulação dos serviços oncológicos foi criada uma Política Nacional de Atenção em Oncologia, que busca a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de portadores de neoplasia maligna. Sobretudo, cabe ressaltar a articulação conjunta entre unidades federais e secretarias estaduais e municipais com as unidades e centros de alta complexidade em oncologia, conforme

as características de cada região brasileira. A própria política prevê custos para a oferta de serviços de qualidade em atenção oncológica aos portadores de câncer, elencando “parâmetros para o planejamento e aprimoramento dos regulamentos técnicos de gestão em relação à atenção oncológica no país” (Brasil, 2005, p. 2).

Como parte das ações governamentais, a atenção oncológica se desdobra em atenção de básica, média ou alta complexidade e unidades/centros de referência em oncologia, incluindo um plano de combate e controle do câncer de mama (Brasil, 2005). A realidade de casos de mortalidade e morbidade de câncer no país incentivou a articulação do Ministério da Saúde – MS e do Instituto Nacional do Câncer – INCA, visto que “o desenvolvimento econômico e o rápido desenvolvimento tecnológico geraram sérias desigualdades sociais, intensificando o contraste entre a crescente riqueza das nações mais desenvolvidas (...)” (Barreira, 2000, p. 20). Qualquer que seja a política pública, Silva (2008) revela que esta expressa a maneira de intervenção da mesma na sociedade.

Países em desenvolvimento carregam as consequências da falta de igualdade e ficam mais susceptíveis às estatísticas de mortalidade e morbidade comparadas aos territórios desenvolvidos. Neste caso, “pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras de desigualdade (...) expressando as relações vigentes na sociedade” (Yazbek, 2001, p. 34). Certos tipos de neoplasia maligna são encontrados em nações em crescimento, ao contrário do

que ocorre em países desenvolvidos, que possuem ações de prevenção e detecção precoces estabelecidas (Brasil, 2010a).

Diante do fato, o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG estabeleceu uma parceria junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, com a finalidade de levantar dados sobre a população, de acordo com os Censos feitos recentemente. Para organizar estimativas segundo a fidedignidade das informações, foram realizados cálculos na amostra de projeção populacional, ou seja, o conjunto numérico de pessoas foi convertido em números matemáticos. Em seguida, as informações ficaram dissociadas na obtenção de elementos acerca da população relativa a ambos os sexos, através da distribuição proporcional do sexo dos indivíduos espalhados nas regiões brasileiras (Brasil, 2009).

As estimativas em câncer no Brasil válidas para o ano de 2010 e 2011 traçam a ocorrência de 489.270 casos da doença. Calcula-se 236.240 ocorrências recentes em homens e 253.030 mulheres em todo território nacional. Vale destacar que o câncer de pele atingirá 114 mil pessoas, apresentando uma incidência elevada no Brasil. Aproximadamente, 52 mil casos de neoplasia de próstata e 28 mil de pulmão serão diagnosticados em pessoas do sexo masculino e 49 mil casos de câncer de mama e 28 mil de colo de útero estarão confirmados para o sexo feminino (BRASIL, 2009). Cerca de 350 casos de neoplasia maligna mamária no território piauiense. “As regiões sul e sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões norte e nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região centro-

oeste apresentam um padrão intermediário” (Brasil, 2009, p. 24).

Conforme as estimativas, o câncer de mama apresenta uma maior mortalidade e morbidade em mulheres, o que suscita a necessidade de atenção sobre um problema de saúde pública. Os fatores de risco se relacionam com as condições de vida e expectativas socioeconômicas da população feminina. Observa-se a dificuldade de sistematizar as propostas políticas de atenção em oncologia aos contingentes sociais, inclusive para a avaliação dos serviços disponibilizados contra a doença, tais como “tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico e diversos exames complementares, além da grande pressão por incorporação de novas tecnologias e, sobretudo, do desconhecimento da qualidade dos serviços prestados” (Brito, 2004, p. 1).

Ao tratar da avaliação em oncologia, as informações significativas geradas da tríade: usuárias, profissionais de saúde e gestores na rede oncológica esquematizam o funcionamento dos serviços de saúde em cancerologia, visto que a “própria oferta de serviços que, a exemplo daqueles que compõem a assistência oncológica, pecam pela dificuldade de acesso, pulverização da oferta e concentração de interesse na prestação daqueles de alta complexidade” (Kligerman, 2002, p. 481). Ocorre a pressão com o objetivo de credenciar novos serviços que, nem sempre, apresentam condições mínimas para prestação de atendimento satisfatório para portadoras de câncer (Brasil, 2004a; Brasil, 2010; Brasil, 2010a).

