

DAIANE MEDEIROS ROQUE FERREIRA

**DIMENSÕES ESTATAIS, GERENCIAIS E INDIVIDUAIS DA POLÍTICA
NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER (DE MAMA):
UMA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de Doctor Scientiae.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

F383d
2018

Ferreira, Daiane Medeiros Roque, 1989-
Dimensões estatais, gerenciais e individuais da Política
Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (de mama) :
uma avaliação de desempenho / Daiane Medeiros Roque
Ferreira. – Viçosa, MG, 2018.
xii, 134 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndice.

Orientador: Afonso Augusto Teixeira de Freitas de
Carvalho Lima.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Políticas públicas - Avaliação - Brasil. 2. Política de
saúde - Brasil. 3. Mamas - Câncer. I. Universidade Federal de
Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade.
Doutorado em Administração. II. Título.

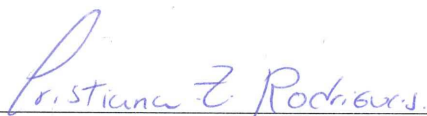
CDD 22. ed. 362.10981

DAIANE MEDEIROS ROQUE FERREIRA

**DIMENSÕES ESTATAIS, GERENCIAIS E INDIVIDUAIS DA POLÍTICA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER (DE MAMA):
UMA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

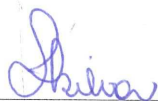
APROVADA: 11 de dezembro de 2018.



Cristiana Tristão Rodrigues




Nina Rosa da Silveira Cunha



Fernanda Cristina da Silva



Luiz Marcelo Antonialli



Afonso Augusto T. F. C. Lima
(Orientador)

Dedico essa Tese ao meu esposo Marco Aurélio e a minha
filha Marina, os tesouros da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo e de todos eu agradeço a Deus, por ser tão misericordioso, por ter me abençoado, me guiado, por ter me dado forças para cumprir minha missão e por sempre se fazer presente em minha vida. Pois eu sei que, tudo posso Naquele que me fortalece.

É difícil reunir palavras para dizer o quanto eu agradeço o meu esposo, Marco Aurélio, e o quanto ele foi importante para mim, para eu chegar ao final desse árduo caminho, que é a conclusão do doutorado. Muito obrigada meu amor, por ter me encorajado, por ter me ajudado e ter sido minha fonte de inspiração e força. E acima de tudo, obrigada por ter me dado o tesouro mais valioso da minha vida, a nossa Marina.

Um agradecimento especial a minha filha Marina, que nesta reta final representou minha maior fonte de inspiração para que eu pudesse me dedicar e me esforçar cada dia mais para concluir esta etapa. Obrigada por ter me proporcionado uma gestação tranquila, que me permitiu ir à campo e escrever essa tese até o final das 40 semanas. E que mesmo depois de nascida, quando eu tinha que segurar você em uma mão, para escrever com a outra, nunca foi um empecilho ou obstáculo. Filha, essa tese de doutorado também é sua.

Agradeço a minha família, por ser minha base, meu suporte nos momentos difíceis e por nunca medirem esforços para me ajudar. Obrigada meu pai, meus irmãos e em especial, muito obrigada minha mãe, por ter me ajudado tanto, por ter ido à campo comigo só para cuidar de mim quando eu estava com os meus 8 meses de gestação. Obrigada por ter sido tão cuidadosa, tão carinhosa e tão dedicada a mim e a minha filha, isso me permitiu concluir este trabalho.

Agradeço muito ao meu orientador Afonso, por ter me guiado na construção e conclusão deste trabalho, por ter me atendido e ajudado prontamente em todos os momentos que eu precisei. Obrigada por ter feito dessa trajetória mais leve, mais divertida, mas, acima de tudo, de um período de muito aprendizado. Levarei para sempre, tudo que pude aprender com você. Muito obrigada Afonso, por ser sido muito mais que um orientador, um grande amigo.

Agradeço também a minha parceira de trabalho e amiga Andréia Martins, muito obrigada por ter feito do período do mestrado e do doutorado muito divertido e muito frutífero academicamente. Obrigada por ter sido uma excelente companhia de viagem, durante nossas inúmeras idas à Juiz de Fora para cursar disciplina. Muito obrigada por ter me ajudado em

inúmeros momentos, e com tão boa vontade. Aqui você tem uma amiga e poderá sempre contar comigo.

Agradeço aos meus colegas de turma, marcamos a história do PPGADM-UFV pela primeira turma de doutorado do programa. Obrigada Alex, Alcieles, João Paulo, José Ricardo e Vinicius pela amizade nesse período. Em especial agradeço a Vinicius, por ter sido o melhor parceiro de trabalho durante o mestrado e o doutorado e também por ser um grande amigo.

Agradeço a minha banca de qualificação e de defesa, que por meio das críticas e sugestões contribuíram muito com a melhoria e a conclusão deste trabalho. Muito obrigada Professoras Cristiana Rodrigues, Nina Rosa, Suely Ramos, Fernanda da Silva e os Professores Josiel Valadares e Luiz Marcelo Antonialli.

Agradeço a todos os funcionários e professores do PPGADM-UFV, por todo o ensinamento transmitido e ajuda. Foram 9 anos de convivência (graduação, mestrado e doutorado), ao qual eu pude criar bons vínculos de amizade com vocês. Muito obrigada!

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro que me possibilitou a dedicação exclusiva ao doutorado e à Universidade Federal de Viçosa pela estrutura e pela educação de qualidade.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO GERAL	1
OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	5
MÉTODOS	6
RESULTADOS	8
Artigo 1	10
Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer: Compreensão baseada na metodologia do Modelo Lógico	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. CONHECENDO O CÂNCER DE MAMA	13
2.1 Evolução Histórica das Ações para Controle do Câncer de Mama	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Teoria do Programa e Avaliação de Política Pública	18
3.2 O Modelo-Lógico na política pública	21
4. METODOLOGIA	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
5.1 Explicação do problema e referências básicas	25
5.2 Estruturação do programa para alcance de resultados	28
5.3 Identificação de elementos relevantes de contexto	34
5.4 Etapa complementar: definição dos indicadores de desempenho	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
7. REFERÊNCIAS	38
Artigo 2	43
Condições que influenciam a eficiência da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um estudo de dupla abordagem	43

1. INTRODUÇÃO	44
2. CAPACIDADE ESTATAL E AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA	46
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
3.1 Procedimento metodológico qualitativo	48
3.2 Procedimento metodológico quantitativo	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	51
4.1 Condições para o rastreamento do câncer de mama: revisão bibliográfica	51
4.2 Validação dos condicionantes da literatura para a PNPCC	55
4.2.1 Condições reveladas pela literatura e variáveis empregadas.....	55
4.2.2 Análise descritiva dos dados	59
4.2.3 Análise da influência das condições na PNPCC.....	61
5. CONCLUSÕES	65
6. REFERÊNCIAS	67
Artigo 3	71
Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo	71
1. INTRODUÇÃO	72
2. ALOCAÇÃO DE RECURSOS E DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO	74
3. DIMENSÕES ESTATAL, GERENCIAL E INDIVIDUAL DA PNPCC	75
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	78
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	82
5.1 Validação das dimensões teóricas da PNPCC	82
5.2 Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Política Pública em Saúde . 89	
5.2.1 Índice Potencial para a Execução da PNPCC (IPEP).....	90
5.2.2 Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC (IDRP)	93
6. CONCLUSÕES	95
7. REFERÊNCIAS	96

Artigo 4.....	100
Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer (de Mama): Capacidade gerencial de municípios brasileiros para implementação	100
1. INTRODUÇÃO	101
2. BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	104
3. METODOLOGIA	107
3.1 Procedimentos para seleção dos municípios.....	107
3.2 Procedimentos para coleta dos dados e análise das entrevistas.....	109
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	111
4.1 Aspectos técnicos da PNPCC	112
4.1.1 Barreiras à mamografia	112
4.1.2 Conhecimento.....	114
4.1.3 Divulgação de informação.....	116
4.2 Aspectos gerenciais da PNPCC	117
4.2.1 Controle dos resultados	117
4.2.2 Rotinas para a detecção precoce.....	118
5. CONCLUSÕES	122
6. REFERÊNCIAS	123
CONCLUSÃO GERAL	126
REFERENCIAS GERAIS.....	129
APÊNDICE – ARTIGO 4	133

RESUMO

FERREIRA, Daiane Medeiros Roque, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2018. **Dimensões estatais, gerenciais e individuais da política nacional para a prevenção e controle do câncer (de mama): uma avaliação de desempenho.** Orientador: Afonso Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho Lima.

O câncer é uma das doenças que mais matam pessoas no mundo, uma em cada seis mortes ocorrem por câncer, sendo uma das principais causas o diagnóstico tardio (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017). No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente na população feminina e também a causa mais comum de óbitos por câncer em mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No intuito de reduzir a mortalidade por câncer, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes, foi instituído em 2013 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 (PNPCC-RAS). Uma das ações dessa política é promover a detecção precoce, a fim de diagnosticar o câncer no estágio inicial e aumentar o potencial de cura pelo tratamento. No caso do câncer de mama, a detecção precoce é feita por meio da mamografia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que pelo menos 70% das mulheres, da faixa etária prioritária, realize mamografia periodicamente (AGÊNCIA BRASIL, 2015). No entanto, de acordo com o último registro oficial do Governo, 31% das mulheres, em 2015, realizaram a mamografia. O que se percebe é que, para que políticas dessa natureza, a qual envolve também à adesão pelos indivíduos afetados, tenham sucesso em sua implementação, elas devem estar amparadas por três dimensões: fornecimento de infraestrutura pelo Estado (Dimensão Estatal); Gestão eficiente para execução das diretrizes estabelecidas (Dimensão Gerencial); e engajamento do público-alvo, realizando os comportamentos difundidos pela política (Dimensão Individual). A não atuação desses elementos sinergicamente, pode se transformar em barreiras para adesão à mamografia e conseqüentemente aumento da mortalidade por câncer de mama. Diante do contexto, este estudo objetiva compreender as dimensões estatais, gerenciais e individuais que influenciam o desempenho na política nacional para a prevenção e controle do câncer (de mama). Para cumprir tal objetivo, pretende-se especificamente: Criar um Modelo Lógico para orientação e compreensão da PNPCC; Identificar as condições que influenciam o rastreamento do câncer de mama

e comprovar se esses condicionantes tem o poder de influenciar a eficiência da PNPCC; Validar as dimensões teóricas propostas (estatal, gerencial e individual) como interdimensões da PNPCC e propor um modelo para avaliar a influência dos condicionantes estatais, gerenciais e individuais no desempenho na política de saúde, doravante compreendido como “Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Políticas Públicas de Saúde (MoSADPPS)” e; Mapear a capacidade gerencial dos municípios para a implementação e gestão da PNPCC, visando descrever experiências positivas e negativas de gestão na expectativa de fazer uma avaliação baseada em evidências sobre o desempenho na política. Espera-se com este estudo oferecer contribuições teóricas para a Administração Pública, com foco especial na saúde pública, ao conceber e desenvolver um modelo para avaliação de políticas públicas, ressaltando a contribuição do Estado, da Gestão e dos Indivíduos, o qual, presumivelmente, poderá ser utilizado como base para a gestão de outras políticas de saúde, as quais envolvam a participação desses três componentes indissociáveis. Para a construção do modelo lógico, primeiro objetivo específico, foi utilizado como base a metodologia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Para mapear os condicionantes, segundo objetivo específico, foi utilizado o método qualitativo bibliográfico. Para elaboração do modelo de avaliação de políticas públicas em saúde, terceiro objetivo específico, foram empregados métodos quantitativos como Regressão Linear Múltipla, Análise Fatorial. Por fim, um estudo de campo, com utilização do método da análise de conteúdo, auxiliado pelo software IRaMuTeQ para análise dos dados e atender o quarto objetivo específico. Para cumprir tais objetivos, foram adotados como objeto de estudo, os estados de Minas Gerais e Rio Grande do Norte, por representar diferentes aspectos sociais, econômicos e níveis de adesão a mamografia. Encontrou-se, pela revisão de literatura, que os condicionantes mais relatados são a dificuldade de acesso; dificuldade de deslocamento; falta de solicitação médica; preço elevado do exame; dor e desconforto; e não achar necessário realizar o exame quando não há nenhum sintoma da doença. A partir desses achados, o estudo também permitiu comprovar que variáveis ligadas aos níveis de renda e educação, a capacidade gerencial do município, a presença de mamógrafo, ao número de médicos da atenção primária, e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde influenciam a taxa de mamografia no nível local. Os resultados permitiram confirmar o pressuposto teórico desse estudo que a PNPCC é influenciada pelas dimensões estatais, gerenciais e individuais de forma indissociável.

Por fim, destacam-se a existência de diversas barreiras à implementação da Política, como falta de clareza nas diretrizes operacionais e a falta de definição das funções e responsabilidades pela implementação, falta de motivação ou vontade política, entre outras. Nos municípios identificados com desempenho superior um traço comum associado ao bom desempenho na PNPC foi a qualidade do trabalho de prevenção e promoção, realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros, com efeito positivo sobre o atendimento na atenção primária e, conseqüentemente, sobre a qualidade da saúde pública.

ABSTRACT

FERREIRA, Daiane Medeiros Roque, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2018. **State, Managerial and Individual dimensions of National Policy for Cancer Prevention and Control (of breast): A Performance Evaluation.** Adviser: Afonso Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho Lima.

Cancer is one of the most deadly diseases and it is the reason of death in one out six people in the world. One the main issue is the late diagnosis (UNITED NATIONS, 2017). In Brazil, breast cancer is the most incident in the female population and also the most common cause of cancer deaths in women (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). In order to reduce cancer mortality and improve patients' quality of life, the National Policy for Cancer Prevention and Control was established in 2013 under the administration of National Health Service (SUS/PNPCC-RAS). One of the actions of this policy is to diagnose the disease in early stage and increase the potential for cure through treatment. In the case of breast cancer, early detection is done through mammography exam. The World Health Organization (WHO) recommends that at least 70% of women in the priority age group take mammography exam periodically (AGÊNCIA BRASIL, 2015). However, according to the latest official government report, just 31% of women in 2015 had taken mammography. For this policy to succeed in the implementation phase, it must be supported by three dimensions as following: provision of infrastructure by the State (State Dimension); efficient management to execute the established guidelines (Managerial Dimension) and engaging the target audience, performing the behaviors disseminated by the policy (Individual Dimension). The non-performance of these elements in a synergistically way, can become barriers to improve mammography exams and by that increasing mortality. This study focuses on understanding the role of state, managerial and individual dimensions, as main factors of influence at the national policy for cancer prevention and control performance in Brazil. To succeed in this objective I intended to: Create a Logical Model for guidance and understanding the PNPCC; identify the conditions that influence the early findings of breast cancer and to verify if these conditions have the power to influence the efficiency of the PNPCC; to propose and validate theoretical dimensions (state, managerial and individual) and to build a model for assessing the determinant factors on health policy performance. The model is called "Synergistic Model for Performance Evaluation of Public Health Policies (MoSADPPS)" and to examine the capacity of the municipalities for the implementation and management of the

PNPCC, aiming to describe positive and negative management experiences in the purpose of making an evaluation based on policy performance. The study aims to offer theoretical contributions to the Public Administration field, with a special focus on public health, offering a framework for analyzing the public policy management, highlighting the contribution of the State, Management and Individuals as main performance factors in cancer programs. I believe it can be used to improve other health policies as well. To build the logic model, the first specific objective, I used as a basis, the methodology of the Institute of Applied Economic Research (IPEA); In order to understand the conditioner factors of the policy, second specific objective, I used the bibliographic research method. To build the model of public policy evaluation in health, third specific objective, a Multiple Linear Regression analysis was employed as well as Exploratory Factor Analysis. Finally, a qualitative approach with content analysis, using IRaMuTeQ software, was performed to reach the fourth objective. To fulfill these objectives, the states of Minas Gerais and Rio Grande do Norte were adopted as object of study, since they represent different social, economic and levels of adhesion to mammography. It was found, through the literature review, that the most reported factors are the difficulty of access; travel difficulties; lack of medical request; exam prices; pain and discomfort and negligence regarding the importance of the examination, in advance of symptom. Based on these findings, the study pointed out several variables, which influences the mammography rate at the local level, as following: income and education levels; managerial capacity of the municipality, the presence of a mammography devices, the number of primary care physicians, and the performance of community health agents. The results allow to confirm the theoretical assumption of this study that the PNPCC is influenced by state, managerial and individual dimensions which act synergistically. Finally, there are several barriers to the implementation of the policy, such as the lack of clarity in operational guidelines and the lack of definition of functions and responsibilities for implementation; the lack of motivation or political will, among others. In the municipalities which perform well, one of the common trait associated with good performance in PNPCC was the quality of prevention and promotion, which is carried out by Community Health Agents and Nurses. It reveals the positive effect on the primary health care and, consequently, on quality of public health.

INTRODUÇÃO GERAL

As políticas públicas de saúde no Brasil visam melhorar a qualidade de vida da população, mas acima de tudo, assegurar o direito de todos os cidadãos a ter acesso integral aos serviços de saúde, conforme determinado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Dentre as políticas públicas de saúde, às políticas voltadas à prevenção e ao combate do câncer têm ganhado destaque nas últimas décadas, em função principalmente do aumento do número de casos, pelo índice de mortalidade da doença e pelos custos à rede pública e privada de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer anualmente em todo o mundo e 8,8 milhões morrem. O câncer é uma das doenças que mais matam, 1 em cada 6 mortes, por doenças, ocorrem por câncer, sendo uma das principais causas, o diagnóstico tardio. Quando se detecta o câncer em estágio avançado, torna-se mais difícil o tratamento e a cura (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017).

Dentre os diversos tipos de câncer, o foco de estudo deste trabalho recai sobre o de mama, por ser o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, e também a causa mais comum de óbitos por câncer em mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer José Alencar (INCA), em 2018, há a expectativa de se diagnosticar aproximadamente 59 mil casos de câncer de mama no Brasil (INCA, 2017a).

Para reduzir óbitos, a detecção precoce é fundamental e pode ser realizada por meio da mamografia, do exame clínico das mamas, da ultrassonografia e da ressonância magnética (INCA, 2017b). Desses, a mamografia é o exame que pode apresentar melhor eficácia na redução da mortalidade do câncer de mama (HEYWANG-KÖBRUNNER, HACKER E SEDLACEK, 2011). O Ministério da Saúde recomenda que seja realizada a cada dois anos, tendo como público-alvo prioritário, mulheres entre 50 e 69 anos (Ministério da Saúde, 2015).

Embora as condições técnicas sobre o câncer sejam os elementos mais ressaltados em pesquisas e relatórios, sabe-se que no Brasil há restrições públicas orçamentárias que comprometem a quantidade e a qualidade do atendimento. Esse fato reforça a necessidade de atenção para com os aspectos de gestão, o que envolve especialmente infraestrutura, investimento, logística, comunicação, treinamento e custeio financeiro.

Nesse último elemento, por exemplo, ressalta-se o impacto orçamentário per capita do atendimento de cada paciente. Em 2016, foram gastos, em média, pelo SUS no tratamento do câncer de mama com cada paciente, R\$ 30.410,00 (doença no estágio I); R\$ 53.364,00 (doença no estágio II) e R\$ 74.183,00 (doença no estágio III) (OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA, 2016). O que se observa pelos dados é que o gasto por paciente é considerado alto e que esse gasto é maior em pacientes em estágios¹ mais avançados da doença. Logo, a identificação precoce tem duas funções significativas: salvar vidas principalmente, por aumentar a chance de cura; e reduzir os custos do SUS, o que possibilitaria atender melhor as inúmeras outras demandas do sistema. Portanto, duas visões, a primeira operacional e a segunda gerencial, mas ambas direcionadas a incentivar comportamentos para o rastreamento do câncer no estágio I da doença.

Uma das primeiras ações públicas no Brasil, com maior direcionamento ao câncer de mama, ocorreu no final da década de 1990, com a criação Programa Viva Mulher, o qual previa diretrizes e estruturação da rede assistencial para a detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2015). Atualmente, a política vigente é 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 (PNPCC-RAS), instituída pela Portaria 874, de 16 de maio de 2013 e, posteriormente, atualizada pela Portaria 2, de setembro de 2017.

Esta política tem o objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pelo câncer e a incidência de alguns tipos dessa doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2017).

Apesar das ações já adotadas pelo país e do incentivo reforçado anualmente na Campanha Outubro Rosa para aumentar a conscientização sobre a doença, a taxa de

¹ O câncer é referido pelo estágio do tumor quando diagnosticado, variando de 0 a IV. O estágio 0 é o menos avançado, em que ainda não se formou um nódulo. No estágio I, o nódulo atinge menos de 2 cm, nessa fase geralmente o tratamento é com cirurgia e radioterapia. No estágio II, o nódulo mede entre 2 a 5 cm, sendo que o tratamento inclui, além da cirurgia e da radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia. No estágio III o tumor mede mais de 5 cm, e o câncer já se disseminou para outros tecidos próximos, geralmente o tratamento é feito através da cirurgia, radio e quimioterapia. O estágio IV, o mais avançado, o tumor já espalhou para outras partes do corpo (metástase), há menor possibilidade de cura e o tratamento consiste geralmente em hormonoterapia e quimioterapia (Clínica da Mama, 2017).

realização de mamografia ainda é baixa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que pelo menos 70% das mulheres, na faixa etária prioritária, realize mamografia periodicamente (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2015, a adesão ao exame pelas mulheres de 50 a 69 anos foi, em média, de 31% no país (BRASIL, 2015). Este indicador é denominado de “Razão de Mamografias Realizadas” e compreende a quantidade de mamografia de rastreamento realizada no ano de 2015, dividido pelo número de mulheres com idade entre de 50 a 69 anos, de acordo com a nota técnica do referido indicador (BRASIL, 2015).

A política nacional de prevenção e controle de câncer tem o aspecto multidimensional e apresenta uma inter-relação federativa. Aos estados cabe a responsabilidade por definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde; coordenar a implantação de planos regionais para o controle do câncer; manter atualizados os dados sobre os serviços de saúde, entre outras atribuições. Já aos municípios cabe o planejamento e a programação de ações para controlar o câncer no âmbito local, bem como disponibilizar serviços para amparar as pessoas com câncer, ou seja, executar a política no âmbito local, o que demonstra o importante papel das secretárias de saúde municipais (BRASIL, 2013).

O que se percebe é que, para que políticas dessa natureza, as quais envolve também à adesão pelos indivíduos afetados, tenham sucesso em sua implementação, elas devem estar amparadas por três condições: fornecimento de infraestrutura pelo Estado; gestão eficiente para execução das diretrizes estabelecidas; e engajamento do público-alvo, realizando os comportamentos difundidos pela política. A não atuação desses elementos em conjunto, pode se transformar em barreiras para o cumprimento do objetivo da PNPCC (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013; AMORIM et al., 2008; INSTITUTE of MEDICINE (US), 2003; GEORGE, 2000; PHILLIPS et al., 1998; WOMEODU e BAILEY, 1996).

Ao Estado se atribui a capacidade de gerar todo o aparato para atender às mulheres, a qual inclui a informação e promoção do serviço, o acesso à mamografia, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados paliativos com os doentes, conforme apontado pela Política Nacional Prevenção e Controle do Câncer. No entanto, algumas deficiências do Estado no fornecimento desses serviços podem se transformar em barreiras para a detecção precoce, como: falta de equipamentos disponíveis, falta de profissionais habilitados para realização dos exames e elaboração do diagnóstico,

subutilização de equipamentos, dificuldade de acesso em função das distâncias geográficas (XAVIER et al., 2016) e unidades Estratégicas de Saúde da Família inefetivas para informar, conscientizar e conduzir as mulheres ao rastreamento.

Quanto à gestão da política, os municípios têm papel importante por meio das Secretárias Municipais de Saúde, cabendo a execução dos planos e programas no âmbito local. No entanto, alguns problemas gerenciais podem atrapalhar a implementação da política e a execução de suas ações, como: a escassez de transparência em relação aos gastos públicos, a escassez de conselhos municipais de saúde fortes e eficientes, a fragilidade de indicadores locais de saúde, a corrupção, entre outros (ARRETCHE, 2003; MOTTA e MOREIRA, 2007).

Contudo, não basta que o Estado forneça infraestrutura adequada e que haja uma gestão eficiente da política, se a população-alvo não aderir ao comportamento desejado, ou seja, realizar a mamografia periodicamente e o tratamento, caso identificada a doença. Alguns fatores podem explicar a não adesão dos indivíduos como: falta de orientação sobre como e onde realizar os exames; falta de conscientização sobre a importância; preconceito, negação ou medo do diagnóstico; desconforto e dor (GODINHO e KOCH, 2004; SANTOS e CHUBACI, 2011; AMORIM et al., 2008).

Portanto, para realizar uma avaliação global da PNPCC é preciso considerar as três dimensões estatal, gerencial e individual. Para tanto propõem-se a criação do modelo que a autora denominou como Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Política Pública em Saúde (MoSADPPS), que compõe a base intelectual de tese desse trabalho. A saber: 1) O Estado, em seu ambiente federativo, 2) A gestão, por meio da capacidade gerencial municipal, e 3) a sociedade, representada pelo envolvimento de cada indivíduo. Na Figura 1 demonstra-se a associação das dimensões e entre as dimensões com a PNPCC, a qual está inserida entre o rol de políticas públicas de saúde.

A investigação das dimensões estatais, gerenciais e individuais em conjunto, para analisar os resultados da política, tem sido pouco explorada na literatura científica concernente ao campo da Administração Pública. As pesquisas realizadas, em sua maioria são do campo da saúde, voltadas ao entendimento dos aspectos técnicos relacionados ao câncer de mama, como nos estudos de Tesser e d'Ávila (2016); Silva et al. (2014); Guerra et al. (2009), que focaram investigar sobre a qualidade do tratamento, a qualidade de vida do paciente, a qualidade do diagnóstico, a oferta de exames e a determinação da melhor faixa etária para realizar periodicamente a mamografia.

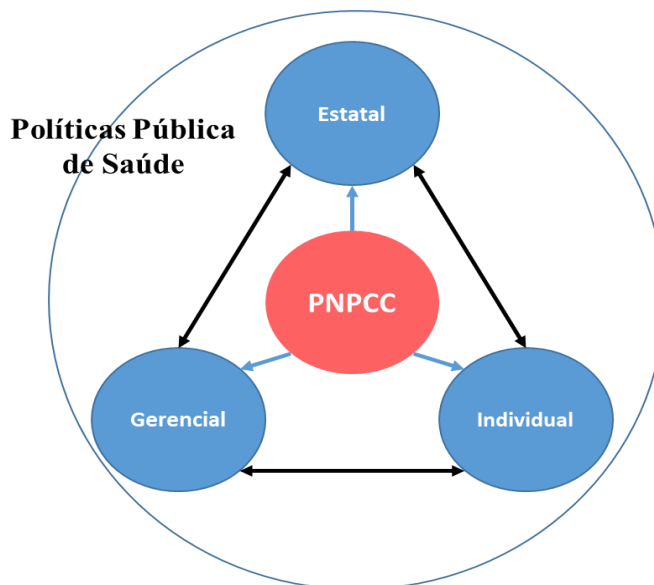


Figura1: Diagrama do Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Políticas Públicas (MoSADPPS)

Fonte: elaboração própria.

Além disso, acredita-se que as dimensões estatais, gerenciais e individuais afetam de diferentes formas os estados e os municípios do país. Pela análise do indicador de cobertura de mamografia de 2015, alguns estados e municípios superaram a média nacional de 31%, outros ficaram bem abaixo. Logo, essa média provavelmente esconde disparidades microrregionais, vez que o problema de gestão envolve alocação de recursos financeiros, tecnológicos e humanos especializados. Soma-se a isso, os arranjos inter-regionais como os consórcios e o ambiente federativo.

OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Diante do contexto, este estudo objetiva compreender as dimensões estatais, gerenciais e individuais que influenciam o desempenho na política nacional para a prevenção e controle do câncer (de mama), a fim de oferecer subsídios para a melhoria dos resultados dessa política, ao responder ao seguinte questionamento: Qual a contribuição do estado, da gestão e dos indivíduos para o desempenho na PNPCC?

Tal proposta pode ser alcançada por meio dos seguintes objetivos específicos:

- I. Criar um modelo lógico para orientação e compreensão da PNPCC, com foco no câncer de mama.

- II. Identificar as condições que influenciam o rastreamento do câncer de mama e quanto afetam o desempenho na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com foco no câncer de mama.
- III. Validar as dimensões teóricas propostas (estatal, gerencial e individual) como interdimensões da PNPCC e avaliar o desempenho na PNPCC, por meio do Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Políticas Públicas de Saúde” (MoSADPPS).
- IV. Mapear a capacidade gerencial dos municípios para a implementação e gestão da PNPCC, visando descrever experiências positivas e negativas de gestão.

Face ao exposto, este estudo poderá oferecer contribuições teóricas para a Administração Pública, com foco especial na saúde pública, ao conceber e desenvolver um modelo para gestão de políticas públicas, ressaltando a contribuição do Estado, da Gestão e dos Indivíduos, o qual, presumivelmente, poderá ser utilizado como base para a gestão de outras políticas de saúde, as quais envolvam a participação desses três componentes indissociáveis.

Além disso, poderá fornecer contribuições práticas específicas à Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer ao proporcionar conhecimentos científicos sobre capacidades gerenciais e estatais, bem como o papel do indivíduo que podem influenciar no sucesso ou no fracasso da política.

MÉTODOS

Para atender o propósito desta pesquisa utilizou-se de múltiplos métodos. Inicialmente foi adotada a metodologia do Ipea (IPEA, 2015) para a construção do Modelo Lógico da Política Pública, para compreender seus aspectos teóricos e seus gargalos; em seguida foi utilizado método bibliográfico, com o intuito de realizar uma revisão sistemática para mapear os condicionantes que podem influenciar na política, em abrangência nacional e internacional, separando-os em estatais, gerenciais e individuais para verificar a influência na PNPCC, os quais foram validados por métodos estatísticos, especificamente, pela Regressão Linear Múltipla.

Seguindo a trajetória dos objetivos propostos, foram utilizados métodos quantitativos para validar as dimensões teóricas propostas (estatal, gerencial e individual) como interdimensões da PNPCC e criar um modelo para avaliar o

desempenho na Política, o MoSSADPS. Por fim, foi utilizado o método qualitativo para conhecer a realidade dos municípios que se destacaram pelo alto e pelo baixo desempenho com a PNPCC de acordo com o Modelo MoSADPPS.

Quadro 1: Resumo dos métodos para atendimento de cada objetivo

Objetivo específico	Abordagem metodológica
Identificar as condições que influenciam o rastreamento do câncer de mama e quanto afetam o desempenho na PNPCC.	Revisão bibliográfica em periódicos nacionais e internacionais; Coleta de variáveis para materialização dos condicionantes; Regressão Linear múltipla para identificar o quanto os condicionantes afetam o desempenho na PNPCC.
Validar as dimensões teóricas propostas (estatal, gerencial e individual) e avaliar desempenho na PNPCC.	Regressão Linear múltipla para validar as dimensões teóricas; Regressão Linear múltipla, análise Fatorial e construção de índices para avaliar o desenvolvimento da PNPCC, pelo desenvolvimento do Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Políticas Públicas de Saúde, o MoSADPPS.
Mapear a capacidade gerencial dos municípios para a implementação e gestão da PNPCC.	Entrevistas em campo; Análise de conteúdo pelo procedimento Classificação Hierárquica Descendente no software IRaMuTeQ.

A pesquisa, quanto aos objetivos, pode ser classificada como explicativa, pois busca explicações para a ocorrência de um fenômeno (FLICK, 2013), por meio da compreensão dos condicionantes que afetam a PNPCC. Portanto, a motivação deste estudo é explicar porque, mesmo existindo uma política pública para o controle de câncer de mama, a taxa de adesão à detecção precoce continua abaixo da meta estabelecida pela OMS e há altos índices de mortalidade.

No intuito de isolar efeitos macro e microrregionais, assim como políticas estaduais, tem-se como proposta central a escolha de dois estados brasileiros. Tal fator possibilitaria um estudo de amplo aspecto, por um lado, mas sem perder a profundidade analítica implícita na análise qualitativa, por outro.

Desse modo, propôs-se a escolha de dois estados. Um representando os estados com melhores níveis de adesão à PNPCC, no caso Minas Gerais, e outro representando os estados com níveis inferiores de adesão à PNPCC, no caso Rio Grande do Norte². Outro elemento importante é a inclusão desse trabalho no consórcio entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Viçosa (UFV) e a Universidade Federal do Cariri (UFCA) financiado pela CAPES no âmbito do Programa de Apoio à Pós-Graduação e à Pesquisa Científica e Tecnológica em

² Minas Gerais apresentou a maior taxa de realização de mamografia do país em 2015 (45%). Já o Rio Grande do Norte não é o Estado com menor taxa de realização de mamografia (27%), mas apresenta um índice bem inferior à média nacional (31%), por questão de acessibilidade, esse estado foi escolhido para representar as regiões com menores taxas de realização de mamografia.

Desenvolvimento Socioeconômico no Brasil (PGPSE). A inclusão desse projeto possibilitou o deslocamento da pesquisadora para as duas regiões, em especial para a UFRN, na condição de “Doutorado Sanduíche no País”. Aspectos esses que qualificam o desenho amostral e a viabilidade da pesquisa.

Os dados quantitativos secundários para avaliação da política, por meio das variáveis relacionadas as dimensões estatais, gerenciais e individuais, bem como da situação de saúde relacionada ao câncer de mama, foram obtidos em fontes públicas, como no banco de dados do Ministério da Saúde, o DataSus; nas pesquisas do IBGE, o Censo Demográfico, o PNAD e PNUD; e nos índices, como o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, Índice Firjan de Gestão Fiscal, Índice de Necessidade de Saúde, Índice Mineiro de Responsabilidade Social, Índice Nacional da Transparência, Índice Mineiro de Saúde Per Capita, e outros.

RESULTADOS

Tendo em vista os objetivos propostos, este trabalho foi organizado em quatro artigos. O artigo 1 *Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer: Compreensão baseada na metodologia do Modelo Lógico*” foi desenvolvido para atender o objetivo específico 1 e apresenta como contribuição o Modelo Lógico da PNPCC, o qual tem a finalidade de descrever a Política; comunicar seus resultados, seu problema, suas causas e suas consequências; e verificar seu funcionamento previsto.

O artigo 2 *“Condições que influenciam a eficiência da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um estudo de dupla abordagem.* ”, foi desenvolvido para atender o objetivo específico 2 e tem como contribuição a identificação e validação de condições e variáveis que afetam a taxa de mamografia nos municípios do estado do Rio Grande do Norte e de Minas Gerais.

O artigo 3 *“Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo”* tem a finalidade de cumprir com o objetivo específico 3 e apresenta como contribuição a confirmação do pressuposto que a PNPCC é influenciada pelas três dimensões, estatal, gerencial e individual, bem como apresenta uma proposta de modelo de avaliação de desempenho para a PNPCC, o MoSADPPS, o qual pode ser adaptado e utilizado para avaliar outras políticas públicas de saúde, que são influenciadas por essas três dimensões.

Por fim, o artigo 4 *“Capacidade gerencial frente à Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer (de Mama): um estudo de caso sobre a perspectiva*

de benchmark em estados do sudeste e nordeste brasileiro ” tem o propósito de atender o objetivo específico 4 e como principal contribuição apresenta elementos que podem ser determinantes para que o município tenha desempenho inferior ou superior com a PNPCC. Os quatro artigos serão apresentados na sequência e fazem parte dos resultados desta tese.

Artigo 1

Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer: Compreensão baseada na metodologia do Modelo Lógico

Resumo

O câncer é uma preocupação pública e um dos principais tópicos de agenda de saúde do Brasil. Tal tema tem ganhado destaque em função, principalmente, do aumento do número de casos, do índice de mortalidade da doença e dos custos acarretados às redes pública e privada de saúde. Como medida para controlar o câncer e reduzir a mortalidade, o Governo Federal instituiu em 2013 a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNPCC). Contudo, para que a política apresente a efetividade desejada, é necessário que ela tenha sido desenhada e implementada de forma adequada, assim como se torna necessário o processo de avaliação, visando a correção ou manutenção dos objetivos e metas, para o alcance dos resultados planejados. No sentido de subsidiar processos avaliativos, este trabalho tem como objetivo compreender a teoria da PNPCC, por meio da metodologia do Modelo Lógico, no intuito de descrever e compreender a articulação entre as ações desenhadas para a Política, os produtos gerados, assim como os resultados intermediário e final esperados, além de oferecer possíveis indicadores para mensurar o desempenho para a PNPCC. Compreender com maior profundidade a PNPCC pode proporcionar subsídios para a gestão da política, pois o Modelo Lógico tem a capacidade de esboçar a teoria da política, sendo ferramenta útil para avaliação e descrição da política; para comunicação de seus resultados e verificação de seu funcionamento previsto, bem como para explorar o problema, suas causas e suas consequências.

Palavras-chave: Teoria da Política; Modelo Lógico; Política Pública; Câncer de Mama.

National Policy for Cancer Prevention and Control: Understanding based on the Logical Model methodology

Cancer is a public concern and one of the main topics of health agenda in Brazil. This theme has been highlighted mainly by the increase in the number of cases, the mortality rate of the disease and the costs to the public and private health systems. In order to control cancer and reduce mortality, the Federal Government established in 2013 the National Policy for Cancer Prevention and Control (PNPCC). However, in order to present the desired effectiveness, the policy must be properly designed and implemented, as well as the evaluation process, in order to correct or maintain the objectives and goals and achieve the planned results. In order to support evaluation processes, this work aims to understand the theory of PNPCC, through the Logical Model methodology in order to describe and understand the relationship between actions designed to the Policy, the generated products, as well as the intermediate and final results, as well as offering possible indicators to measure performance for the PNPCC. Understanding the PNPCC in greater depth can provide support for policy management, since the Logical Model has the ability to sketch policy theory as a useful tool for policy evaluation and description; to communicate its results and verify its intended operation, as well as to explore the problem, its causes and its consequences.

Keywords: Theory of Politics; Logical Model; Public Policy; Breast Cancer.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é umas doenças que mais matam pessoas no mundo, sendo que 1 em cada 6 mortes por doenças, é causada por ele (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017). Segundo World Health Organization (WHO) mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer anualmente e 8,8 milhões morrem, sendo a maioria residente em países em desenvolvimento (WHO, 2017). No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estima-se para 2018 a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, sendo o de próstata o mais frequente na população masculina, 68 mil casos, e o de mama o mais incidente na população feminina, 60 mil casos (INCA, 2017).

Dentre os diversos tipos de câncer existentes, o presente trabalho tem como foco o câncer de mama, uma das mais severas manifestações da doença, mas também um dos casos com maior chance de cura, se diagnosticado e tratado precocemente. Também se justifica a escolha, por ser este o tipo mais incidente na população feminina mundial e brasileira, e também a causa mais comum de óbitos por câncer em mulheres (WHO, 2015). No Brasil, especificamente sobre o câncer de mama, 57.120 mulheres desenvolveram a doença e mais de 15 mil morreram no ano de 2015 (Ministério da Saúde, 2018) e um dos principais problemas é o diagnóstico tardio (WHO, 2017).

O câncer é uma preocupação pública e, portanto, um dos principais tópicos de agenda de saúde do Brasil (INCA, 2017). Tal tema tem ganhado destaque em função, principalmente, do aumento do número de casos, do índice de mortalidade da doença e dos custos às redes pública e privada de saúde. Como medida para controlar o câncer e reduzir sua incidência, o Governo Federal instituiu em 2013 a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNPCC-RAS) pela Portaria 874 de maio de 2013. Atualmente a Política foi incorporada à Portaria 2 de setembro de 2017, a qual consolidou todas as políticas de saúde.

A PNPCC tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pelo câncer e a incidência de alguns tipos dessa doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013). A base da Política está em reduzir o diagnóstico tardio, que é a umas das

principais causas de mortalidade. Quando se descobre a doença em estágio avançado, torna-se mais difícil o tratamento e a cura. Segundo estudo do INCA, a taxa de sobrevivência média para o câncer de mama é de 52%. Entretanto, constata-se que essa taxa varia consideravelmente com o avanço da doença. Detectada no estágio I a sobrevivência é de 100%, no estágio IIa é de 80%, no IIb é de 70%, no estágio IIIa de 50,0%, IIIb 32% e no estágio IV de 5,0% (INCA, 2006).

Contudo, para que a política apresente os resultados desejados, é necessário que ela tenha sido desenhada e implementada de forma adequada, e que se avalie o seu processo de formulação, implementação e conclusão. A avaliação é uma atividade indispensável de gestão e tem como finalidade melhorar o processo de tomada de decisão, por meio de melhores informações aos governantes e também para prestar contas à sociedade (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

Segundo Souza e Silveira (2018) é consenso na literatura sobre avaliação de políticas públicas a importância de resgatar a teoria de um programa, a qual tem a função de apresentar e partilhar a compreensão das relações entre os recursos para operar o programa, as atividades planejadas e os resultados que se espera alcançar (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). Mas como apontado por Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007) a teoria do programa, nem sempre se encontra detalhada explicitamente nos documentos oficiais, o que dificulta o processo de avaliação.