Com o planejamento e controle da assistência oncológica, a gestão em saúde terá subsídios para instalar e/ou reestruturar Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção

Oncológica pelo Brasil. Garantir o processo avaliativo dos serviços públicos e privados nos níveis de atenção em câncer, exigir a manutenção da assistência oncológica, que integra as ações de controle do câncer, com o propósito de sustentar “a regulamentação técnico-gerencial e a descentralização progressiva que iniciaram as diretrizes para o mapeamento da oferta e demanda pela prestação desses serviços, com o consequente aumento do aporte financeiro” (Kligerman, 2002, p. 482).

Assistência Oncológica no Brasil: um panorama de avaliação

A avaliação da assistência oncológica no Brasil é realizada pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, uma instância técnica do Ministério da Saúde – MS, com o intuito de identificar melhorias da qualidade dos serviços oncológicos prestados pelo SUS. Conforme as estimativas de casos de neoplasia maligna, o INCA começou a estruturação dos centros em cancerologia, porém ainda insuficiente para atender a demanda nacional de casos de câncer. E, em conjunto com a Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade – CSAC, realiza o credenciamento de serviços oncológicos pelo SUS, mediante uma verificação da estrutura interna do centro ou unidade (Brasil, 2009b).

Como unidade vinculada ao governo federal, o instituto “participa da avaliação da prestação propriamente dita dos serviços oncológicos oferecidos nas unidades cadastradas, quando solicitados pareceres técnicos pelos gestores estaduais ou municipais do SUS” (Brasil, 2009b, p. 53). No

interior da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, situado no Ministério da Saúde, o INCA “amplia a assistência de alta complexidade e de alto custo, organizando o fluxo e encaminhando os doentes que necessitam dessa assistência, por residirem em estados onde ela é insuficiente ou ainda inexistente” (Brasil, 2009b, p. 53). Neste sentido, visa reduzir a desigualdade regional de acesso da população aos serviços em oncologia e atendimento integral aos portadores de câncer, incluindo mulheres com câncer de mama (Brasil, 2009b). Kligerman (2002) aponta também que a falta de igualdade na busca pelo serviço prejudica as usuárias nos vários níveis de atenção à saúde, pois interfere na progressão da qualidade de vida.

De acordo com a proposta de desenvolvimento de ações e políticas de combate e/ou controle de neoplasia maligna, o INCA abrange informações dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP, com o objetivo de coleta e análise de dados sobre a incidência da enfermidade (Brasil, 2009). Apesar da maioria das capitais disponibilizarem este Registro, que preconiza inquéritos populacionais e estudos epidemiológicos, certos Estados da federação não apresentam estas informações, a exemplo do Piauí (Brasil, 2009), dificultando a manutenção de dados sobre câncer em níveis populacionais e hospitalares pelo centro de alta complexidade para repasse ao instituto.

Em localidades que apresentam RCBP é aplicado um método de estimativa de casos de neoplasia maligna, verificando-se a “taxa de incidência de câncer para uma determinada região, multiplicando-se a taxa observada de mortalidade da região

pela razão entre os valores de incidência e mortalidade da localidade (...)” (Brasil, 2009, p. 25). Após análise de dados, com base na incidência/mortalidade (I/M), as informações do total de óbitos por câncer são geradas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Desta forma, as “informações oriundas dos RCBP permitem o direcionamento efetivo”, nos Estados e em perfis populacionais estabelecidos, além da expansão de planos de atenção primária, secundária e terciária em saúde (Brasil, 2009).

Anteriormente, “os estudos mais frequentes se restringiam a medir o alcance das metas estabelecidas e da determinação significativa dos meios aos objetivos do programa” (Barreira, 2000, p. 26). No entanto, a avaliação é um elemento integrante da ação de políticas públicas, desde a problemática inicial até a implementação final do plano de análise de mudanças ocorridas na população para o respectivo processo avaliativo. Neste sentido, torna-se essencial focar os objetivos do julgamento de valor, critérios de execução e formas analíticas que sejam referência tanto aos gestores, quanto aos executores públicos (Carvalho, 2003).

Entretanto, para avaliação da assistência oncológica é preciso organizar as unidades de cancerologia, a infraestrutura estática referente às instalações e equipamentos e a estrutura dinâmica relativa à equipe de funcionários e profissionais (Kligerman, 2002). Cabe “garantir o financiamento para o necessário aumento da produção e avançar nos mecanismos de autorização, controle e avaliação dos procedimentos oncológicos” (Gadelha, 2002, p. 542). A autora defende a meta como maneira de obter informações condizentes com a realidade e, também,

para “começar a elaborar um modelo para a avaliação qualitativa dos serviços oncológicos prestados” (Gadelha, 2002, p. 542).