A compreensão dos elementos relacionados a teoria do Programa pode ser facilitada por meio do instrumento denominado Modelo Lógico, o qual elenca os recursos, as atividades, os produtos, os resultados e os impactos gerados, e permite a identificação de deficiências no desenho, que poderão interferir no desempenho do programa (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Sendo, portanto, uma ferramenta importante de avaliação de políticas públicas.

Diante do contexto apresentado e da importância de conhecer os elementos constituintes dos programas de forma a subsidiar os processos avaliativos, este trabalho tem como objetivo conhecer a teoria da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama), por meio da metodologia do Modelo Lógico, respondendo ao seguinte questionamento: como se constitui a teoria da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama)?

A teoria da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer ainda não foi desenvolvida por gestores públicos, bem como por acadêmicos. Portanto, pretende-se compreender a articulação entre os recursos e as ações desenhadas para a Política, os

produtos gerados, os resultados intermediários e final esperado, como também explorar o problema em torno da mortalidade por câncer de mama, suas causas e consequências, e os fatores do ambiente externo que influenciam o contexto da Política. Além disso, oferecer possíveis indicadores para mensurar o desempenho para a PNPCC.

Desse modo, espera-se que o resultado alcançado possa ajudar a compreender com maior profundidade a teoria da PNPCC, especificamente para o caso do câncer de Mama. Assim, este estudo poderá oferecer subsídios para implementação e gestão dessa política, ao apontar todos os elementos constituintes da teoria da Política. Espera-se oferecer uma contribuição prática aos gestores responsáveis por executar a política, ao apontar detalhadamente e operacionalmente as atividades a serem executadas, os produtos a serem gerados, os resultados e impactos no curto e longo prazo, levado em consideração todas as diretrizes da Política. Além disso, julga-se como uma contribuição importante desse trabalho, o desenvolvimento de indicadores para mensurar o desempenho da PNPCC (de mama), o que poderá ser utilizado, com pequenas alterações, para outros eixos da PNPCC, como o câncer de colo de útero e o câncer de próstata.

2. CONHECENDO O CÂNCER DE MAMA

O câncer se caracteriza por um conjunto de células com crescimento acelerado e anormal, que pode invadir uma parte do corpo e/ou se espalhar para vários órgãos, quando ocorre metástase (WHO, 2017). As células com crescimento acelerado tendem a se aglomerar e se transformar em um tumor, benigno ou maligno. O tumor maligno contém células com crescimento agressivo e incontrolável, já no tumor benigno, as células se multiplicam vagarosamente, não implicando em risco à vida (BELIZÁRIO, 2002).

Existem mais de 200 tipos diferentes de câncer, que podem se desenvolver em qualquer parte do corpo. Dentre os diversos tipos, o câncer de mama é o mais incidente na população feminina, com ocorrência estimada de 59.700 casos no Brasil em 2018 (INCA, 2017).

Vários fatores estão associados ao câncer de mama, alguns deles biológicos, nos quais não se pode intervir, como idade avançada (acima de 40 anos), pré-disposição genética, idade da primeira menstruação (antes dos 12 anos), menopausa tardia (depois dos 50 anos), idade da primeira gravidez (depois dos 30 anos) e não ter tido gravidez. Ainda há os fatores comportamentais nos quais é possível intervir, como obesidade,

tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e reposição hormonal pós-menopausa (SILVA; RIUL, 2011; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). O controle desses fatores comportamentais de risco é chamado de prevenção primária (LECOURT, 2004). Pesquisa realizada pelo Instituto Americano para Pesquisa em Câncer (AICR) em 2009, demonstrou que é possível reduzir em até 28% a incidência de câncer de mama pela adoção de hábitos saudáveis (AICR, 2009).

A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico precoce de lesão, realizada quando já existem sinais da doença, e tem a finalidade de evitar o progresso da doença, permitindo o aumento da probabilidade de cura e um tratamento menos agressivo (LECOURT, 2004).

Para que o diagnóstico precoce ocorra de forma oportuna, é preciso que mulheres e profissionais de saúde estejam atentos para os sinais da doença e que tenham acesso ao sistema de saúde para realizar o diagnóstico (INCA, 2017b). Nos anos 1990, a orientação era de que mulheres realizassem o autoexame das mamas mensalmente no período subsequente à menstruação. A partir de estudos realizados no final daquela década, concluiu-se que o autoexame não é uma técnica com capacidade de reduzir a mortalidade pelo câncer de mama (INCA, 2017b), pois o autoexame pode gerar aumento de biopsias em lesões benignas e falso sentimento de segurança (OHL, et al., 2016).

Desse modo, a estratégia mais indicada é de “breast awareness”, ou seja, ficar alerta a saúde das mamas, identificando mudanças nas mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e aos principais sinais do câncer de mama, como a presença de corpus estranhos (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008). Segundo o INCA, a estratégia de breast awareness tem sido mais efetiva, pois 65% das mulheres identificam o câncer de mama casualmente e 35% por meio do autoexame mensal (INCA, 2017b).

Outra forma de prevenção é o rastreamento, uma estratégia que visa à realização de exames de detecção antes do surgimento de sinais da doença (THULER, 2003). Os exames indicados são a mamografia, o exame clínico das mamas, a ultrassonografia e a ressonância magnética. A mamografia é o método preconizado para rastreamento pelo Ministério da Saúde e o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama (HEYWANG-KÖBRUNNER; HACKER; SEDLACEK, 2011). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a mamografia seja realizada a cada dois anos, tendo como

público-alvo prioritário, mulheres entre 50 e 69 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Entre os especialistas não há um consenso sobre a indicação da faixa etária para realização da mamografia. A recomendação do Ministério da Saúde para o procedimento mamográfico foi baseada em estudos e diretrizes de outros países como Estados Unidos, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Polônia, Holanda e Reino Unido. (TESSER; D'ÁVILA, 2016), justificando que o rastreamento em mulheres entre 40 e 49 não tem impacto significativo na redução da mortalidade e a acurácia do exame fica comprometida pela densidade das mamas nessa faixa etária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b). No entanto, há defensores de que o rastreamento seja iniciado a partir dos 40 anos de idade e realizado anualmente, como explicitado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), alegando que esse procedimento pode reduzir a mortalidade, aumentar a taxa de sobrevivência e reduzir os custos financeiros e sociais do tratamento (SBM, 2017).

Por fim, há a prevenção terciária, realizada quando a doença já está instalada, sendo realizadas ações terapêuticas direcionadas à reabilitação física, psicológica e social (LECOURT, 2004), o que o Ministério da Saúde denomina de cuidados paliativos.

O foco de todas as ações em torno do câncer de mama é a redução da mortalidade. Em países desenvolvidos, há uma tendência para a redução da mortalidade, mesmo existindo um aumento da incidência da doença, isso está associado às melhorias nos meios de detecção precoce e tratamentos (CINTRA; GUERRA; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2008). Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a mortalidade e a incidência de câncer tendem ao crescimento (GONÇALVES et al., 2007). Em 2013, 14.206 mulheres morreram vítimas do câncer de mama, em 2014 foram 14.622 mortes por câncer de mama e em 2015, 15.403 mortes foram registradas (INCA, 2017c). Fato que reforça a necessidade de estudar e compreender o câncer de mama, a fim de oferecer subsídios para fortalecer a Política Pública.

2.1 Evolução Histórica das Ações para Controle do Câncer de Mama

Os primeiros conhecimentos sobre os tumores surgiram no século IV a.c. entre os gregos, com a ideia de uma massa dura que eventualmente reaparecia depois de extraída. No entanto, pouco se sabia sobre a doença, apenas no século XIX o conhecimento começou a se aperfeiçoar e descobriu-se que a doença surgia a partir de mutações de células normais durante o processo de divisão celular e que as células

anormais poderiam se espalhar pela corrente sanguínea formando metástase (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Apesar da evolução do conhecimento sobre a causa da doença, pouco se sabia sobre a cura, os pacientes identificados com câncer eram internados em asilos para esperar pela morte. Somente com o avanço dos conhecimentos sobre processos cirúrgicos, no fim do século XIX, os primeiros tratamentos foram introduzidos, a partir da extração do tumor por cirurgia. Outra importante descoberta foram os raios-X que poderiam auxiliar no tratamento pelo processo de radiação (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Esse conjunto de inovações no tratamento do câncer ampliou o interesse pela doença, diversos estudos foram desenvolvidos, principalmente sobre as causas. Entretanto esses estudos se concentravam na Europa e nos Estados Unidos. No Brasil, a grande preocupação dessa época era com os altos índices de malária, tuberculose, e outros males que assolavam a população, o que fazia a incidência do câncer parecer pouco grave (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Os dados estatísticos sobre saúde pública reforçavam o pouco interesse pelo câncer, visto que muitos casos não eram registrados, principalmente pela dificuldade no diagnóstico. O interesse pela doença estava a cargo apenas da classe médica, sendo considerado para estes profissionais importante conhecer sobre as medidas de controle, diagnóstico e tratamento. No entanto, ações comandadas pelo Estado para o controle da doença ficaram apenas em medidas de baixo custo e de pouco alcance (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A mudança desse cenário começou nos anos de 1920, quando o câncer começa a ser tratado como um problema de saúde pública, o que ocorreu devido à pressão da classe médica em enfrentar a doença e se alinhar com os procedimentos realizados no exterior, e por reconhecer que a incidência no País era maior do que apontavam as estatísticas da época. Além disso, nessa época também se deu o desenvolvimento de novas técnicas para o tratamento da doença, fatos que colocaram o câncer como uma temática relevante para a agenda pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No entanto, a atenção específica para o câncer de mama surgiu em anos posteriores, a primeira ação pública concreta direcionada ao controle desta doença ocorreu em 1984 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual apresentava duas linhas básicas: a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, entre eles o de mama (NICOLAOU; PADOIN, 2013), bem como o cuidado

mais amplo para além da atenção no pré-natal e parto, como atenção ginecológica, planeamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis (SCHLEMMER; CASTILHOS; LIMA, 2016).

Em 1986 criou-se o Programa de Oncologia (Pro-Onco), pelo Instituto Nacional de Câncer, sendo este um programa específico para desenvolver ações de controle do câncer no Brasil (ABREU, 1997). No final dos anos 1990, houve a implantação do Programa Viva Mulher, o qual formulou diretrizes e estruturou a rede assistencial para a detecção precoce da doença. Porém, as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil só foram propostas com o Documento de Consenso, escrito em 2004 (INCA, 2004, NICOLAOU; PADOIN, 2013). Esse documento recomendou estratégias de rastreamento pelo exame de mamografia a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos de idade, e exame clínico das mamas anual, para mulheres de 40 a 49 anos (SCHLEMMER; CASTILHOS; LIMA, 2016).

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), composta por seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade do exame, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. Esta política marcou os cânceres do colo do útero e de mama como componentes fundamentais dos planos estaduais e municipais de saúde (INCA, 2005).

Em 2009 foi reafirmada, no Pacto pela Saúde, a importância da detecção precoce, com a inclusão de indicadores e metas para os estados e municípios, a fim de melhorar o desempenho da PNAO (BRASIL, 2006). Em julho de 2009, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), com o objetivo de ampliar o acesso universal à mamografia e informatizar os dados relativos ao rastreamento e diagnóstico precoce (NICOLAOU; PADOIN, 2013).

Em março de 2011 foi reafirmada a prioridade do controle do câncer de mama, com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. Este plano estabeleceu investimentos técnicos e financeiros para a intensificação das ações de controle pelos estados e municípios. Ainda, o plano determinou ações de garantia de confirmação diagnóstica; implantação da gestão da qualidade da mamografia; ampliação da oferta de mamografia de rastreamento na população alvo; comunicação e mobilização social; fortalecimento da gestão do programa; e acesso ao tratamento do câncer com qualidade (INCA, 2018).

Em março de 2012 foi estabelecido o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), o que significou novos avanços, ao garantir a qualidade dos exames de mamografia (NICOLAOU; PADOIN, 2013).

Em 2013 duas ações foram realizadas, a instituição do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), no âmbito do SUS, integrando as plataformas SISCOLO e o SISMAMA. E também a atualização da Política Nacional de Atenção Oncológica pela 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) (PNPCC), a qual define responsabilidades para o Ministério da Saúde, para as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, considerando todas as diretrizes de atuação da política, tais quais: promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Além disso, determinou ações nos âmbitos de desenvolvimento científico e tecnológico; capacitação profissional; vigilância, monitoramento e avaliação; e comunicação em saúde (BRASIL, 2013).

No entanto, não basta que proposições e ações políticas sejam formuladas, é preciso que haja o envolvimento e o comprometimento dos planejadores e executores da política, tanto no âmbito nacional quanto nos estaduais e municipais, para o cumprimento das diretrizes e metas definidas pelas políticas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria do Programa e Avaliação de Política Pública

O estudo de políticas públicas tem como propósito orientar os governos nas suas decisões e compreender por que determinadas medidas são adotadas (SOUZA, 2002). Estudar políticas públicas se justifica devido a restrições financeiras que os países experimentam, isso porque, mesmo nos países desenvolvidos os recursos são limitados, e, portanto, a análise, o planejamento e a seleção de problemas prioritários para a sociedade é importante. Nos países em desenvolvimento, as políticas públicas têm o papel importante de impulsionar o desenvolvimento econômico, garantir a inclusão social e a qualidade de vida dos indivíduos mais desprovidos, em um cenário de maior restrição financeira

Com a finalidade de assegurar a qualidade de vida da população, no que diz respeito à saúde, a Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que prima pelo acesso integral, universal e gratuito aos

serviços de saúde a todos os brasileiros. Desde então, várias políticas públicas de saúde foram criadas para serem amparadas por esse sistema. Uma dessas políticas é a PNPCC, a qual visa à redução da mortalidade e da incidência de alguns tipos de câncer, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

No entanto, desenvolver e implementar uma política, não garante que ela cumprirá seu objetivo satisfatoriamente, sendo preciso acompanhar o processo de implementação por meio da avaliação. A avaliação significa verificar se a política está promovendo mudanças econômicas e/ou sociais para as quais ela foi destinada (SOUZA, 2002). É o momento de examinar se o processo de implementação e o desempenho da política tem contribuído para a redução do problema que a gerou (SECCHI, 2012).

Para Morra-Imas e Rist (2009) a avaliação compreende o processo de medição sistemática da operação e/ou dos resultados de um projeto, programa ou política, em relação ao desempenho, eficácia e impacto considerando os objetivos predeterminados, a fim de contribuir para o aprimoramento das ações que são realizadas.

Segundo Sechi (2012) a avaliação pode melhorar de forma significativa como os gestores percebem a política. Apesar da importância da avaliação, muitas vezes é uma tarefa difícil de realizar, pois os resultados de uma política pública podem se configurar no longo prazo. Sabatier (1993) afirma que os frutos de uma política são perceptíveis, em média, após 10 anos da sua implementação, pois requer tempo para o ajustamento de seus propósitos e para a mudança no comportamento do público-alvo.

Autores como Costa e Castanhar (2003), Ala-Harja e Helgason (2000), Carvalho (2003) e Souza (2002) apresentam tipos de avaliações que contemplam diferentes objetivos e momentos de uma política, sendo elas: avaliação de metas, de processo e de impacto.

A avaliação de meta tem como finalidade medir os resultados imediatos de uma política ou programa pelo cumprimento de suas metas, portanto, para que ela ocorra é necessário que o programa tenha estabelecido metas durante o processo de elaboração. Essa é uma avaliação que visa identificar os retornos obtidos no curto prazo. Entretanto, ela apresenta algumas limitações, como: dificuldade de determinar as metas precisamente; dificuldade de selecionar metas para o processo de avaliação; e identificar as mudanças de metas que ocorrem durante a execução de um programa (COSTA; CASTANHAR, 2003).

A avaliação de processo visa à medição da efetividade de uma política pública, se essa está sendo implementada de acordo com suas diretrizes (SOUZA, 2002). Essa avaliação ocorre durante a execução da política, visto que é “preciso verificar se há necessidade de realizar mudanças nos programas implementados para garantir sua efetividade” (JANNUZZI, 2011, p. 260). Ainda segundo Trevisan e Bellen (2008) a avaliação de processo tem a finalidade de apontar defeitos na elaboração dos procedimentos, identificar barreiras e obstáculos à implementação, acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos, e gerar dados para uma eventual reprogramação.

A avaliação de impacto, de acordo com Souza (2002), diz respeito aos efeitos da política sobre seu público-alvo, estabelecendo uma relação de causalidade entre a política e as alterações nas condições econômicas e sociais. O foco desse tipo de estudo é detectar mudanças nas condições de vida de uma comunidade oriundas do programa, e se as mudanças ocorreram conforme planejado. Entretanto, segundo Carvalho (2003) a avaliação de impacto deve focalizar, além dos efeitos produzidos para beneficiários diretos da intervenção pública, deve-se avaliar também a efetividade social. Essa avaliação ocorre com o encerramento da política e busca averiguar os resultados de longo prazo (COSTA; CASTANHAR, 2003).

A Política atual de controle de câncer é recente, instituída em 2013, logo, ainda é cedo para avaliar seu impacto. Além disso, não foram estabelecidas metas pela Portaria que instituiu a PNPCC, não sendo possível realizar uma avaliação de metas. Mas é possível monitorar a Política e verificar se sua implementação está ocorrendo conforme suas diretrizes, por meio de uma avaliação de processo. A avaliação de processo se encaixa aos objetivos desse estudo e poderá fornecer um aprimoramento incremental na política, a partir dos seus aspectos constitutivos, e não dos resultados de longo prazo.

Por se tratar da avaliação do processo, é preciso compreender a teoria do programa, e como os elementos que compõem a gestão de uma política pública se apresentam, tais como os recursos (inputs), o processo, os resultados de curto prazo (outputs) e os efeitos de longo prazo ou impactos (outcome) esperados.

A literatura avaliativa aconselha a adoção da Teoria do Programa (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2004; BAMBERGER; RUGH; MABRY, 2006), pois os avaliadores necessitam entender as premissas teóricas em que o programa se baseia e como as ações conduzem aos resultados (WEISS, 1999). Desse modo, o autor define a Teoria do Programa como o arcabouço de conhecimento que fundamenta, organiza, categoriza, descreve e explica como compreender o funcionamento dos programas, isto

é, a maneira pela qual estão desenhados e pretendem atingir os objetivos (WEISS, 1999).

A Teoria do Programa tem a função de apresentar e partilhar a compreensão das relações entre os recursos para operar o programa, as atividades planejadas e os resultados que se espera alcançar (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). A compreensão desses aspectos pode ser facilitada por meio do modelo lógico, o qual auxilia na análise da teoria de um programa, permitindo a identificação de deficiências em seu desenho, que poderão interferir no seu desempenho, sendo assim uma ferramenta importante de avaliação de processo (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

3.2 O Modelo-Lógico na política pública

O Modelo Lógico é uma ferramenta de aprendizado e gerenciamento de programas públicos, que facilita processo de planejamento, implementação e avaliação, bem como proporciona maior conhecimento sobre o programa e melhor documentação dos resultados (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2004).

De acordo com Bamberger, Rugh e Mabry (2006), o Modelo Lógico tem a finalidade de apontar como a teoria do Programa desenvolvido levará aos resultados desejados. Assim, o Modelo Lógico é uma maneira sistemática e visual de apresentar os recursos para operar o programa, as atividades planejadas e os resultados esperados (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). Ou seja, uma relação entre os inputs para o desenvolvimento do programa e dos processos que serão conduzidos, os outputs, que são os resultados de curto prazo e os outcomes, que são os impactos de longo prazo.



Figura 1: Elementos básicos do Modelo Lógico

Fonte: Adaptado de W. K. Kellogg Foundation, 2004

Os recursos representam o conjunto de elementos (humanos, financeiros, materiais, gerenciais e técnicos) indispensáveis para a execução das atividades e posterior obtenção dos produtos. As ações são todas as atividades que os executores devem cumprir para que o Programa seja implementado e são elaboradas para produzir as mudanças e atingir os resultados pretendidos no programa, como ferramentas, eventos, tecnologia empregada e ações específicas. Os produtos são os resultados diretos e de curto prazo, das atividades do programa. Já os impactos são as mudanças fundamentais previstas ou não, que ocorrem no longo prazo, normalmente 10 anos após

a implementação do programa e afetam não somente os participantes, mas também as comunidades e os sistemas que direta ou indiretamente foram envolvidos pelo programa (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2004).

O Modelo Lógico é considerado um instrumento para explicitar o desenho do programa, ao expor seus objetivos em uma ordenação lógica e fornecendo uma linguagem simplificada, com fácil visualização, para os gestores das ações e a outros interessados (SILVA e BERNARDES, 2014). Logo, trata-se de uma ferramenta importante para documentar a descrição e a análise dos elementos contextuais do problema; das atividades e recursos previstos; e dos resultados esperados (ROMEIRO et al., 2013).

Alguns estudiosos da avaliação como Rossi, Lipsey e Freeman (2004) destacam a importância de se partir da análise da teoria do programa para a identificação de deficiências do desenho, que poderão interferir no desempenho. Desse modo, conhecer a teoria ou o desenho de um programa é importante para inferir se este poderá alcançar os resultados planejados. O Modelo Lógico, a partir da visualização dos recursos empregados e dos processos a serem realizados, pode dar um panorama sobre a possibilidade de entregar os produtos e resultados desejados.

Para atingir seu propósito, o processo de formulação do Modelo Lógico deve incluir: a definição clara dos objetivos e resultados esperados do programa; indicadores de desempenho e; comprometimento dos gestores do programa com o que está proposto no Modelo Lógico (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Dentre outras metodologias para construção de Modelos Lógicos, como de McLaughlin e Jordan (2004) e W. K. Kellogg Foundation (2004), destaca-se a do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pois recomenda a construção de três fases para a elaboração do modelo, sendo que seu desenvolvimento também foi baseado em diferentes bases teóricas. De acordo com essa metodologia, o Modelo Lógico deve conter: 1) Explicação do problema e referências básicas do programa; 2) Estruturação do programa para alcance de resultados e 3) Identificação de elementos relevantes de contexto (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

As bases teóricas que originaram a metodologia foram três. O primeiro componente, explicação do problema e referências básicas do programa, foi elaborado combinando os aspectos metodológicos do Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos ou ZOPP, como é chamado, desenvolvido pela agência alemã GTZ para a análise, baseada na árvore de problemas, e também do Planejamento Estratégico

Situacional (PES) de Carlos Matus. Já o segundo e o terceiro componentes, que são a estruturação do programa para alcance de resultados e a identificação de elementos relevantes de contexto, tiveram origem da proposta de McLaughlin e Jordan (2004) para desenvolvimento de Modelo Lógico.

As referências básicas apresentam o problema, bem como suas causas e consequências, e os atributos que delimitam o campo de atuação do programa, como: objetivos, público-alvo e beneficiários (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

A estruturação do programa corresponde às ações que devem ser planejadas para atingir as causas do problema e a mudança desejada. Esse processo ocorre a partir da geração de produtos pelas ações, como bens ou serviços oferecidos ao público-alvo do programa. Esses produtos, conseqüentemente, levam ao resultado intermediário, que tem o potencial de ajustar as causas do problema. A atuação sobre as causas do problema leva ao resultado final esperado e conseqüentemente ao alcance do objetivo do programa, refletindo na mudança no problema (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

A identificação de elementos relevantes no contexto ao qual o programa está inserido é importante, pois podem favorecer ou comprometer o desenvolvimento das ações, logo, é preciso desvendá-los. Conhecer os elementos contextuais pode assegurar a sustentabilidade do programa, mas essas informações devem ser constantemente atualizadas, pois o ambiente externo experimenta frequentes mudanças (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

4. METODOLOGIA

Para a construção do Modelo Lógico proposto foram adotados os procedimentos estabelecidos pelo Ipea (2015), por ser uma metodologia já aplicada em alguns programas brasileiros, como na análise do Programa Segundo Tempo realizada por Cassiolato e Guerresi (2015), na análise do programa Rede Cegonha feita por Calvalcanti et al. (2013) e na análise do Programa Luz para Todos por Freitas e Silveira (2015). Como também por ser uma metodologia considerada completa, ao levar em consideração diversos fatores relacionados ao problema que gerou a política, como as causas, as consequências e os descritores que evidenciam a importância do problema.

Além disso, parte da necessidade de explicar o objetivo geral e os específicos da política, bem como seus beneficiários diretos e indiretos. A metodologia também leva em consideração os fatores ambientais/contextuais que podem influenciar a política. Logo, é metodologia que abrange diferentes elementos quando se comparada a outras

metodologias, como a desenvolvida pela W. K. Kellogg Foundation (2004), que é uma metodologia internacional e também bastante utilizada.

Inicia-se o procedimento para a construção de um Modelo Lógico com a coleta e análise de informações sobre o programa ou política pública, por meio da análise de documentação existente (IPEA, 2015). Os dados sobre a Política foram coletados da Portaria 2 de setembro de 2017, que a instituiu, sendo esta a principal fonte de dados para compreender a política, suas diretrizes e sua estruturação. Também foram utilizados dados coletados no site do Instituto Nacional do Câncer e de artigos científicos que discutem sobre a Política. Os artigos foram localizados pelo Google Scholar, usando palavras-chave como: Câncer de Mama, PNPCC, Política pública para o câncer de mama e Mortalidade por câncer de mama.

Após coletados os dados, tem-se a montagem da primeira etapa do Modelo Lógico com a esquematização da explicação do problema e das referências básicas. Nesta etapa são identificados o objetivo geral e os específicos da política, o público-alvo e os beneficiários diretos, os descritores do problema, que são dados para enunciar de forma clara que o problema existe e justificá-lo. Ainda nesta fase são levantadas todas as possíveis causas e consequências do problema (IPEA, 2015).

A segunda etapa do Modelo Lógico é uma das que mais exige esforço e atenção por parte do pesquisador, pois nesse momento é esboçado o desenho do programa, o que deve incluir: a identificação das fontes de recursos, se serão orçamentários ou não orçamentários; as ações planejadas pela política; os produtos gerados por essas ações, que são bens ou serviços ofertados aos beneficiários; os resultados intermediários, que evidenciam mudanças na causa do problema; e o resultado final (IPEA, 2015). Cabe ressaltar que cada ação planejada pela política, necessariamente deve gerar um produto, e que um ou vários produtos gerarão um resultado intermediário, e por fim, a soma de todos os resultados intermediários deve gerar apenas um resultado final, que reflete no cumprimento do objetivo geral da política.

Ainda nesta etapa, são levantados os impactos que o alcance do resultado final pode gerar o que pode também refletir nas consequências do problema (IPEA, 2015). Especificamente no caso da PNPCC, esses impactos podem ainda não ser visíveis ou quantificáveis, visto que a Política foi implementada em 2013 e como destacado pela W. K. Kellogg Foundation (2004) os impactos normalmente ocorrem após 10 anos de implementação do programa. Logo, os impactos que serão apresentados no modelo são os esperados.

Na terceira e última etapa de elaboração do Modelo Lógico são elencados os elementos contextuais que podem influenciar positivamente ou negativamente o alcance dos resultados desejados. Os elementos contextuais constituem dados importantes, pois permitirão conhecer a sustentabilidade da estrutura lógica construída para o alcance de resultados (Ipea, 2015). O Modelo Lógico final, com todos seus elementos, está apresentado na próxima seção.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Modelo Lógico será apresentado e discutidos por etapas, conforme as três etapas do modelo do Ipea. Portanto, primeiramente será apresentada a explicação do problema e as referências básicas do programa, em seguida a etapa de estruturação do programa para alcance de resultados; e por último a etapa de identificação de elementos relevantes de contexto.

5.1 Explicação do problema e referências básicas

No Brasil, em 2018, está prevista a ocorrência de 59.700 casos de câncer de mama (INCA, 2018), a maior incidência dos últimos anos. O aumento dos casos tem provocado o aumento da mortalidade pela doença, sendo que em 2016 foram registradas 16.166 mortes por câncer de mama em todo o Brasil.

Na Figura 2 tem-se a descrição da origem do problema, que é a alta mortalidade por câncer, em decorrência disto é instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) em 2013, cujo foco de análise será o câncer de mama. A PNPCC tem como objetivo principal reduzir a mortalidade causada pelo câncer. Como objetivos secundários a Política pretende melhorar a qualidade de vida dos pacientes, diminuir a incidência do câncer por meio da prevenção e do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos e diminuir as incapacidades provocadas pelo câncer.

Como público-alvo, a PNPCC foi desenvolvida para atender todos os cidadãos com câncer de mama, bem como os podem vir a ter. No entanto, os beneficiários diretos são as mulheres de 50 a 69 anos, que apresentam mais riscos de desenvolver a doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Quanto às causas do problema, uma das principais está relacionada ao tempo de espera para a realização do exame diagnóstico e para o início do tratamento. O tratamento iniciado tardiamente reduz a qualidade de vida do paciente, por ter que

enfrentar um tratamento mais doloroso devido ao avanço da doença, o que também aumenta seus custos pelo SUS, pois mais procedimentos, de maior complexidade, deverão ser realizados conforme a doença avança (PAIVA; CESSE, 2015). Segundo Gebrim e Quadro (2006), o tempo médio para o diagnóstico e início do tratamento pode superar 120 dias em alguns locais, e esse longo prazo é devido, em grande parte, à quantidade de exames solicitados pelos médicos, portanto ultrapassando o limite de 60 dias estabelecido pela Lei 12.732/12.

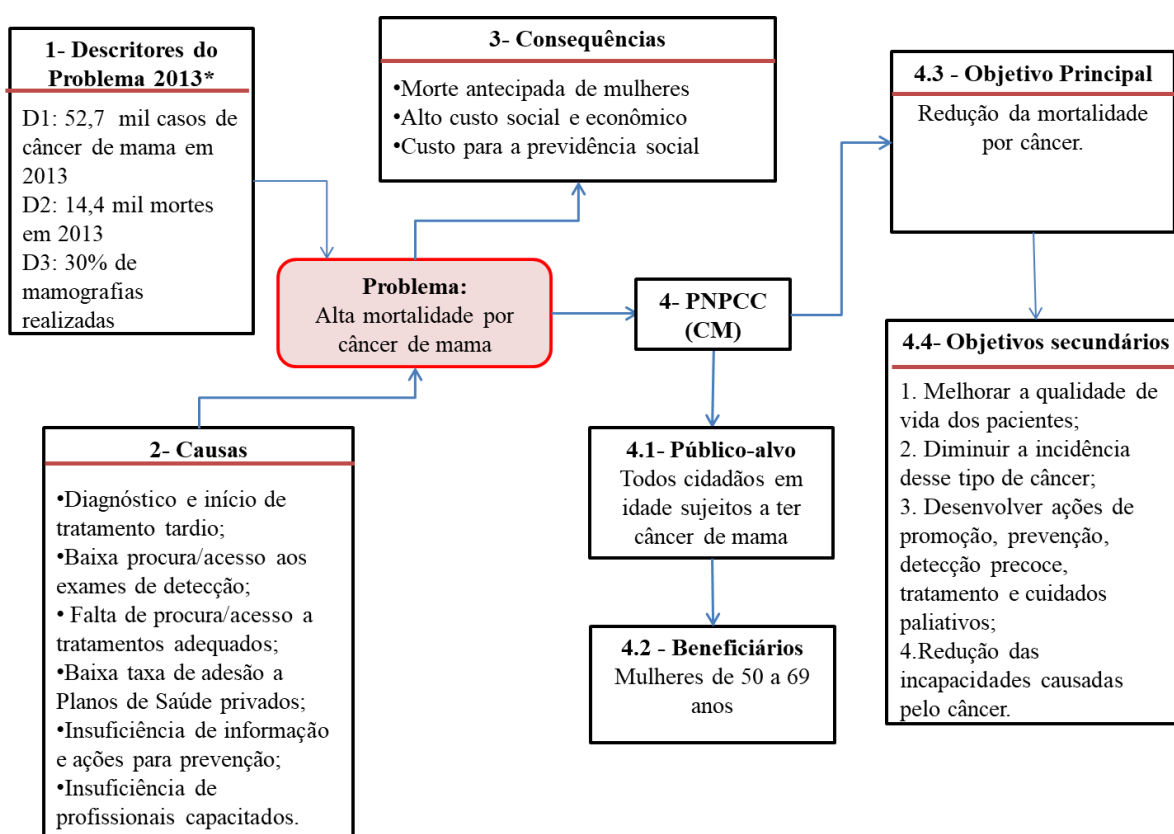


Figura 2: Diagrama da explicação do problema

Fonte: Elaboração própria

*Os dados apontados no quadrante 1 (Descritores do Problema) são de 2013, apesar de existirem dados mais recentes, esses podem ter sido utilizados para apoiar a formulação da política, pois foi neste ano que ela foi instituída.

**Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Câncer de Mama)

Outra causa associada ao problema está a baixa procura ao exame de detecção pelas mulheres, e/ou a dificuldade de acesso a esses exames. No ano de 2015, apenas 31% das mulheres com idade entre 50 a 69 anos realizaram mamografia (Brasil, 2015), quando o recomendado é 70% (AGÊNCIA BRASIL, 2015). No entanto, é preciso compreender mais a fundo esse número, se isso decorre da falta de iniciativa das

mulheres em realizar o exame ou se decorre da dificuldade de acesso ao serviço, o que as desestimulam a realizar o exame.

Reforçando o argumento da baixa procura pelo exame de detecção, Paiva e Cesse (2015) encontraram em seu estudo que as mulheres identificam o nódulo no seio, em média, 3 meses antes de procurar pelo primeiro atendimento médico na atenção primária de saúde, o que pode estar relacionado a resistência em realizar os exames de detecção.

Outro problema que pode agravar a incidência e a mortalidade por câncer de mama é a baixa taxa de aquisição a Planos de Saúde Privados, devido principalmente à baixa renda da maior parte da população, e conseqüentemente muita dependência do sistema público de saúde, o que o sobrecarrega e dificulta o atendimento com qualidade. De acordo com Couture et al. (2008) pessoas com planos de saúde realizam mamografia com mais frequência, e no Brasil, apenas 24,5% da população tem plano de saúde privado (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, 2017).

Estudo realizado por Guerra et al. (2015) demonstrou que mulheres sem plano de saúde privado são diagnosticadas com câncer de mama mais tarde, logo em estágios mais avançados da doença e também, como consequência morrem mais precocemente, em comparação com pacientes que possuem plano de saúde. Os autores ainda destacam que a diferença de qualidade do tratamento potencializa ainda mais tais disparidades, resultando em mortes precoces.

Outro fator que afeta a mortalidade por câncer de mama é a falta de informação e de ações para prevenção por parte da população, como já apontado por alguns estudos. Cerca de 28% dos casos poderiam ser evitados com medidas de prevenção, como a adoção de hábitos saudáveis de vida, por meio de uma alimentação mais saudável, redução da obesidade, redução do consumo de álcool e tabaco e pela prática de atividades físicas (AICR, 2009).

Por fim, como causa da alta mortalidade, destaca-se a insuficiência de profissionais capacitados para orientar a população sobre as medidas de prevenção e detecção precoce; para realizar os exames de imagem e interpretá-los; e para tratar a doença quando identificada. Conforme relatado no estudo de Godinho e Kach (2004), cerca de 86,7% dos médicos entrevistados não sabiam informar todos os fatores de riscos associados ao câncer de mama, o que é um fato preocupante, pois a principal fonte de informação confiável para os pacientes são os médicos.

Como consequência, tem-se o elevado índice de morte precoce de mulheres, o que resulta em elevados custos sociais e econômicos aos pacientes e à toda sociedade, via Sistema Único de Saúde, especialmente. Os custos sociais se referem ao impacto na estrutura familiar pela perda de um ente querido e pelos danos psicológicos gerados nessa estrutura familiar. Ainda há que se considerar os custos econômicos, como a perda de mão de obra produtiva, gerando consequências na renda familiar, no mercado de trabalho e na previdência social. Também é preciso considerar os custos do SUS com ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (SEBASTIÃO et al., 2014; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014).

5.2 Estruturação do programa para alcance de resultados

A estruturação do problema para o alcance dos resultados visa descrever a origem dos recursos para a implementação e execução da política, já as ações propostas pela Política, denominada de “Ações PNPCC” são ações mais globais ou guarda-chuva. Essas ações guarda-chuva são desmembradas em ações mais específicas, as quais denominou-se de ações do Modelo Lógico. Essas ações específicas geram produtos, que geram resultados intermediários. Todos os resultados intermediários se convergem para o cumprimento do objetivo da política, que é o resultado final. Por fim, o resultado final implica em impactos, que são resultados de longo prazo e afetam a sociedade e ao público-alvo da política. A Figura 3 representa este processo.

Quanto aos recursos para o desenvolvimento das atividades da Política, a principal fonte é o orçamento da União, através do Ministério da Saúde (INCA, 2002), esses recursos são repassados por dotação orçamentaria à estados e municípios.

Ao que se refere às ações, a Portaria 874, que institui a Política aponta princípios e diretrizes relacionados à prevenção; à promoção à saúde; à detecção precoce; ao tratamento oportuno; aos cuidados paliativos; à ciência e tecnologia; à educação por meio da capacitação profissional; e a vigilância, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013). Assim, a segunda coluna do modelo se refere a essas diretrizes, à exceção da “Infraestrutura”, que não foi estabelecida como uma diretriz da Política, mas que foi determinada por esta, no artigo 21, inciso IV, a obrigatoriedade de “garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário” (BRASIL, 2013, p. 129).

Recursos	Ações PNPC	Ações Modelo Lógico	Produtos	Resultados intermediários	Resultado Final
Recursos Orçamentário	Promoção	Incentivo a hábitos saudáveis de vida	Promover a prática de atividades físicas Campanhas p/ redução do tabagismo e alcoolismo Campanhas para alimentação saudável	Reduzir a incidência de câncer de mama	Redução da mortalidade por câncer de mama
	Prevenção	Breast awareness	Identificação precoce de mudanças na mama	Redução de nº casos em estágios avançados	
		Deteção precoce	Realização de mamografia pelo SUS		
	Tratamento	Esforços p/ cumprimento da Lei 12.732/12	Tratamento em tempo oportuno	Aumentar a chance de cura	
		Tratamento integral pelo SUS	Oferta de leitos, medicamentos e atendimento multiprofissional		
	Cuidados Paliativos	Oferta de sistemas de apoio aos pacientes e familiares	Tratamento dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais.	Qualidade de vida para os pacientes e familiares	
	Capacitação	Oferta e estímulos a treinamentos contínuos	Realização de cursos, palestras e participação em congressos.	Especialização dos Recursos Humanos e melhoria nos atendimentos	
	Infraestrutura	Oferta de equipamentos	Mamógrafos em quantidade e qualidade suficientes	Mais mamografias e tratamentos realizados	
		Fornecimento de transporte	Deslocamento das mulheres		

(Continuação)



(Continuação)

Impactos

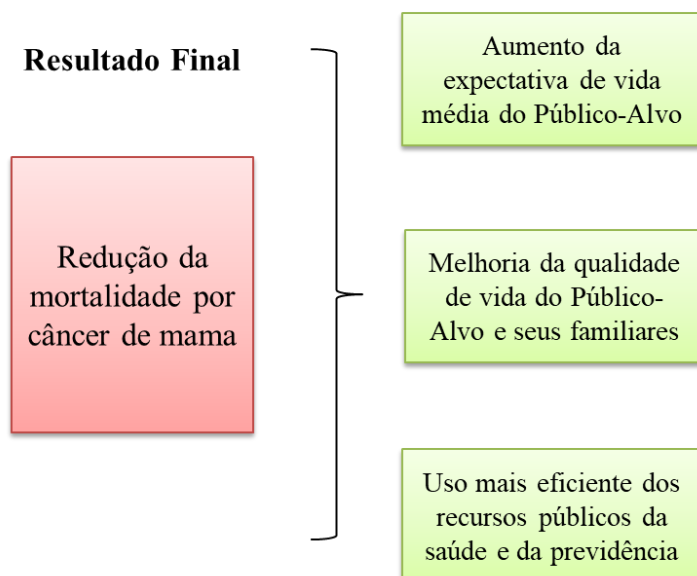


Figura 3: Estruturação do Programa
 Fonte: Elaboração própria

As ações de promoção da Política visam à comunicação no intuito de incentivar os hábitos saudáveis de vida e assim conseguir reduzir a incidência do câncer, sendo estas ações de prevenção primária, conforme classificação de Lecourt (2004). Alguns fatores já foram comprovados como fatores de risco, aumentando a probabilidade de o

indivíduo desenvolver a doença, como o consumo abusivo de alimentos de baixo valor nutricional, ricos em gorduras, açúcares e sal, também há associação do câncer com o consumo excessivo de álcool e tabaco, como também com o sedentarismo (SILVA; RIUL, 2011; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Nesse sentido, cabe ao governo promover a prática de atividades físicas, mas para isso é preciso fornecer infraestrutura pública para a prática dessas atividades, como as academias de saúde, pistas com calçamento adequado para caminhadas e corridas, ciclovias para as bicicletas, entre outras. Cabe também a realização de campanhas para alertar a população sobre os riscos dos hábitos pouco saudáveis de vida e a influência destes na ocorrência do câncer.

As medidas de prevenção têm o objetivo de controlar o câncer e, principalmente, reduzir os casos de diagnóstico tardio, quando a doença já está em estágio avançado, implicando em tratamento mais agressivo e nas chances de sobrevivência, ou seja, atuar na prevenção secundária. Desse modo há o incentivo para que as mulheres, principalmente as de 50 a 69 anos de idade, realizem mamografia bilateral periodicamente, com o intuito de detectar precocemente a neoplasia. Mas, para que a detecção pela mamografia ocorra de forma efetiva é preciso garantir a qualidade do exame, do procedimento e das imagens geradas, para que seja possível identificar com exatidão o nódulo cancerígeno.