Como e a que tipo de serviço se tem acesso, são questionamentos que destacam o papel da qualidade na avaliação de programas nos recursos, controle e papel do Estado e sociedade no processo avaliativo (Pestana, 2009). Com efeito, Cohen (2002) aborda experiências de avaliação em políticas sociais, ressaltando a importância do conhecimento da realidade, antes de iniciar o processo avaliativo. Embora haja diferentes formas de avaliação em oncologia, percebe-se o crescimento da avaliação de qualidade do acesso ao serviço, com o levantamento de indicadores que possam nortear a organização do próprio programa e das condições de atividades executadas.

Serviços de Controle do Câncer de Mama: proposta para uma avaliação de qualidade

Como fatores que contribuíram para uma avaliação qualitativa, destacam-se a crise fiscal do Estado e a diminuição de despesas públicas. Neste sentido, a quantidade implica em busca por reflexões metodológicas para executar uma avaliação em si, fomentando a maneira mecânica de atribuir um processo avaliativo (Bosi, 2010). A autora ainda ressalta que a ótica da qualidade pode ter um cunho objetivo, sendo necessário considerar a dimensão subjetiva, ou seja, percepções e experiências de pessoas que precisam de serviços de saúde e servem como meio de gestão do próprio sistema de bem-estar público, através de questionamentos e

reformulações constantes das questões e motivos que suscitam uma avaliação.

Face a proposta de avaliar os serviços de saúde vinculados ao SUS, incluindo instituições em oncologia, foi criado em 2005 o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, oriundo do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH. O programa é “um sistema de avaliação efetivo que deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos” (Brasil, 2004b, p. 5). A equipe técnica é formada por gestores e representantes de secretarias de saúde para organizar o dimensionamento das instituições que prestam atendimento aos usuários do SUS (Brasil, 2004b).

Estrutura, processo e resultados são os focos da avaliação do programa relacionado ao nível de satisfação das usuárias e aos eventuais riscos contra a integridade. O PNASS utiliza critérios padronizados, indicadores de satisfação das pacientes e vigilância das condições de trabalho, pautando um atendimento integral de qualidade nos serviços oncológicos. Além disso, inclui um Roteiro de Padrões de Conformidade – RPC nas unidades e nos centros, independente da complexidade, e entrevistas (Brasil, 2004b). Para a apuração dos dados é utilizado o Sistema de Informação do PNASS, com posterior divulgação dos resultados e indicadores de abrangência oncológica hospitalar, que “permite avaliar esta produção específica e o quanto à unidade é abrangente e contribui para o acesso de doentes a este tipo de assistência médico-hospitalar” (Brasil, 2004b, p. 46).

Especificamente direcionado para mulheres com neoplasia maligna mamária, o Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA foi instituído pelo INCA e DATASUS em 2009, como parte da Política Nacional de Controle do Câncer de Mama, e objetiva a organização e o planejamento da Rede de Atenção Oncológica em prol da saúde da mulher, para maior oferta e priorização na qualidade dos serviços. É formado pelo módulo prestador de serviço (mamografia e laboratório) e pelo módulo coordenação, colocando à disposição “serviços e coordenações do programa nos três níveis de gestão para atender e apoiar a rede de gerenciamento e acompanhamento da evolução do programa de controle do câncer de mama” (Brasil, 2009a, p. 2).

Gestores de saúde colaboram com informações de gestão e influência na execução de ações com pacientes assintomáticas e sintomáticas (Brasil, 2009a). Dentre as metas estabelecidas pela política em oncologia, busca-se a extensão da cobertura de mamografias com recursos do SUS no controle da doença pela prevenção e diagnóstico precoce (Brasil, 2009a). Durante a implantação do respectivo Projeto Piloto foram avaliados cinquenta e três (53) serviços de mamografia, sendo dezoito (18) em Belo Horizonte, treze (13) em Goiânia, onze (11) na Paraíba e onze (11) em Porto Alegre. O resultado na trilogia estrutura, processo e resultados mostrou que o projeto oferece dados “para a caracterização do grau de adequação dos serviços em relação aos requisitos de qualidade” (Brasil, 2009a).