Como descrito por Villar et al. (2015), a garantia da qualidade da imagem dos exames de mamografia oferecidos à população é importante, pois exames de baixa qualidade produzem tanto resultados falso-positivos, nos quais não há comprovação de malignidade após os exames, quanto falso-negativos, que podem postergar o início do tratamento adequado.

Ainda, dentro das ações de Prevenção, há o incentivo para que todas as mulheres exerçam o “breast awareness”, que é a prática de estar atenta a qualquer sinal ou mudança no aspecto das mamas e a presença de corpos estranhos. Ainda, de acordo com a Política, faz parte das medidas de prevenção eliminação da “exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação” (BRASIL, 2013, p.129).

No que se refere ao tratamento, ficou estabelecido por determinação legal (Lei 12.732/12) que, quando diagnosticado o câncer, o tratamento deve ser iniciado em no máximo 60 dias e ainda a PNPCC estabelece que o tratamento ocorra em tempo oportuno. Logo, a Política deve promover esforços para o cumprimento da Lei

12.732/12. No entanto, estudo realizado por Peters (2013) mostra que as pacientes, em sua maioria, esperam por um longo período entre o diagnóstico e o início do tratamento, o que resulta em diagnósticos tardios e em estágios avançados da doença.

A PNPCC também estabelece que os indivíduos identificados com a doença recebam tratamento integral pelo SUS (BRASIL, 2013), proporcionando para isso leitos em quantidade e qualidade suficientes, medicamentos recomendados e atendimento multiprofissional envolvendo oncologistas, mastologistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros profissionais se necessário para que o tratamento resulte em cura. O estudo de Peters (2013) também apontaram falhas nesse sentido, no atendimento a pacientes com câncer pelo SUS.

Acompanhado do tratamento, ocorrem cuidados paliativos, que tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes e de seus familiares. Nesse sentido, há ações para oferecer todo um sistema de apoio no intuito de que sejam tratados, além dos sintomas físicos, os psicológicos, sociais e espirituais, bem como o acolhimento dos familiares nos hospitais para acompanhar os pacientes durante o tratamento (INCA, 2017b), Lecourt (2004) denomina essas medidas e cuidados de prevenção terciária.

Para que todas as ações de promoção; prevenção, incluindo a detecção precoce; tratamento; e cuidados paliativos ocorram, é preciso ter profissionais capacitados em todos os níveis de atendimento, desde a atenção primária, passando pela secundária, até a terciária. Logo, é preciso ações e ofertas de estímulos para treinamentos contínuos a todos profissionais envolvidos na Política, por meio da realização de cursos, palestras, treinamentos e incentivo à participação em eventos e congressos, resultando em profissionais mais especializados e capacitados e, conseqüentemente, melhor atendimento aos usuários do SUS, como já apontado e recomendado em outros estudos, como em Nicolau e Padoin (2013).

Outra ação que influencia a efetividade da Política é a infraestrutura, por meio da oferta de equipamentos em quantidade suficiente para atender a todo o território nacional, sendo preciso que eles sejam distribuídos equitativamente para atender às necessidades de cada região (XAVIER et al., 2016). Além disso, é necessário que os equipamentos tenham qualidade para gerar imagens que permitem diagnosticar com segurança o câncer. Outro fator importante associado à infraestrutura é a oferta de meios de transporte para as mulheres que precisam se deslocar para outro município para realizar consulta especializada, ou mamografia ou tratamento (XAVIER et al., 2016; AMARAL, et al., 2017). A não oferta de infraestrutura adequada e de meio de

transporte pode inviabilizar a boa execução da Política, ao resultar na baixa realização de mamografias (AMARAL, et al., 2017). Tais elementos tem sua relevância ressaltada por representarem a necessidade de orquestração de ações multisetoriais, intergovernamentais e interdisciplinares, com especial atenção para a gestão da política pública.

Outra diretriz da Política é o investimento em tecnologias, as ações que compõem essa diretriz são as decisões sobre quais novas tecnologias poderão ser incorporadas ao SUS e quais deverão ser excluídas por estarem ultrapassadas (BRASIL, 2013). Outra ação estabelecida dentro dessa diretriz é o incentivo à implantação de redes de pesquisas, com a finalidade de desenvolver estudos e aumentar a produção do conhecimento sobre o câncer (BRASIL, 2013). Tais medidas podem potencializar as metodologias, técnicas e conhecimento sobre os fatores de risco, as formas de desenvolvimento da doença, os métodos de diagnóstico e tratamento, entre outros.

Por fim, a Política estabelece que ações de Vigilância e Monitoramento devem ser adotadas como ações para promover a alimentação adequada e contínua dos bancos de dados, com análises sistemáticas dessas informações, o que poderá subsidiar ações de planejamento, monitoramento e avaliação. Ainda, com relação à diretriz vigilância e monitoramento, foi estabelecido pela Política que devem ser monitorados os fatores de riscos externos associados à doença, como reposição hormonal pós-menopausa e estilo de vida (SILVA; RIUL, 2011; SOUZA, 2012). Tais ações podem levar ao controle mais efetivo do câncer.

Todas essas ações estabelecidas pela Política, ou complementares a ela, tem como propósito final reduzir a mortalidade por câncer de mama, que é o principal objetivo da PNPCC(CM). O cumprimento do objetivo da Política, a partir da redução da mortalidade, pode trazer alguns impactos positivos, embora seja justo ressaltar que esses impactos são previstos, mas ainda não levantados e mensurados em estudos, devido ao pouco tempo de instituição da Política.

Alguns dos impactos previstos são o aumento da expectativa de vida média do público alvo; a melhoria da qualidade de vida do público-alvo e de seus familiares; e o uso mais eficiente dos recursos da saúde e da previdência. Como a Política visa à detecção precoce da doença, isso permite reduzir o tempo e o custo do tratamento, bem como o tempo que a mulher ficará afastada do mercado de trabalho, o que reduz também os gastos da previdência social seja por afastamento, aposentadoria por invalidez ou pensão por morte, caso a paciente venha a falecer.

5.3 Identificação de elementos relevantes de contexto

A terceira etapa do Modelo Lógico tem como finalidade levantar os elementos do contexto que podem influenciar tanto positivamente, quanto negativamente a PNPPC(CM). Alguns elementos do contexto, como a Legislação 12.732/12 (Lei dos 60 dias) e o Decreto 7.646/2011(incorporação e exclusão de tecnologias), não fazem parte da Política, mas se relacionam com algumas ações da política, por isso, o leitor ao ver novamente esse assunto sendo tratado nessa seção poderá ter a sensação de redundância dos temas abordados.

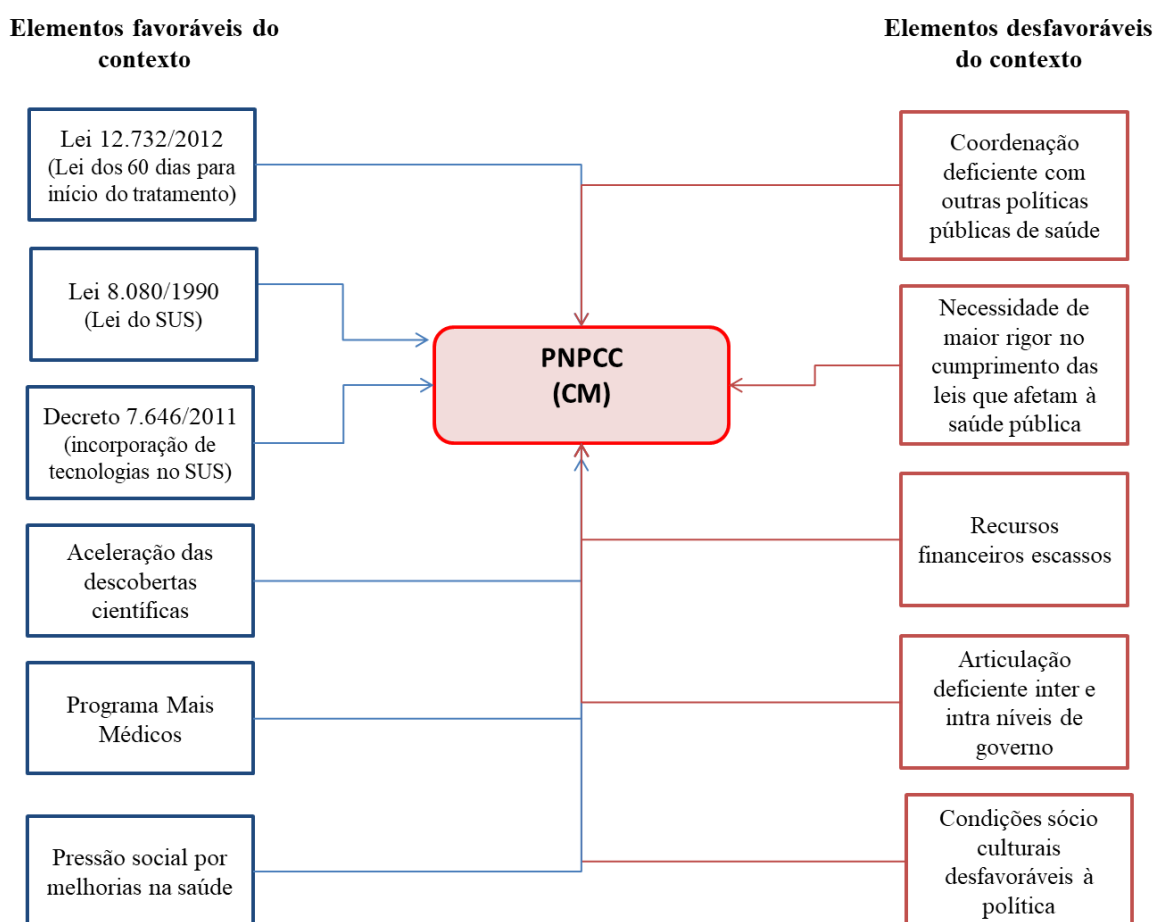


Figura 4: Elementos contextuais à PNPPC com o foco no câncer de mama
Fonte: Elaboração própria.

Os elementos favoráveis do contexto se referem a legislações, outras políticas relacionadas, a tecnologia e a sociedade. Os elementos legislativos são a Lei 12.732/12, que determina o início do tratamento do câncer em no máximo 60 dias após o diagnóstico, essa é uma lei apoiada na PNPPC, pois contribui com o aumento da chance de cura dos doentes, como também com a redução da mortalidade.

Outra lei que contribui com o alcance dos resultados da PNPCC é a Lei 8.080/1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), a qual visa garantir acesso universal e gratuito dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a todos os cidadãos (BRASIL, 1990). É pelo SUS que muitos brasileiros conseguem realizar as ações de diagnóstico e tratamento estabelecidas pela PNPCC.

Da mesma forma, o Decreto 7.646/2011 tem o potencial de influenciar a eficácia da PNPCC, pois dispõe sobre a incorporação e exclusão de tecnologias no SUS, visando melhorar sua assistência. Associado ao Decreto 7.646/2011, está o avanço tecnológico em todas as áreas da ciência, vive-se um momento em que novas descobertas científicas acontecem constantemente e em ritmo acelerado. Tais descobertas podem permitir mais controle da doença e melhor tratamento dos doentes, influenciando direta e positivamente a PNPCC (PETERS, 2013).

O Programa Mais Médicos também faz parte do contexto externo da PNPCC, pois pode influenciar diretamente no controle do câncer, visto que o programa foi desenvolvido para melhorar o atendimento do SUS, aumentar o número de médicos na assistência básica e levá-los para regiões de déficits ou ausência desses profissionais. Ainda, o programa prevê mais recursos para investimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas na graduação e na residência médica (PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2018).

Por fim, outro elemento do contexto favorável à PNPCC é a pressão popular crescente por melhorias em todas as áreas públicas, com ênfase na saúde. A pressão popular se fortaleceu em 2014 com o advento de movimentos político-sociais emergentes, quando milhões de pessoas do Brasil todo foram para as ruas protestarem por melhorias na situação econômica, política e social do país. A pressão popular pode ser um forte aliado para fortalecer políticas públicas e fazer cumpri-las.

No que se refere aos fatores contextuais desfavoráveis, pode-se relacionar a coordenação deficiente com outras políticas de saúde que poderiam complementar com mais eficiência a PNPCC em outras áreas, como nutrição, atividade física e apoio psicossocial. Aliada a esse fator está à necessidade de maior rigor no cumprimento das leis relacionadas à saúde pública, como é o caso da Lei 12.732/12. Estudos como o de Paiva e Cesse (2015), aponta o atraso no cumprimento do prazo de 60 dias, relatando atraso em 56% dos casos, o que faz agravar o estágio do câncer.

Outro caso é com o cumprimento da Lei 8.080/1990 que regimenta o SUS, em que é frequente os episódios de mau atendimento, falta de vagas, demora no

agendamento de consultas, falta no fornecimento de medicamento, entre outras diversas precariedades do sistema. Verifica-se a observância das Leis é fundamental para o bom funcionamento de todo o aparato público de saúde.

Há que se considerar também como fator desfavorável à PNPCC a escassez de recursos financeiros, o que afeta não somente esta Política em específico, mas todas as outras áreas públicas, tornando todo o sistema menos efetivo por inviabilizar a execução de várias práticas.

Outro elemento do contexto que pode inviabilizar a execução da PNPCC é a deficiente articulação entre os níveis de governo, seja por problemas políticos ou técnicos, levando à baixa articulação entre as determinações do governo federal e as execuções nos níveis estadual e municipal. No entanto, este problema também pode ocorrer nas relações intragovernamentais, principalmente na esfera local, por falta de coordenação entre as prefeituras para a execução dos consórcios intermunicipais de saúde, que podem ajudar os municípios a gerir e prover conjuntamente serviços especializados de saúde (TEIXEIRA; MAC DOWELL; BUGARIN, 2003).

Por fim, a cultura predominante no que se refere ao câncer pode também não ser favorável à PNPCC. Vários estudos já apontaram algumas barreiras que atrapalham as mulheres para realizarem a detecção precoce, alguns desses fatores se devem às crenças e tabus sobre o câncer ou ao medo do tratamento (WOMEODU; BAILEY, 1996); à crença de que a doença não vai atingi-la ou ao medo do diagnóstico (SOUSA, 2017); e ao medo do desconforto do exame (YANKASKAS et al., 2010), entre outros.

5.4 Etapa complementar: definição dos indicadores de desempenho

Com a construção do modelo lógico é possível definir indicadores para aferir o desempenho do programa. Segundo Cassiolato e Geresi (2010) o indicador possibilita averiguar o desempenho estabelecido para variáveis relevantes para o enfrentamento do problema, ao informar empiricamente a evolução do aspecto a ser observado. As autoras ainda destacam que o indicador deve ter validade e confiabilidade, deve ser passível de mensuração e com economicidade, ou seja, obtido a um custo razoável. No Quadro 1 estão apresentados possíveis os indicadores para a PNPCC, com o foco no câncer de mama.

Quadro 1: Indicadores para a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer de Mama

Ação	Indicador	Descrição	Fórmula
Promoção	Realização palestras e eventos realizados	Verificar o cumprimento de eventos em UBS para instruir a população sobre o câncer de mama, sobre as formas de prevenção e cuidados.	Nº de eventos realizados/ Nº de eventos previstos
	Realização de campanhas	Verificar a realização campanhas sobre o câncer de mama vinculadas em diferentes meios de comunicação.	Nº de campanhas realizadas/ Nº de campanhas previstas
Prevenção	Número de mamografias realizadas pelos SUS	Verificar a realização de mamografias em vista a atingir o mínimo de 70% da população-alvo, estabelecido pela OMS.	Nº de mamografias realizadas/ Nº de mamografias estabelecidas
	Realização de Exame Clínico das Mamas (ECM)	Verificar a realização do ECM por profissionais capacitados na população feminina entre 40 e 69 anos.	Nº de ECM realizados/ Nº de ECM estabelecidos
Tratamento	Tratamentos realizados	Avaliar da qualidade do tratamento realizado.	Nº de pacientes curados/ Nº tratamentos realizados
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos realizados	Avaliar o acompanhamento dos pacientes em tratamento pelas equipes de apoio, como psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.	Nº de pacientes que receberam cuidados paliativos/ Nº de pacientes em tratamento
Capacitações	Realização de capacitações e treinamentos	Avaliar a qualidade e a quantidade de capacitações e treinamentos realizados pelos profissionais da saúde desde os Agentes comunitários de saúde à médicos especialistas.	Nº de treinamentos realizados/ Nº de treinamentos estabelecidos
Infraestrutura	Número de mamógrafos na região	Avaliar a qualidade e a quantidade de mamógrafos em condições de funcionamento.	Nº de mamógrafos em funcionamento adequado/ Nº de mamógrafos existentes
	Oferta de Transporte	Avaliar a oferta de transporte gratuito para os pacientes.	Nº de pacientes que receberam transporte / Nº de pacientes que solicitaram.
Tecnologia	Bases de dados	Avaliar de registro de procedimentos (exames, consultas, tratamento) em bases de dados do Ministério da Saúde.	Nº de procedimentos registrados/ Nº de procedimentos realizados

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho tem como objetivo conhecer o desenho da Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer (de Mama), por meio da metodologia do Modelo Lógico, visando descrever e compreender a articulação entre as ações da Política, os produtos gerados, assim como os resultados intermediários e final esperados.

O Modelo Lógico resultante, mostra-se uma ferramenta útil de gestão, à medida que expõe as ações e produtos da Política de forma clara e simplificada, o que pode auxiliar no processo de comunicação da estrutura da PNPCC. O Modelo Lógico construído tem especial importância não apenas para os gestores e implementadores da política no nível municipal, mas também para as equipes de saúde em seus três níveis, uma vez que a efetiva articulação das ações é fator fundamental para o sucesso da política. Assim, o Modelo Lógico, ao evidenciar a teoria da política, torna-se importante para documentar a descrição e a análise dos elementos contextuais do problema; das atividades e recursos previstos; e dos resultados esperados, podendo ser usada como base em outros estudos com foco na avaliação da Política.

Parece ser necessário maior equilíbrio nas ações governamentais para provimento da assistência integral ao paciente com câncer, por meio do fortalecimento da coordenação de todos os níveis de atenção à saúde, a fim de garantir acesso de qualidade aos serviços. Também é preciso estar atento ao acesso à informação, ao rastreamento, ao diagnóstico e à abordagem terapêutica.

No que se refere à elaboração do Modelo Lógico, destaca-se que a metodologia do Ipea se mostrou adequada, pois propiciou uma visão ampla da Política, compreendendo desde o problema que a gerou, as ações planejadas e resultados esperados, bem como seus elementos do ambiente externo.

7. REFERÊNCIAS

ABREU, E. Editorial: "Pro-Onco 10 anos". **Revista brasileira de Cancerologia**, v. 43, n. 4, p. 237-238, 1997.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS**. Rio de Janeiro: ANS 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 28 de março de 2018.

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 4, p. 5-60, 2000.

AMARAL, P.; LUZ, L.; CARDOSO, F.; FREITAS, R. Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**. v.19, n.2, p 326-341, 2017

AMERICAN CANCER SOCIETY. **O Atlas do Câncer**. Atlanta: American Cancer Society 2014.

_____. **Cancer Facts & Figures**. Atlanta: American Cancer Society, 2017.

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (AICR). **Policy and action for cancer prevention: food, nutrition, and physical activity, with an added US perspective**. Washington, DC: AICR, 2009.

BAMBERGER, M.; RUGH, J.; MABRY, L. **Real World Evaluation. Working Under Budget, Time, Data and Political Constraints.** SAGE, 2006.

BELIZÁRIO, J. E. O próximo desafio: Reverter o câncer. **Ciência hoje**, v. 31, n. 184, p. 50-57, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **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, DF: Diário Oficial da União, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006.

_____. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 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). SAÚDE, M. D. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Saúde e Pactuações. **Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 - Edição 2015,** 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>. Acesso em 13 set. 2017.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação.** Brasília: Ipea, 2010. (Nota Técnica, n. 6).

COSTA, F. L. da.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, vol.37, n. 5, p. 969-92, Set./Out. 2003.

FREITAS, de, G.; SILVEIRA, S. de, F. R. Programa Luz para Todos: uma representação da teoria do programa por meio do modelo lógico. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 45, jul./dez. 2015.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em goiânia – uma contribuição a “bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. **Radiol Bras**, v. 35, n. 3, p. 139-145, 2002.

GONÇALVES, A. T. C. et al. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1785-1790, 2007.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1673-1684, 2015.

HEYWANG-KÖBRUNNER, S. H.; HACKER, A.; SEDLACEK, S. Advantages and Disadvantages of Mammography Screening. **Breast Care**, vol.6, n.3, p.199–207, 2011.

INCA. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.1, p. 3-7, 2002.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2004.

_____. **Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Oncológica.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2005.

_____. **A Situação do Câncer no Brasil**. SAÚDE, M. D. Rio de Janeiro: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 119 p., 2006.

_____. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. VIGILÂNCIA, C. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Ações de Controle**. Rio de Janeiro, RJ, 2017b.

_____. **Atlas on-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017c.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Histórico das Ações**. Rio de Janeiro, RJ, 2018.

JANNUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e políticas públicas**, n. 36, p. 251-275, 2011.

KELLOGG_FOUNDATION, W. K. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. **W.K. Kellogg Foundation**, 2004.

LECOURT, D. **Dictionnaire de la pensée médicale**. Paris: Quadrige / PUF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos**: Relatório de recomendação. Brasília, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, 2015.

MOREIRA, V. DE, S.; SILVEIRA, S. de, F. R. “Minha Casa, Minha Vida”: Proposta de Avaliação com Base na Teoria do Programa. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v.7, n.1, jan./ abr. 2018.

MORRA-IMAS, L. G.; RIST, R. C. **The road to results: designing and conducting effective development evaluations**. Washington, DC: The World Bank, 2009.

NICOLAOU, P. K.; PADOIN, L. V. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 23, n. 3, p. 92-94, 2013.

OHL, I. C. B. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 793-803, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, O. **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**, 2017.

PAIVA, C. J. K. D.; CESSE, E. Â. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 6, n. 1, p. 23-30, 2015.

PETERS, S. **Avaliação da Política Nacional De Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso**: do diagnóstico ao Tratamento oncológico. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, 2013.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Conheça o Programa: Mais Médicos para o Brasil, mais saúde para você**. 2018. Disponível: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em 04 abr. 2018.

ROMEIRO, C. et al. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 132-142, 2013.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation: a systematic approach**. Thousand Oaks: Sage, 2004.

SABATIER, P. A. Policy change over a decade or more. In: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. **Policy change and learning: an advocacy coalition approach**. Boulder: Westview Press, 1993.

SCHLEMMER, J. B.; CASTILHOS, L. G.; LIMA, S. B. S. D. Políticas públicas e a atuação dos gestores frente ao câncer de mama e do colo uterino. **Saúde (Santa Maria)**, v. Suplemento, n. Artigos de revisão, p. 53-62, 2016.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2012.

SILVA, M. J. S. et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2017.

SILVA, P. A. D.; RIUL, S. D. S.; INCA. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos**, 2017. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/noticias/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>. Acesso 06 mar 2018.

SONEJI, S.; FUKUI, N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. **Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health**, v. 33, n. 3, p. 174-182, 2013.

SOUSA, T. P. **Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de mama**. 2017. 89 f. (Mestrado em Enfermagem.). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.

SOUZA, C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e subáreas. **Trabalho elaborado para a Fundação Luís Eduardo Magalhães**, v. São Paulo, p. 1-29, 2002.

SOUZA, F. H. **Mamografia digital em comparação com mamografia convencional no rastreamento do câncer de mama no Brasil: Revisão sistemática, custo da doença, e análise de custo-efetividade no Sistema Único de Saúde**. 2012. 212 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, p. 253-281, 2003.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. SAÚDE, M. D. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TESSER, C. D.; D'ÁVILA, T. L. D. C. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

- THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R. R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 15, p. 2118-2121, 2008.
- THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.
- TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-50, 2008.
- VILLAR, V. C. F. L.; SOUZA, C. T. V. de; DELAMARQUE, E. V.; SETA, M. H. de. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.24, n.1, pp.105-114, 2015.
- XAVIER, D. R. et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 20-35, 2016.
- WHO. **Breast Cancer Awareness Month**: World Health Organization, 2015.
- _____. **Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs**: World Health Organization, 2017.
- WOMEODU, R. J.; BAILEY, J. E. BARRIERS TO CANCER SCREENING. **Medical Clinics**, v. 80, n. 1, p. 115-133, 1996.
- YANKASKAS, B. C. et al. Barriers to adherence to screening mammography among women with disabilities. **Am J Public Health**, v. 100, n. 5, p. 947-53, 2010.

Artigo 2

Condições que influenciam a eficiência da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um estudo de dupla abordagem.

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar condições que influenciam o rastreamento do câncer de mama, a partir de uma revisão sistemática de literatura e de documentos técnicos, visando comprovar se esses condicionantes influenciam na eficácia da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com foco no câncer de mama. Como resultado da revisão de literatura, encontrou-se que os condicionantes mais relatados são a dificuldade de acesso; dificuldade de deslocamento; falta de solicitação médica; preço elevado do exame; dor e desconforto; não achar necessário realizar o exame quando não há nenhum sintoma da doença, falta de conhecimentos, entre outras. A partir desses achados, o estudo também permitiu comprovar, via regressão linear múltipla que variáveis ligadas aos níveis de renda e educação, a capacidade gerencial do município, a presença de mamógrafo, ao número de médicos da atenção primária, e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde influenciam a taxa de mamografia no nível local. A identificação desses condicionantes no rastreamento do câncer de mama poder ser muito útil para prestadores de serviços de saúde, pois ao superar as barreiras limitadoras, e reforçar as condições positivas, pode-se permitir a detecção e o tratamento da doença em estágio inicial, reduzindo assim, a mortalidade pelo câncer de mama, contribuindo para o sucesso da política pública.

Palavras-chave: Administração Pública, Saúde Pública, câncer de mama; eficiência em políticas públicas.

Conditioning factors of the National Breast Cancer Prevention and Control Policy's effectiveness: a dual approach study.

Abstract

This study aims to identify the conditions that influence the screening of breast cancer, based on a systematic review of the literature and public document. The objective is to prove the existence of conditioner factors of the National Cancer Prevention and Control Policy efficiency, focusing on the breast cancer. It was found, through the literature review, that the most reported factors are the difficulty of access; travel difficulties; lack of medical request; exam costs; pain and discomfort, negligence regarding the importance of the examination, in advance of symptom, lack of knowledge, among others. Based on these findings, the study allowed to verify, through multiple linear regression that variables related to income and education levels, the managerial capacity of the municipality, the presence of a mammography device, the number of primary care physicians, and the performance of community agents influence the mammography rate at the local level. The identification of these factors is important for improving public health services. The study suggest that by overcoming the barriers and reinforcing the positive conditions, it is possible to detect and treat the disease at an early stage, thus reducing mortality and improving the success of such policy.

Keywords: Public Administration, Public Health, breast cancer; public policies' performance.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer (PNPCC) foi instituída em 2013, pela Portaria 874 de 2013 e mais tarde atualizada pela Portaria 2 de setembro de 2017. Esta política tem como finalidade reduzir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como a mortalidade pela doença, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento em tempo oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Os casos de câncer têm aumentado anualmente (INCA, 2017), tornando seu controle um tópico importante da agenda pública de saúde. Dentre os diversos tipos de cânceres existentes e amparados pela PNPCC, o foco deste trabalho recai sobre o câncer de mama, visto ser este o mais incidente na população feminina brasileira e também a causa mais comum de óbitos por câncer em mulheres (WHO, 2015). Para o ano de 2018 foram estimados 59.700 casos da doença (INCA, 2017).

A taxa de mortalidade por câncer de mama pode ser reduzida por meio das medidas de rastreio e diagnóstico precoce (AZAMI-AGHDASH et al., 2015). O rastreio consiste na realização periódica de exames em mulheres assintomáticas, já o diagnóstico precoce é realizado em mulheres que identificaram algum sintoma indicativo da doença nas mamas. Os exames mais comuns para o rastreio e diagnóstico precoce são a Mamografia, auto-exame das mamas e o Exame Clínico das Mamas. Destes, a mamografia é o exame preconizado pelo Ministério da Saúde para o rastreamento, o qual deve ser realizado bianualmente pelas mulheres de 50 a 69 anos (INCA, 2018).

Segundo Heywang-Köbrunner, Hacker e Sedlacek (2011) a mamografia é o exame que apresenta melhor eficácia na redução da mortalidade. E de acordo com Warren et al., (2006), a realização regular de mamografia, pode resultar em uma redução de 20 a 39% da mortalidade por câncer de mama em mulheres com mais de 50 anos.

No entanto, como já apontado por alguns estudos como em Azami-Aghdash et al., (2015); Yankaskas et al., (2010); George, (2000) vários condicionantes, alguns dos quais barreiras³, podem existir e se tornarem empecilhos para que as mulheres realizem

³ Os termos condições e barreiras poderiam ser utilizados como sinônimos, para se referir às interferências que o público-alvo pode encontrar para realizar o rastreamento. No entanto, a palavra barreira remete apenas as interferências negativas, já a palavra condicionantes remete interferência tanto positiva quanto negativa. Desse modo, será adotado nesse texto o termo “condicionantes”, visto que ao

o rastreamento do câncer de mama. Algumas dessas condições se referem à falta de conhecimento do público-alvo sobre a doença e às medidas de controle; à falta de solicitação médica para a realização da mamografia; à dificuldade de acesso ao exame e a consultas especializadas; à crença de não achar necessário o exame quando não há sintomas, entre outras.

O câncer de mama, quando detectado em estágios iniciais possui maior chance de cura, o tratamento é menos doloroso e os custos ao sistema de saúde são menores (GONÇALVES et al., 2014). Nesse sentido, os autores ressaltam que o acesso aos serviços de saúde para a condução do rastreamento é primordial, e vai além da disponibilização de recursos e infraestrutura, mas resulta de uma combinação de fatores, como a superação das barreiras geográficas e econômicas, oferta de serviços com qualidade e a superação da influência cultural (GONÇALVES et al., 2014) que levam a medos e preconceitos em torno do câncer.

A partir desses estudos, pode-se notar que as dificuldades que limitam o rastreamento do câncer de mama não estão ligadas apenas a fatores técnicos relacionados a doença, mas também a fatores gerenciais. Portanto, a identificação desses condicionantes ao rastreamento pode ser muito útil para a gestão pública da saúde, pois ao superá-los pode-se permitir a detecção e o tratamento das lesões em estágio inicial da doença (AZAMI-AGHDASH et al., 2015), reduzindo assim, a mortalidade pelo câncer e as consequências sociais e econômicas geradas.

No entanto, os condicionantes apontados pela literatura não se referiram especificamente a PNPCC, tampouco foram validados empiricamente, deixando uma lacuna a ser preenchida. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo identificar os condicionantes que influenciam o rastreamento do câncer de mama, a partir de uma revisão sistemática de literatura e de documentos técnicos e evidenciar empiricamente se esses condicionantes tem o poder de influenciar a eficácia da PNPCC, no curto prazo. Ao final deste estudo se pretende responder o seguinte questionamento: as condições que afetam a realização de mamografia apontada na literatura nacional e internacional podem de fato influenciar a eficácia da PNPCC?

Por eficácia entende-se o alcance dos objetivos da política, a PNPCC objetiva a redução da mortalidade, e como já mencionado por diferentes autores citados, o método mais efetivo para reduzir a mortalidade é a detecção precoce, por meio dos exames de

levantar essas interferências na literatura, identificou-se que algumas desempenham influência positiva para o rastreamento do câncer de mama.

rastreamento, principalmente pela mamografia. Logo, o aumento da taxa de realização de mamografia é um resultado de curto prazo da Política e uma condição sine qua non para reduzir a taxa de mortalidade.

Assim, para averiguar a eficácia dessa política, julga-se apropriado lançar olhar para as taxas de realização da mamografia, visto que ainda é cedo para investigar a redução da mortalidade devido ao tempo de instituição da política e pela indisponibilidade de dados públicos recentes para a mortalidade por câncer de mama. Deve-se ressaltar que trata-se de uma investigação interdisciplinar, no sentido que envolve, além das áreas técnicas de saúde, elementos imprescindíveis da seara da gestão de políticas públicas, o que justifica o olhar na perspectiva da administração pública.

A partir desse estudo espera-se primeiramente contribuir com o estado da arte em estudos sobre câncer de mama, ao levantar as barreiras mais discutidas na literatura que implicam consequências no rastreamento do câncer de mama. E como contribuição prática espera-se a materialização e confirmação dos condicionantes em relação a PNPC. A identificação desses condicionantes poderá gerar subsídios aos gestores públicos na proposição de ações para superar barreiras e para permitir o cumprimento do objetivo da Política, concorrendo para o seu sucesso.

2. CAPACIDADE ESTATAL E AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA

Compreender as condições que qualificam o estado a desenvolver políticas públicas, a fim de prover bens e serviços públicos e solucionar problemas que atingem a sociedade, remete a sua capacidade estatal. O conceito de capacidade estatal, como já relatado por Pires e Gomide (2016), tem sido tratado de diferentes formas e por diferentes autores, sendo possível evidenciar duas gerações de definições.

A primeira geração de estudos trata a capacidade estatal como os meios para a manutenção da ordem em um território e para a gestão de conflitos internos e externos, o que envolve um conjunto de medidas para proteção da soberania, como um sistema legal, administrativo, político e coercitivo. A segunda geração tem como foco estudar as políticas públicas como forma de o Estado atingir seus objetivos, sendo assim a capacidade estatal envolve identificação de problemas, formulação de soluções, execução de ações e entrega dos resultados, incluindo atores, instrumentos e processos (PIRES; GOMIDE, 2016).

Souza (2016, p. 51) trata a capacidade estatal como “conjunto de instrumentos e instituições de que dispõe o Estado para estabelecer objetivos, transformá-los em

políticas e implementá-las”. Ao encontro de Souza (2016), Wu; Ramesh; Howlett (2015) definem capacidade de políticas públicas ou *policy capacity* como o conjunto de habilidades e recursos necessários para o desempenho das funções de políticas públicas.

De acordo com Cingolani (2013) o conceito de capacidade estatal tem sido direcionado, nas análises mais atuais, para o estudo sobre a eficiência e eficácia do Estado, estando a eficácia relacionada a melhor alocação de recursos visando maximizar o produto final e a eficácia ao alcance dos objetivos da política pública.

Segundo Bennefoy e Armijo (2005) a avaliação de eficácia em políticas e programas tem o objetivo verificar a realização dos objetivos pretendidos, já a avaliação de eficiência visa a economicidade dos meios utilizados, num contexto de escassez de recursos. Ao encontro de Bennefoy e Armijo (2005), Figueiredo e Figueiredo (1986) define a análise de eficácia de uma política pública como o procedimento para verificar o alcance dos objetivos propostos e seu processo de implementação. Do mesmo modo, para Subirats (1994), a mensuração da eficácia de uma política pública diz respeito ao seu processo de implementação para o cumprimento dos objetivos.

Nesse sentido, ancora-se as definições de capacidade estatal para compreender a eficácia da Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer (PNPCC). Segundo. Como já apontado, a eficácia da PNPCC será medida em função da taxa de mamografia, visto que o aumento dessa taxa pode ser considerado uma proxy de resultado de curto prazo, ao se relacionar diretamente com a redução da mortalidade por câncer de mama.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a condução deste trabalho foram utilizadas metodologias qualitativa e quantitativa. A metodologia qualitativa foi empregada com a finalidade de realizar uma revisão bibliográfica, tendo como base os principais periódicos de saúde e documentos técnicos, como a legislação e relatórios institucionais e para levantar os condicionantes que podem dificultar ou facilitar a realização do rastreamento do câncer de mama pelas mulheres. Já a metodologia quantitativa foi utilizada para testar se esses condicionantes apontados pela literatura têm o poder de influenciar o resultado da PNPCC no curto prazo.

3.1 Procedimento metodológico qualitativo

Dentre os procedimentos qualitativos, foram coletados artigos de periódicos como Scielo, Medline, Redalyc e Lilacs, por serem considerados alguns dos mais citados na literatura da área da saúde, por conterem estudos nacionais e internacionais sobre a temática, e pela expectativa de coletar o maior número possível de estudos tratando de condições que influenciam o rastreamento do câncer de mama. As combinações de palavras utilizadas foram: “Barreira + Câncer de mama”; “Barreira + rastreamento + câncer de mama”; “barreira + mamografia”; “barreiras no rastreamento do câncer de mama”; “barreiras para mamografia”; “barriers + Adherence+ cancer”; “cancer+ breast+ barriers”; “barriers to cancer screening”; “barriers to mamography screening”.

Após essa pesquisa inicial foram encontrados no total 1898 artigos, sendo excluídos os artigos publicados antes do ano 2000, em função de defasagens contextuais e que não pertenciam às áreas de medicina, enfermagem, administração, psicologia e comunicação, restando 796 artigos. Dos 796 artigos restantes, foram lidos os títulos, aqueles que não tratavam especificamente de condicionantes para o rastreamento do câncer de mama foram retirados, restando então 49 artigos. Desses 49 artigos, 31 eram repetidos, estavam vinculados a mais de uma base e/ou periódico, sobrando 18 artigos para análise. Na Figura 1 tem-se graficamente o processo realizado para a seleção dos artigos.

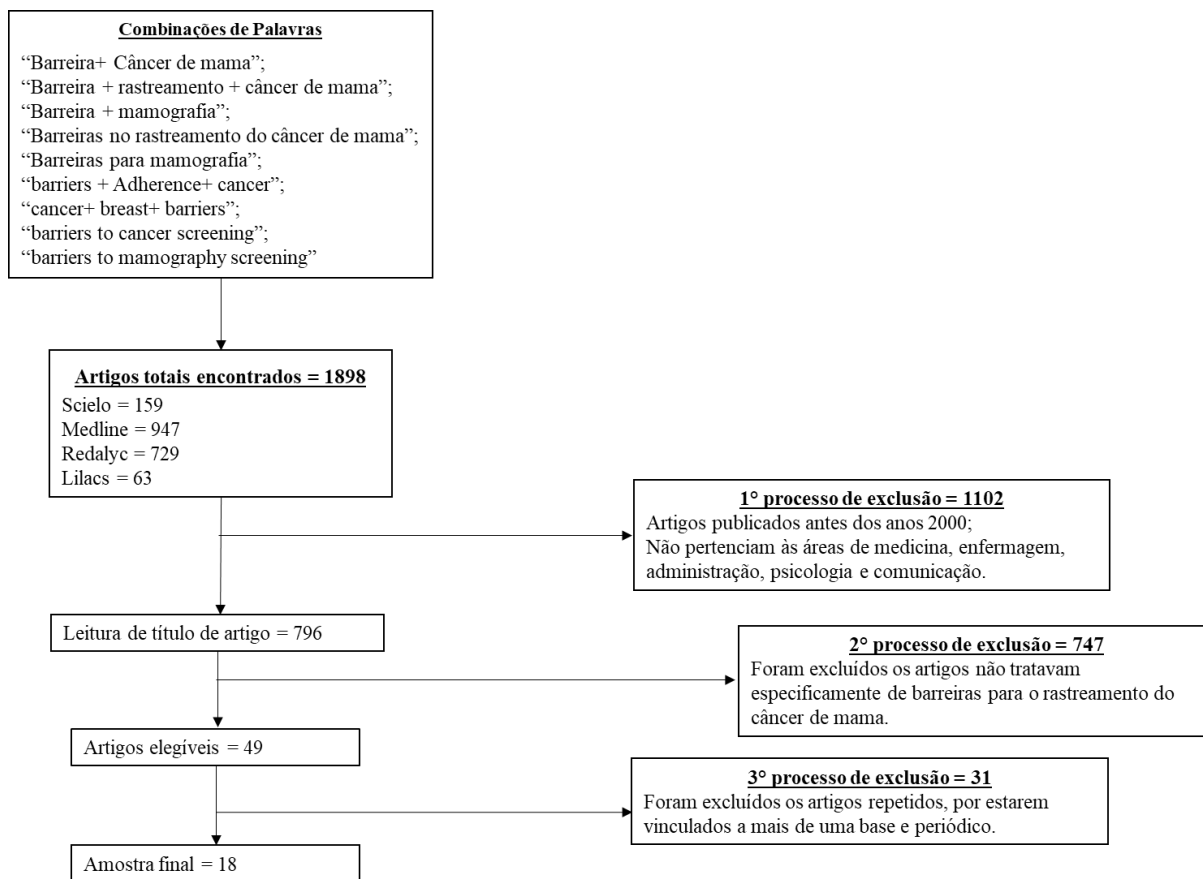


Figura 1: processo de seleção dos artigos para revisão de literatura
Fonte: elaboração própria.

Os 18 artigos foram lidos na íntegra, buscando identificar os condicionantes apontados pelos estudos, bem como compreender como esses foram tratados e como poderiam influenciar na procura pelas rotinas de rastreamento para o câncer de mama. Para isso, foi construída uma tabela com auxílio do editor de planilhas Excel®, onde foi registrado título, autores, ano de publicação, nome do periódico, objetivo do artigo, condicionantes tratados, e principais resultados.

Todas os condicionantes apontados nos estudos foram considerados e estão apresentados no Quadro 1, da seção de resultados.