Frente às estatísticas, os indicadores sociais contribuem para o monitoramento e avaliação da qualidade do programa e para mudanças de comportamento nas ações

governamentais. A própria Política Nacional de Atenção Oncológica realiza uma avaliação baseada em indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Jannuzzi (2001, p. 15) afirma que os indicadores sociais são “uma medida quantitativa dotada de significado social substantivo (...), evidência empírica dos fenômenos sociais observados”, com a finalidade de constituir políticas voltadas para as condições de vida da população, que precisam de vigilância constante para investigação da própria realidade. Todavia, “não se sabe qual é a aderência a essa política pelos serviços e o quanto que a sua introdução contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência oncológica no país” (Brito, 2005, p. 880).

Entre mulheres com câncer de mama, os indicadores demográficos do IBGE abrangem a taxa de envelhecimento da população, taxa de mortalidade por doenças crônicas, na qual há uma correlação entre mortalidade e idade avançada (Brasil, 2010a; Brasil, 2010b). Nos indicadores de qualidade dos dados, o RCBP envolve percentual de localização primária desconhecida, percentual da idade ignorada, percentual de diagnóstico histopatológico, razão de mortalidade/incidência e percentual somente por declaração de óbito. Diversas características multifatoriais podem definir os indicadores (Jannuzzi, 2001) que apontam o câncer como a segunda causa de morte entre os brasileiros e a primeira causa de morte entre mulheres (Brasil, 2009).

Por outro lado, Silva (2008) afirma que avaliar exige o conhecimento do objeto problema, dos aspectos teórico-metodológicos e das propostas de análise. Sugere que a construção de uma estratégia pública dimensione o conhecimento do problema em questão e a elaboração,

legitimação, implementação e análise do projeto social. Diversas problemáticas estão envolvidas no processo de criação de ações efetivas públicas como interesses e pressões sociais, mudança social e legitimação política. Donabedian (1980) também afirma que podem ser utilizados na avaliação da qualidade dos serviços de saúde sete pilares: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, influenciando a assistência oncológica.

Combinar elementos quantitativos e qualitativos contrapõe o objeto avaliado, o próprio avaliador/avaliado e opõe objetividade/subjetividade (Bosi, 2004). Silva (2001) compartilha similarmente da importância de mesclar paradigmas “de fora” com “de dentro”, através de elementos de confiabilidade e validade. No caso, avaliar a qualidade pode identificar o percurso de acesso ao serviço realizado pelas mulheres com câncer de mama, redefinindo fatores que facilitam ou interferem no processo de entrada no serviço oncológico e mecanismos de monitoramento para redução da mortalidade no redimensionamento das ações e serviços prestados na rede de atenção oncológica.

Considerações finais

A avaliação envolve o conhecimento de aspectos relacionados às ações e estratégias políticas, desdobrando-se em várias formas nos quesitos da realidade social, incluindo a saúde. Por sua vez, a consolidação das políticas públicas em oncologia gerou a necessidade de construção e reflexão contínua sobre os critérios de avaliação e

controle da assistência oncológica, para o alcance da prestação de serviços ao maior contingente de pessoas do território brasileiro. Os esforços realizados em parcerias enriquecem as informações sobre a relação usuário/serviço incluindo dados sobre a influência da desigualdade social no aparecimento de doenças crônicas e busca por entidades de saúde.

Conforme propostas de regulação e controle, a assistência oncológica integra o conjunto dos três Estados da federação, secretarias estaduais e municipais, além dos centros e unidades que recebem permissão para oferecer maneiras de prevenção e detecção precoce do câncer. Dessa forma, a avaliação em oncologia oferece diversos focos, incluindo o âmbito da qualidade do serviço, no qual o processo avaliativo abrange variáveis para definir avanços, estagnações e indicadores. Atualmente, o câncer de mama tem estratégias elencadas para mulheres em níveis específicos da atenção oncológica.

Paradoxalmente, as taxas de casos de câncer nas regiões Sul e Sudeste estão mais elevadas que nas regiões Norte e Nordeste, apesar de serem localidades com uma população que tem maiores condições de vida, sugerindo a presença de componentes

adversos no processo de desenvolvimento de neoplasia maligna, fator que pode influenciar a questão do câncer na sociedade. A mais recente Portaria Nº 420, de 25 de Agosto de 2010, estabelece uma gama de investimentos públicos para combater e/ou controlar o câncer em nível nacional, acrescentando procedimentos diagnósticos e terapêuticos destinados às portadoras com câncer de mama.