3.2 Procedimento metodológico quantitativo

Para os procedimentos quantitativos foi coletado primeiramente, um conjunto de variáveis para representar e materializar os condicionantes apontados pela literatura. Tais variáveis estão apresentadas no Quadro 2, a qual também apresenta a fonte de coleta das variáveis e a expectativa teórica da mesma.

Para essa investigação foram escolhidos como população amostral dois estados brasileiros, no intuito de isolar efeitos macro e microrregionais, assim como políticas

estaduais. Tal fator possibilitou um estudo de maior amplitude por um lado, mas sem perder profundidade analítica implícita, por outro.

A escolha dos estados foi intencional visando a representação de diferentes cenários econômicos e sociais, bem como diferentes condições de cobertura de mamografia. Desse modo, foram escolhidos os estados de Minas Gerais (MG) e do Rio Grande do Norte (RN). Minas Gerais situada na região (sudeste) que possui um dos melhores indicadores econômicos e sociais do país e, representa o estado com a melhor taxa de adesão à mamografia, tendo um percentual de 45% de cobertura no ano de 2015, quando a média nacional foi de 31% (BRASIL, 2015). Rio Grande do Norte, situado na região nordeste que historicamente apresenta indicadores econômicos e sociais mais baixos e apresentou uma taxa inferior à média nacional para a realização de mamografia, 27% (BRASIL, 2018).

O ano de 2015 foi utilizado como referência, por ser o último ano com registro da taxa de mamografia para todos os municípios do Brasil, fornecido pelo Ministério da Saúde. A fim de manter padronizada a base de dados para realizar um estudo cross section, todas as demais variáveis foram coletadas para o ano de 2015, à exceção da taxa de fecundidade, cujo registro mais atual, para os municípios, é de 2010, fornecido pelo IBGE para o Censo Demográfico.

Visando a justa comparação relativa, as variáveis coletadas foram padronizadas para valores percentuais ou divididas para cada mil habitantes, visto que os municípios têm populações diferentes. Além disso, foram retirados da base, todos os municípios que não possuíam informação para algumas das variáveis. Em MG, foram excluídos 51 municípios, restando 802 para análise. Já para o RN, foram excluídos 21 municípios, restando 146. Com a base de dados devidamente organizada e padronizada, realizaram-se todos os procedimentos estatísticos necessários para testar a influência dos condicionantes com o auxílio do software Stata®. O primeiro procedimento realizado foi uma análise descritiva dos dados, para conhecer melhor o padrão e a qualidade dos mesmos, conforme apresentado na Tabela 1.

Assegurada a qualidade dos dados, realizou-se uma Regressão Linear Múltipla, a fim de identificar quais das variáveis, também denominadas de variáveis independentes ou preditoras, têm poder de explicar a taxa de mamografias do município, variável dependente ou predita. A regressão permitiu comprovar o efeito individual dos condicionantes sobre a taxa de mamografia.

Devido ao grande número de observações, 802 para Minas Gerais e 146 para o Rio Grande do Norte, bem como o número de variáveis independentes utilizadas, 33 no total, presumiu-se uma amostra representativa para realizar a regressão linear múltipla. Considerando que toda a variável tem relação teórica hipotética, no sentido de se atingir um modelo ao mesmo tempo parcimonioso e com alto poder de explicação, realizou-se a regressão pelo procedimento stepwise a 15%, facilitando a visualização quando se tem um conjunto grande de variáveis, como é o caso das 33 utilizadas. Foram aceitas e interpretadas as variáveis com nível de significância de até 10%. Para a correção dos erros em razão da heterocedasticidade nas estimativas por MQO realizadas no estudo, foram calculados os erros-padrão robustos, conforme apontado por Wooldridge (2015).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados e discussões está separada em duas subseções, uma destinada a apresentar as análises da revisão de literatura, demonstrando as condições, apontadas por diferentes autores, que podem influenciar a adesão à mamografia. Já a segunda subseção apresenta e discorre sobre os resultados dos procedimentos quantitativos realizados.

4.1 Condições para o rastreamento do câncer de mama: revisão bibliográfica

O Quadro 1 resume o resultado encontrado após a análise dos 18 artigos finais, cuja finalidade foi conhecer as condições que já foram identificadas por diversos autores como responsáveis por dificultar ou facilitar a adoção pelas mulheres às rotinas de rastreamento. A primeira coluna demonstra a condição identificada a partir da análise, a segunda coluna aponta a frequência com que essa condição foi relatada nos artigos e a terceira coluna demonstra os autores dos estudos revisados.

Quadro1 – Condicionantes para o rastreamento do câncer de mama

Condicionates da literatura	Frequência n - % **	Artigos
Dificuldade de acesso	11 - 61%	George (2000); Yu; Wu (2005); Lamyian et al., (2007); Hanson et al., (2009); Yankaskas et al. (2010); Xavier et al. (2016); Ramachandran et al., (2015); Azami-Aghdash et al., (2015); Gonçalves et al., (2014); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Azevedo e Silva et al., (2017).
Dificuldade de deslocamento	9 - 50%	Lamyian et al., (2007); Hanson et al., (2009); Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Schoenberg et al., (2013); Gonçalves et al., (2014); Azami-Aghdash et al., (2015); Ramachandran et al., (2015); Xavier et al. (2016).
Falta de solicitação médica	9 - 50%	George (2000); Lamyian et al., (2007); Marinho et al., (2008); Hanson et al., (2009); Yankaskas et al. (2010); Schoenberg et al., (2013); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Xavier et al. (2016); Azevedo e Silva et al., (2017).
Achar caro o exame	9 - 50%	George (2000); Lamyian et al., (2007); Marinho et al., (2008); Hanson et al., (2009); Yankaskas et al. (2010); Oliveira et al., (2011); Schoenberg et al., (2013); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Azami-Aghdash et al., (2015).
Dor e desconforto	9 - 50%	Yankaskas et al. (2010); Azami-Aghdash et al., (2015); Gonçalves et al., (2014); Schoenberg et al., (2013); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Hanson et al., (2009); Lee-Lin et al., (2007); Yu; Wu (2005); George (2000).
Não achar necessário	8 - 44%	George (2000); Lamyian et al., (2007); Lee-Lin et al., (2007); Hanson et al., (2009); Yankaskas et al. (2010); Schoenberg et al., (2013); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Azevedo e Silva et al., (2017).
Falta de conhecimento	8 - 44%	George (2000); Warren et al., (2006); Lamyian et al., (2007); Hanson et al., (2009); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Sadler et al., (2001); Gonçalves et al., (2014); Azami-Aghdash et al., (2015).
Falta de tempo	8 - 44%	George (2000); Lamyian et al., (2007); Lee-Lin et al., (2007); Hanson et al., (2009); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Schoenberg et al., (2013); Gonçalves et al., (2014); Ramachandran et al., (2015).
Baixo nível educacional	7 - 39%	George (2000); Marinho et al., (2008); Hanson et al., (2009); Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Gonçalves et al., (2014); Lopes et al., (2015).
Baixa cobertura de planos privados de saúde	6 - 33%	Warren et al., (2006); Lee-Lin et al., (2007); Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Lopes et al., (2015); Ramachandran et al., (2015).
Medo do diagnóstico	6 - 33%	Yankaskas et al. (2010); Schoenberg et al., (2013); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Gonçalves et al., (2014); Azami-Aghdash et al., (2015); Ramachandran et al., (2015).
Crenças e tabus	4 - 22%	George (2000); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Gonçalves et al., (2014); Azami-Aghdash et al., (2015).
Constrangimento	4 - 22%	Hanson et al., (2009); Schoenberg et al., (2013); Gonçalves et al., (2014); Azami-Aghdash et al., (2015).
Alocação dos mamógrafos	3 - 17%	Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Xavier et al. (2016).
Comunicação inadequada	2 - 11%	Lamyian et al., (2007); Ramachandran et al., (2015).
Medo da radiação	2 - 11%	Lee-Lin et al., (2007); Hanson et al., (2009).
Experiências negativas com os prestadores de serviços	2 - 11%	Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Azami-Aghdash et al., (2015).
Situação conjugal	2 - 11%	Marinho et al., (2008); Oliveira et al., (2011).

** n - é número artigos que trataram cada condicionante e % - representa a porcentagem deste número (n) no total de artigos analisados.

Fonte: Resultado da pesquisa, 2018.

A partir da análise constatou-se que as condições mais comuns que influenciam na realização das rotinas do rastreamento é a **dificuldade de acesso ao exame de mamografia**, 61% dos artigos identificaram esse problema. A dificuldade de acesso

pode levar ao descobrimento da doença em estágio avançado, tornando o tratamento mais difícil, mais caro e com menor chance de cura. Pereira e Siqueira (2011) afirmam que um dos problemas da dificuldade de acesso à mamografia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está na baixa quantidade de exames disponibilizados mensalmente em relação à grande demanda, o que leva a postergar e desqualificar o serviço.

A dificuldade de acesso ao exame se relaciona com outros condicionantes infraestruturais como a **dificuldade de deslocamento** em função das distâncias geográficas (50%), a **falta de equipamentos disponíveis ou subutilização** de equipamentos, devido à má alocação desses (17%) e à escassez de profissionais habilitados para realizar o exame (XAVIER et al., 2016). Segundo Xavier et al. (2016), estatisticamente, no Brasil há mamógrafos em número suficiente para atender toda a população, o maior problema está na alocação desses equipamentos, algumas regiões, principalmente Sul e Sudeste têm mamógrafos em excesso, já em outras, como no Norte e no Nordeste, há carência desses equipamentos.

A **falta de solicitação médica** (50%) também é um condicionante muito comum, que se relaciona com a **falta de conhecimento** das mulheres sobre a doença (44%), pois elas não cobram dos médicos a realização do exame, o que também pode se relacionar com a crença de **não achar necessário** fazer mamografia quando não há nenhum sintoma (44%), provocando entendimento equivocado sobre a não necessidade de fazer o rastreamento periodicamente, já que o médico não a solicitou e ela não está sentindo nenhum sintoma. Esses condicionantes, em uma compreensão mais global, se relacionam com a barreira provocada pelo **baixo nível educacional** (39%), tornando mais distante o acesso ao conhecimento sobre a doença e a necessidade de realizar a detecção precoce.

Para superar esses problemas, o treinamento mais adequado sobre o câncer de mama direcionado aos médicos da atenção primária, que são os responsáveis para a solicitação do exame, torna-se necessário, fazendo com que esses profissionais deem mais atenção à doença e ao dever de informar as pacientes sobre os meios de cuidado. Godinho e Koch (2004) realizaram um estudo por meio do qual descobriram que cerca de 87% dos médicos entrevistados não sabiam informar todos os fatores de riscos associados ao câncer de mama, fato que reforça a indispensabilidade do treinamento.

Identificou-se também como dificuldade para realizar a mamografia, o fato de as mulheres **acharem caro o exame** (50%). No Brasil, a mamografia é ofertada gratuitamente pelo SUS, no entanto, como discutido anteriormente, existe o problema

da dificuldade de acesso, seja pela baixa quantidade de exames disponibilizados, pelo tempo de espera, ou por outros fatores, levando algumas mulheres a pagarem pela mamografia para conseguirem realizá-la. A **baixa taxa de cobertura de planos privados de saúde** (33%) se relaciona com o problema do valor monetário do exame, devido às baixas condições de renda de boa parte da população. Oliveira et al., (2011) destacam que as barreiras para acesso ao rastreamento apresentam padrão seletivo, evidenciando desigualdades sociais. Segundo os autores há a prevalência de acesso aos procedimentos de rastreamento em pessoas com maiores níveis de renda e educação, portadores de planos privados de saúde e que residem em áreas de melhor padrão socioeconômico.

De acordo com Guerra et al. (2015), mulheres com plano de saúde privado têm mais acesso aos exames de detecção precoce, já as mulheres sem o plano estão mais propensas a receberem diagnósticos tardios, e em estágios avançados da doença; como consequência tendem a óbito mais precocemente.

O medo da **dor e do desconforto** causado pelo exame (50%) foi relatado por muitas mulheres como um obstáculo para a realização do exame, juntamente com esse receio está o **constrangimento** causado pelo procedimento (22%), bem como o **medo do diagnóstico** (33%), o medo dos possíveis danos que **radiação** emitida pelo mamógrafo possa causar no corpo (11%) e as **crenças e tabus** em torno do câncer (22%), como uma doença maligna e com chances remotas de cura.

Para contornar essas condições é necessário investir em **comunicação** mais adequada (11%), mais eficiente e mais individualizada, para passar mais segurança sobre o exame, reduzir os medos, os preconceitos sobre a doença, informar sobre a importância do procedimento e do aumento da possibilidade de cura quando o tumor é diagnosticado cedo. Nessa direção, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é muito importante, pois ele tem a possibilidade de ter contato mais individualizado com as mulheres, informar com mais detalhes sobre a mamografia, tirar suas dúvidas e passar segurança a elas. De acordo com o estudo de Sousa (2017), mulheres que recebem visitas domiciliares do ACS realizam mais os exames de rastreamento para o câncer de mama.

Ramachandran et al. (2015) também relatam a importância da comunicação e da relação médico-paciente para aumentar a motivação das mulheres em realizarem a mamografia. Banning (2011) diz que as recomendações recebidas por mídias possuem efeitos temporários, já as informações fornecidas por profissionais da saúde possuem

repercussão duradoura e são mais efetivas, fatos que reforçam o papel importante dos profissionais da saúde na comunicação e disseminação de informações aos pacientes.

Muitas mulheres relataram **falta de tempo** (44%) para realizarem a mamografia. Tal problema pode estar relacionado com a **situação conjugal** (11%), pois como relatado por Oliveira et al. (2011), as mulheres chefes de família realizam menos os exames de detecção, possivelmente devido suas maiores responsabilidades no cuidado da família e na gestão dos recursos financeiros. A falta de tempo implica na indisponibilidade para enfrentar as filas de esperas na busca de uma consulta para solicitação e agendamento do exame pelo SUS, como também na indisponibilidade para se dirigir até o estabelecimento onde a mamografia é realizada, pois é possível que haja a necessidade de deslocar-se até outra cidade, o que também ratifica o condicionante dificuldade de acesso. Já para Marinho et al. (2008) mulheres casadas são mais propensas a realizarem a mamografia devido ao incentivo do companheiro.

Por fim, **experiências negativas no passado** (11%) com o sistema de saúde faz com que algumas mulheres se sintam desmotivadas a realizarem a mamografia (AZAMI-AGHDASH et al., 2015). O que pode ser melhorado com treinamento adequado e contínuo de todos os profissionais envolvidos, desde atendentes, enfermeiros, radiologistas, médicos, ou seja, todos os profissionais de saúde responsáveis por algum procedimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

4.2 Validação dos condicionantes da literatura para a PNPCC

4.2.1 Condições reveladas pela literatura e variáveis empregadas

Para a verificar e validar a influência dos condicionantes identificados na literatura para a PNPCC, foram coletadas as variáveis exibidas na Quadro 2. Além dessas, também foi coletada a variável razão de mamografia, descrita pelo código “RzMamoY”, que representa a razão entre a quantidade de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos no município e população da mesma faixa do município.

Quadro 2: – Materialização em variáveis dos condicionantes apontadas pela literatura

Dimensão	Variável	Código	Fonte	Expectativa teórica	Fonte teórica
Dimensão Estatal	Número de médicos para cada mil habitantes	méd/hab	DataSus/autor	Positiva	George (2000); Yu; Wu (2005); Warren et al., (2006); Lamyian et al., (2007); Hanson et al., (2009); Yankaskas et al. (2010); Schoenberg et al., (2013); Ramachandran et al., (2015); Azami-Aghdash et al., (2015); Xavier et al. (2016).
	Número de médicos atenção primária para cada mil habitantes.	méd/AP	DataSus	Positiva	
	Número de estabelecimentos de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para cada mil habitantes.	Est_ESF	DataSus	Positiva	
	Número de equipes de ESF	Equip_ESF	DataSus	Positiva	
	Número de ACS para cada mil habitantes.	ACS	DataSus	Positiva	
	Existência de médicos radiologista e diagnóstico por imagem	méd/rad	DataSus	Positiva	
	Existência de mamógrafos no município	mamogf	DataSus	Positiva	
	Taxa da população com plano de saúde privado.	Plan_pri	Agência Nacional de Saúde	Negativa	
	Média de KM ² que um Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por cobrir.	ACS/Ext.T	DataSus/autor	Negativa	
	Taxa de cobertura da atenção primária	Cob_AP	DataSus	Positiva	
Dimensão Individual	Média de anos de escolaridade	Educaç	IPEA	Positiva	Sadler et al., (2001); Marinho et al., (2008); Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Gonçalves et al., (2014); Lopes et al., (2015); Azevedo e Silva et al., (2017).
	Alcance da meta para o IDEB estabelecido pelo Ministério da Educação	IDEB	INEP	Positiva	
	Porcentagem de beneficiários do PBF no município	N. PBF	IBGE	Negativa	
	Número médio de filhos no ano de 2010	Fecund	PNUD	Negativa	
	Percentual de população pobre em 2010	pop_pob	PNUD	Negativa	
	Renda familiar per capita	rend_pcpt	PNUD	Positiva	
Dimensão Gerencial	Número de mamógrafos para a população da região de saúde	mamog/reg	DataSus/autor	Positiva	Lamyian et al., (2007); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Azami-Aghdash et al., (2015); Ramachandran et al., (2015). Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011; American Cancer Society, (2014); Portaria 2 de setembro de 2017; INCA (2018).
	PIB per capita municipal	PIB_pcpt	IBGE	Positiva	
	Densidade demográfica do município	dd_m	IBGE	Positiva	
	Percentual de população urbana	pop_urb	IBGE	Positiva	
	Existência Telessaúde instalado para melhorar a qualificação dos profissionais de saúde.	telsaud	DataSus	Positiva	
	Gasto médio com saúde por habitante.	gast_saud	SIOPS	Positiva	
	Índice Firjam de Desenvolvimento Municipal	IFDM	Índice Firjam	Positiva	
	Existência de Conselho Municipal de Saúde cadastrado em 2013.	CMS	DataSus	Positiva	
	Existência de Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde em 2014.	PMS	DataSus	Positiva	
	Município vinculado a consórcio intermunicipal de saúde (CIS)	CIS	SES/MG e SES/RN	Positiva	
	Existência de academias de saúde no município	acad.saúd	DataSus	Positiva	
	Coberturas vacinais alcançadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	vacina	DataSus	Positiva	
	Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas.	vigil_sanit.	DataSus	Positiva	
	Percentual de domicílios com abastecimento de água proveniente de uma rede pública de abastecimento.	Cob_água	DataSus	Positiva	
	Percentual de domicílios com lixo coletado por empresa pública ou particular.	Cob_lixo	DataSus	Positiva	
	Percentual de domicílios com destino dado às fezes e urina canalizadas pela rede pública de esgoto.	Cob_esgt	DataSus	Positiva	
Percentual de domicílios que possuem energia elétrica.	Cob_energ.	DataSus	Positiva		

*Alguns dos condicionantes discorridos nos artigos analisados não são passíveis de serem materializadas, visto natureza qualitativa e teórica adotada pelos artigos.

** Condicionantes não apontados pela literatura.

Fonte: Resultado do estudo, 2018.

Conforme observação no final da Quadro 2, o condicionante Gestão municipal, não foram apontados pela revisão de literatura. No entanto, em complemento, pesquisaram-se relatórios técnicos e outras bases para investigar condicionantes

empíricos que ainda não estão presentes na literatura, mas aparecem como importantes e são possíveis influenciadores da PNPCC, mesmo que de forma indireta.

Desse modo, o condicionante “gestão municipal” foi inserido como proxy para investigar a relação entre a gestão da PNPCC, com a gestão de outras políticas públicas no município. O que se espera é conhecer, por meio dessas variáveis, indícios sobre a capacidade gerencial do município para a gestão dessa e outras políticas públicas de saúde.

A capacidade gerencial é a capacidade de gestão e de implantação das ações das políticas públicas de saúde no âmbito local. Assim cabe aos municípios gerir as equipes e os estabelecimentos da ESF; realizarem pactuações regionais para oferecer maior diversidade de serviços de saúde à sua população; manter atualizadas os registros e as bases de dados referentes aos procedimentos de saúde, promover a qualidade de vida e de saúde à população, entre outras funções.

Como também observado no final da Quadro 2, alguns condicionantes que influenciam a realização do exame de mamografia, apontados com bastante frequência por autores na revisão de literatura, não podem ser mensurados e materializados em variáveis quantitativas, devido sua natureza qualitativa, logo não é possível validar empiricamente a influência desses condicionantes na Política. Por fim, cabe ressaltar que, para capturar os condicionantes e torná-los operacionalizáveis, foi necessário, em alguns casos, a adoção de mais de uma variável, isso devido ao seu aspecto qualitativo e também por não existir uma variável capaz de representar esse condicionante adequadamente nas bases de dados públicas utilizadas.