Avaliar a qualidade do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama exige formas de análise do surgimento do plano de ação, informações sobre indicadores demográficos e sociais, além de dados sobre o percurso da mulher em busca de atendimento integral na Rede de Atenção Oncológica. Os serviços em cancerologia tornam-se alvo de representantes governamentais através da vigilância da infraestrutura física e técnica, contribuindo para reformulação e/ou adequação da política às necessidades sociais, carregadas de teor quantitativo e qualitativo, dependendo do enfoque avaliativo. Repara-se que a avaliação da qualidade contribui para situar a mulher com câncer de mama no acesso ao serviço através do aprimoramento de ações a serem tomadas no âmbito nacional.

Referências bibliográficas

- BARREIRA, M. C. *Avaliação Participativa de Programas Sociais*. São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2000.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). *Avaliação Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- _____. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: MS, 2003. 604 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNAAS*. Brasília: MS, 2004.

_____. *Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Controle do Câncer de Mama: documento de consenso*. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. *Estimativa de Incidência do Câncer para o Brasil em 2010*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. *Informativo Detecção Precoce: monitoramento das ações dos cânceres do colo do útero e de mama*, n. 3, Rio de Janeiro: INCA, 2010.

_____. *Manual Gerencial do SISMAMA – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: INCA, 2009a.

_____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: MS, 2004b.

_____. *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama – VIVA MULHER*. Rio de Janeiro: INCA, 2010a.

_____. *Relatório de Gestão: 2009*. Brasília: MS, 2009b.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Brasília: MPOG, 2010b.

BRITO, C. *Avaliação do Tratamento da Paciente com Câncer de Mama nas Unidades Oncológicas do Sistema Público de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-Rio de Janeiro, 2004.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELOS, M. T. L. Assistência Oncológica pelo SUS a Mulheres com Câncer de Mama no Estado do Rio de Janeiro. In: *Revista Saúde Pública*, 39(6), 2005. p. 874-881.

CARVALHO, S. N. Avaliação de Programas Sociais: balanço das experiências e contribuições para o debate. In: *Revista São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 3 e 4, 2003. p. 80-90.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. In: _____. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Health Adm. Press, 1980.

GADELHA, M. I. P. Planejamento da Assistência Oncológica: um exercício de estimativas. In: *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 2002. p. 533-543.

- JANUZZI, P. M. *Indicadores Sociais no Brasil*. Campinas: Alínea, 2001.
- KLIGERMAN, J. Avaliação da Assistência Oncológica no Brasil. In: *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4): 2000. p. 481-484.
- PESTANA, M. I. G. S. Avaliação Educacional: o sistema nacional de avaliação da educação básica. In: RICO, E. M. *Avaliação de Programas Sociais: uma questão em debate*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- SILVA E SILVA, M. O. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA E SILVA, M. O. (coord.). *Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática*. São Paulo: Veras, 2001. p. 37-91.
- _____. *Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos*. São Paulo: Veras Editora; São Luís: GAEPP, 2008.
- YAZBEK, M. C. Pobreza e Exclusão: expressão da questão social no Brasil. In: *Revista Temporalis*, 3, ABEPESS, 2001.

Resumen: El objetivo de este artículo es poner de relieve los elementos clave de la evaluación de la calidad del Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama disponible a mujeres que buscan el tratamiento del cáncer. Se trata de una revisión de la literatura acerca de las acciones políticas que dieron lugar a la organización de las redes de atención oncológica en el país, con la expansión de la prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad. Por lo tanto, la política de salud en oncología prioriza el acceso a los servicios de cáncer en el control de enfermedades, el establecimiento de criterios de calidad de la atención que resulta de la Atención Oncológica Nacional – PNAO, redimensionar las estrategias de apoyo para combatir y controlar el cáncer de mama.

Palabras-clave: evaluación de la calidad, el cáncer de mama, el tratamiento del cáncer.

Résumé: L'objectif de cet article est de mettre en évidence les éléments clés d'évaluation de la qualité du Programme national de lutte contre le cancer du sein qui est adressé aux femmes qui cherchent des soins de cancer. Il s'agit d'une revue de la littérature d'actions politiques qui ont abouti à l'organisation des réseaux de soins oncologiques dans le pays, avec l'expansion de la prévention et le diagnostic précoce. Les politiques de santé en oncologie priorisent l'accès aux services de cancérologie afin de lutter contre la maladie à partir de la définition de critères pour la qualité des soins provenant du Programme national de lutte contre le cancer - PNAO (Programa nacional de Atenção Oncológica), et du redimensionnement des stratégies de soutien à la lutte et au contrôle du cancer du sein.

Mots clés: évaluation de la qualité, le cancer du sein, le traitement du cancer.