No que diz respeito à expectativa teórica, ela foi determinada a partir da revisão de literatura. Quando a expectativa teórica é positiva, espera-se que a variável e a taxa de mamografia tenham uma relação direta, ou seja, o aumento de uma, leva ao aumento da outra e vice-versa. Já para a expectativa teórica negativa, espera-se uma relação inversa, aumentando a variável, a taxa de mamografia reduz e vice-versa.

Para representar a “falta de solicitação médica” foram utilizadas as variáveis número de médicos para cada mil habitantes, pois quanto mais médicos existir no município, maior a possibilidade de uma paciente ter acesso a consultas, logo maior possibilidade de ser solicitado o exame de mamografia; bem como a variável número de médicos da atenção primária, pois são os profissionais da atenção primária os principais responsáveis por solicitar a realização do exame.

Para representar o condicionante “dificuldade de acesso” foi utilizada a variável número de estabelecimentos de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois quanto mais ESF estiver um município, mais fácil será ter acesso aos serviços da atenção primária de saúde. Outra variável foi o número de médicos radiologista, visto que esses são os profissionais responsáveis por realizar o exame, logo quanto mais profissionais desse tipo tiver o município, maior a possibilidade de a mulher conseguir realizar a mamografia. Por fim, acredita-se que quanto maior a taxa de cobertura da atenção primária, mais fácil o acesso aos serviços de saúde, o que justifica a utilização dessa variável para representar o condicionante.

Para o condicionante “falta de plano de saúde privado” foi utilizada a variável taxa de cobertura de plano de saúde privado. Para o condicionante “falta de comunicação adequada” foram utilizadas três variáveis, a primeira é média de KM² que um Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por cobrir, visto que quanto menor for a área, maior a possibilidade de se ter contato e com maior frequência com as usuárias do SUS, o que pode melhorar a comunicação. A segunda e a terceira variável também diz respeito a possibilidade de melhoria da comunicação quando o número de equipes da ESF é maior, assim como dos ACS.

Para o condicionante “alocação dos mamógrafos” foi utilizado uma dummy para apontar se no município tem ou não mamógrafo. No que diz respeito a “falta de conhecimento” foram utilizadas variáveis relacionadas a escolaridade, como a média de anos de escolaridade da população do município e o alcance da meta para o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) estabelecido pelo Ministério da Educação.

Para o condicionante “falta de tempo” foi utilizada a variável número de mamógrafos para a população da região de saúde, que significa que quanto menor o número de mamógrafos na região, maior necessidade de deslocamento, logo mais tempo gasto. Para o condicionante “renda” foram utilizadas as variáveis para representar as condições de renda da população, assim foram escolhidas as variáveis percentual de população pobre, porcentagem de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) no município e renda familiar per capita.

Para o condicionante “situação conjugal” foi utilizada a variável número médio de filhos, visto que alguns autores como Dias-da-Costa et al. (2007) falam que mulheres casadas e com filhos, realizam menos mamografias. Representado o condicionante “dificuldade de deslocamento” foi utilizada a variável PIB per capita municipal, pois

que quanto menor o PIB, menor a renda da população, logo infere-se que seja maior a dificuldade de deslocamento por conta própria e maior dependência do transporte oferecido pelo município. Também foram utilizadas as variáveis percentual de população urbana e densidade demográfica, pois a população aglomerada no território urbano possivelmente tem maior facilidade de deslocamento que populações rurais, logo, quanto maior a população urbana e a densidade demográfica, maior a taxa de mamografia.

Quanto a “experiências negativas com os prestadores de serviço” foi utilizada a dummy existência de Telessaúde instalado no município. O Telessaúde é um programa que visa Telessaúde são núcleos que visam a oferta de serviços para a qualificação das equipes de saúde da atenção primária e está inserido no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Logo infere-se que profissionais mais qualificados ofereceram serviços de mais qualidade, melhorando a experiência de atendimento da população. Outra variável utilizada foi gastos médio com saúde por habitante, pois se espera que municípios que investem mais em saúde, ofereçam melhores serviços.

Por fim, para representar o condicionante “gestão municipal”, o qual foi inserido para capturar a capacidade gerencial a respeito das políticas públicas de saúde como um todo, foram utilizadas várias variáveis tentar mensurar a capacidade gerencial em diferentes atuações. Assim, as variáveis utilizadas foram: 1. Índice Firjam de Desenvolvimento Municipal; 2. Existência de Conselho Municipal de Saúde cadastrado em 2013; 3. Existência de Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde em 2014; 4. Município vinculado a consórcio intermunicipal de saúde; 5. Existência de academias de saúde no município; 6. Coberturas vacinais alcançadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança; 7. Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas; 8. Percentual de domicílios com abastecimento de água proveniente de uma rede pública de abastecimento; 9. Percentual de domicílios com lixo coletado por empresa pública ou particular; 10. Percentual de domicílios com destino dado às fezes e urina canalizadas pela rede pública de esgoto e 11. Percentual de domicílios que possuem energia elétrica.

4.2.2 Análise descritiva dos dados

Para conhecer as variáveis empregadas no estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados, conforme apresentado na Tabela 1. O que se observa é a grande

variação dos dados, a partir da variação entre o mínimo e o máximo e do desvio padrão, ressaltando a diversidade das informações para os estados. A exemplo da taxa de mamografia, representada pela variável dependente “RzMamoY”, no RN a taxa de mamografia média foi de 28%, já em Minas Gerais essa média foi de 60%. O que demonstra a situação de disparidade entre os estados, fato que ressalta a importância de realizar análises considerando elementos com características diversas.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis do estudo

Dimensão	Variáveis	Rio Grande do Norte					Minas Gerais				
		Obs	Média	Desv.Pad	Min	Max	Obs	Média	Desv.Pad	Min	Max
	RzMamoY	146	0.28	0.248	0.00	1.4	802	0.60	0.374	0.00	1.99
Dimensão Estatal	méd/hab	146	10.80	3.983	5.10	30.4	802	10.19	3.376	3.96	29.68
	Méd/AP	146	0.46	0.207	0.16	1.269	802	0.55	0.301	0.08	3.38
	est_ESF	146	0.36	0.198	0.04	1.168	802	0.37	0.193	0.04	1.32
	equip_ESF	146	0.43	0.094	0.15	1.027	802	0.35	0.116	0.07	1.23
	ACS	146	2.35	0.498	0.87	6.679	802	2.23	0.615	0.45	5.18
	méd/rad	146	0.14	0.352	0	1	802	0.18	0.387	0	1
	mamogf	146	0.09	0.286	0	1	802	0.16	0.366	0	1
	Plan_pri	146	2.99	4.671	0.10	37.8	802	10.55	10.833	0.10	56.64
	ACS/Ext.T	146	12.87	9.764	0.22	52.93	802	27.34	28.748	0.14	291.38
Cob_AP	146	97.68	9.688	25.25	100	802	95.35	11.567	6.39	100.00	
Dimensão Individual	Educaç	146	9.32	0.624	7.58	10.88	802	9.10	0.752	6.03	11.04
	IDEB	146	0.83	0.262	0.00	1.294	802	0.98	0.134	0.00	1.38
	PBF	146	14.80	4.024	4.31	29.82	802	7.82	4.156	0.60	26.36
	Fecund	146	2.30	0.355	1.50	3.68	802	2.03	0.354	1.33	3.22
	pop_pob	146	34.56	9.694	10.50	56.29	802	17.55	11.770	1.36	57.66
	rend_pcpt	146	310.96	103.708	174.39	950.34	802	493.76	174.987	181.77	1731.84
Dimensão Gerencial	mamog/reg	146	0.02	0.026	0.00	0.08	802	0.01	0.007	0.00	0.03
	PIB pcpt	146	11460.40	8715.938	5838.60	85163.34	802	16559.94	15414.410	5039.89	200226.30
	dd_m	146	105.73	111.216	7.41	5201.08	802	70.27	79.245	1.38	7578.22
	pop_urb	146	63.38	18.878	12.70	100	802	68.06	19.089	18.56	100.00
	Telsaud	146	0.02	0.142	0	1	802	0.25	0.435	0	1
	Gast_saúd	146	646.94	280.065	370.49	2845.34	802	658.96	267.544	210.26	3152.09
	IFDM	146	0.61	0.056	0.47	0.771	802	0.68	0.076	0.44	0.91
	CMS	146	0.95	0.228	0	1	802	0.41	0.492	0	1
	PMS	146	0.38	0.486	0	1	802	0.67	0.471	0	1
	CIS	146	1.00	0.000	1	1	802	0.96	0.196	0	1
	Acad.saúd	146	0.37	0.484	0	1	802	0.19	0.390	0	1
	Vacina	146	51.46	27.758	0.00	100	802	65.92	27.640	0.00	100.00
	Vigil_sanit	146	69.27	21.310	0.00	100	802	63.64	26.940	0.00	100.00
	Cob_água	146	0.68	0.294	0.02	1.402	802	0.68	0.197	0.00	1.41
	Cob_lixo	146	0.63	0.288	0.02	1.292	802	0.69	0.208	0.03	1.36
	Cob_esgot	146	0.12	0.211	0.00	0.841	802	0.57	0.284	0.00	1.38
	Cob_energ	146	0.86	0.321	0.03	1.712	802	0.91	0.200	0.09	1.59

Fonte: Resultados do estudo.

Pelos dados é possível identificar que em MG há mais médicos vinculados à atenção primária, mais médicos radiologistas, mais mamógrafos e um número maior de pessoas com acesso a plano de saúde privado, quando comparado, proporcionalmente, ao estado do RN. Esses dados podem justificar para a maior taxa de mamografia no estado de MG, a julgar principalmente pela maior quantidade de mamógrafos e pelo maior número de pessoas com acesso a plano de saúde privado, pois de acordo com

Guerra et al. (2015), mulheres com plano de saúde privado tem mais acesso a mamografia.

O maior número de pessoas com plano de saúde privado em MG pode ser justificado pelas melhores condições econômicas do estado, a confirmar pelas variáveis da dimensão individual, como número de beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF) “PBF”, percentual de população pobre (pop_pob), PIB per capita (PIB_pcpt) e renda per capita (rend_pcpt) que, estão indicando melhores condições de renda para MG.

No que diz respeito as variáveis da dimensão gerencial as que apresentaram maior disparidade entre os estados foram o PIB per capita municipal e os gastos com saúde, que em MG foram maiores, fato que se justifica por MG ser um estado, mais economicamente desenvolvido que o RN, representando a terceira maior economia do país (IBGE, 2016).

Quanto as variáveis relacionadas ao saneamento básico, os dois estados possuem em média 68% de domicílios com abastecimento de água proveniente de rede pública, no entanto, no RN, apenas 12% dos domicílios tem esgoto canalizado, enquanto em MG 57% dos domicílios possuem esse serviço. De acordo com Roque, Almeida e Souza (2017) inadequações no saneamento básico estão relacionadas condições socioeconômicas regionais e podem causar diversas doenças, conhecidas por Doenças Relacionadas à Água ou de Transmissão Hídrica, o que afeta significativamente na qualidade de vida da população.

4.2.3 Análise da influência das condições na PNPCC

A partir da análise descritiva dos dados, e da organização e padronização das variáveis, realizada conforme descrito no capítulo de metodologia, procedeu-se com a regressão linear múltipla para comprovar o efeito individual dos condicionantes apontados pela literatura sobre a PNPCC, utilizando como referência a variável razão de mamografia. Levando em consideração a variável dependente e as variáveis explicativas apresentadas na Tabela 1, a Equação 1 representa o modelo empírico delineado pelo estudo.

$$\begin{aligned} \text{RzMamoY} = & \beta_0 + \beta_1 \text{medhab} + \beta_2 \text{medap} + \beta_3 \text{estesf} + \beta_4 \text{equipesf} + \beta_5 \text{acs} + \\ & \beta_6 \text{medrad} + \beta_7 \text{mamogf} + \beta_8 \text{planpri} + \beta_9 \text{acsext.t} + \beta_{10} \text{cobap} + \beta_{11} \text{educac} + \\ & \beta_{12} \text{ideb} + \beta_{13} \text{pbf} + \beta_{14} \text{fecund} + \beta_{15} \text{poppob} + \beta_{16} \text{rendpcpt} + \beta_{17} \text{mamogreg} + \\ & \beta_{18} \text{pibpcpt} + \beta_{19} \text{dd}_m + \beta_{20} \text{popurb} + \beta_{21} \text{telsaud} + \beta_{22} \text{gastsaud} + \beta_{23} \text{ifdm} + \\ & \beta_{24} \text{cms} + \beta_{25} \text{pms} + \beta_{26} \text{cis} + \beta_{27} \text{acad.saud} + \beta_{28} \text{vacina} + \beta_{29} \text{vigil_sanit} + \\ & \beta_{30} \text{cob_agua} + \beta_{31} \text{cob_lixo} + \beta_{32} \text{cob_esgot} + \beta_{33} \text{cobenergeletr} + u \end{aligned}$$

Na Tabela 2 demonstra-se os resultados encontrados. O modelo teve um ajustamento bom a regular, conforme pode ser verificado pelos resultados do R² e teste F apresentados na tabela.

Tabela 2 – Efeito individual dos condicionantes sobre a taxa de mamografia*

Rio Grande do Norte			Minas Gerais		
Var. independentes	Coef.	Coef. Beta	Var. independentes	Coef.	Coef. Beta
ideb	0,115** (0,0581)	0,1215425	Gast_saud	0,000102** (4,80e-05)	0,0729862
Med/AP	0,341*** (0,121)	0,2845795	Med/AP	0,0814* (0,0485)	0,0655005
Pib_pcpt	-3,13e-06* (1,65e-06)	-0,1098616	ideb	0,146* (0,0860)	0,0525038
Pop_pob	0,00748** (0,00309)	0,2926322	cms	-0,0551** (0,0263)	- 0,0724184
telsaud	-0,202** (0,0850)	-0,1161373	Vigil_sanit	-0,00114** (0,000545)	- 0,0822781
Pbf	-0,0214*** (0,00698)	-0,3477362	mamog	-0,111*** (0,0320)	-0,108329
mamogf	-0,112* (0,0622)	-0,1285979	Plan_pri	-0,00231 (0,00141)	- 0,0667342
dd_m	8,63e-05*** (2,57e-05)	0,1586812	Rend_pcpt	-0,000159 (0,000107)	- 0,0745425
acs_ext.t	-0,00306* (0,00157)	-0,1204645	fecund	-0,0809* (0,0426)	- 0,0765657
pms	-0,0581 (0,0399)	-0,1138509	Pop_urb	-0,00214** (0,00109)	- 0,1093332
Cob_agua	0,220*** (0,0797)	0,2605741	Cob_agua	0,158** (0,0756)	0,0832439
Constante	0,0411 (0,124)				
N. de observações	146		N. de observações	802	
R ²	0,233		R ²	0,100	
Prob > F	0,0020		Prob > F	0,000	

* Estão apresentadas na tabela apenas as variáveis que compuseram o construto, validadas a 15% de significância, devido ao procedimento stepwise. No entanto, foram aceitas e interpretadas as variáveis com significância até 10%.

Erro padrão robusto entre parênteses

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Resultados do estudo.

Conforme demonstrado na Tabela 2, é possível constatar que diferentes variáveis afetam a taxa de mamografia para os estados do RN e MG e em diferentes intensidades. No RN, a taxa de mamografia é afetada positivamente pela variável “IDEB”, a qual foi

utilizada para representar uma condicionante de educação, ou seja, aqueles municípios que conseguiram alcançar a nota estabelecida como meta pelo Ministério da Educação para a prova do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), tendem a apresentar maiores taxa de mamografia. Tal fato demonstra que os níveis educacionais mais altos afetam positivamente a taxa de mamografia, como relatado por Marinho et al., (2008); Hanson et al., (2009); Gonçalves et al., (2014) e Lopes et al., (2015). O mesmo pode-se dizer para MG, porém com menor intensidade, conforme demonstram os valores dos coeficientes betas dessas variáveis.

Como esperado, a taxa de mamografia em ambos estados foi afetada pelo número de médicos da atenção primária (Méd/AP). A partir do resultado encontrado, infere-se que quanto mais médicos da atenção primária têm o município, maior é a taxa de mamografia. Isso pode estar relacionado ao fato de ser esse profissional o principal responsável pela solicitação do exame de mamografia às mulheres.

Foi encontrado também, nos dois estados, que municípios que não possuem mamógrafo apresentam menores taxa de mamografia, conforme demonstrado pela variável “mamograf”. O problema associado à alocação dos mamógrafos já foi relado em outros estudos, como em Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Xavier et al. (2016). Essas duas condições, número de médicos da atenção primária e disponibilidade de mamógrafos, apontam para possíveis caminhos para os gestores públicos atuarem, a fim de aumentar a taxa de mamografia e com isso ter melhores resultados com a PNPCC. Como sugerido por Oliveira et al., (2011), e considerando os problemas associados a alocação dos equipamentos, a adoção de sistemas móveis de mamógrafos poderia trazer avanços na melhoria do acesso e a eficiência no rastreamento.

Uma variável, ligada à capacidade gerencial, validada para os dois estados, é a cobertura de domicílios com abastecimento de água por rede pública (Cob_água). Tal condição apresenta uma relação positiva com a taxa de mamografia, o que indica que municípios que possuem maior cobertura de abastecimento de água pela rede pública, tem maiores taxas de mamografia. Este fato pode indicar que a gestão pública municipal de outras políticas pode influenciar a Política Nacional de Prevenção de Controle do Câncer.

No estado do RN foram validadas variáveis ligadas a renda e vulnerabilidade, como PIB per capita (PIB_pcpt), número de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e percentual de população pobre (pop_pob) indicando uma relação entre as

condições econômicas e a taxa de mamografia. Vários autores como George (2000); Lamyian et al., (2007); Marinho et al., (2008); Yankaskas et al. (2010); Schoenberg et al., (2013); Azami-Aghdash et al., (2015) sinalizam a baixa renda como um obstáculo para realizar a mamografia. No entanto, cabe destacar que o percentual de população pobre e PIB per capita apresentaram uma relação diferente da expectativa teórica, ou seja, quanto pior a condição de renda, maior a taxa de mamografia, o que pode estar indicando a atuação SUS no provimento de serviços de saúde às populações mais vulneráveis.

Ainda quanto ao estado do RN, foi validada a Dummy Telessaúde⁴, variável inserida para referir-se as condições de capacitação e treinamento dos profissionais da saúde, representando o condicionante “experiências negativas com os prestadores de serviço” apontado pela literatura. Encontrou-se que os municípios que não possuem o Telessaúde apresentam menor taxa de mamografia, logo pode-se inferir que o baixo acesso a capacitações pode levar a atendimentos de pior qualidade para a sociedade.

Para o estado de MG, foi validada a variável gastos do município em saúde (Gast_saúd), também utilizada para representar o condicionante “experiências negativas com os prestadores de serviço de saúde”, de acordo com o resultado, quanto maior os gastos em saúde, maior a taxa de mamografia no município. O que se pode inferir é que quanto maior o investimento em saúde, melhor a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade, o que pode atenuar as experiências negativas com os prestadores de serviço de saúde.

A variável é “ACS/ext.t” também foi validada para o RN, a qual corresponde à média de Km² que um Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por cobrir, com o intuito de representar o condicionante “falta de comunicação adequada”. Pelo resultado, quanto menor é essa distância, maior é a taxa de mamografia no município. Esse achado aponta para o importante papel do ACS nesta política, pois quando ele tem a oportunidade de ter uma relação mais próxima às famílias, maior é a possibilidade deste agente comunicar sobre a Política e recomendar a realização do exame às mulheres.

Outro resultado interessante encontrado em MG é a relação inversa entre a taxa de fecundidade e a realização de mamografia. Como já encontrado em outros estudos

⁴ Telessaúde são núcleos que podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual, os quais visam a oferta de serviços para a qualificação das equipes de saúde da atenção primária e está inserido no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

como em Dias-da-Costa et al., (2007), quanto maior o número de filhos, menor é a realização do exame de mamografia. Isso pode estar relacionado também a falta de tempo devido à situação familiar, como descrito por Oliveira et al. (2011), pois mulheres chefes de família precisam trabalhar por longas jornadas para sustentar a família, o que implicada menor realização do exame de rastreamento.

Ainda para o estado de MG, foi confirmada a variável percentual da população urbana (pop_urb), ou seja, quanto maior for a população urbana do município, menor a taxa de mamografia no município. O que se esperava era que municípios mais urbanizados tivessem maior taxa de mamografia, uma vez que provavelmente as pessoas que vivem na cidade tem mais facilidade de se deslocar até os estabelecimentos de saúde, como também tem a possibilidade de receber mais atenção das equipes da ESF em relação as pessoas que vivem nas áreas rurais do município, ao considerar que o deslocamento até as áreas rurais vai influenciar direta ou indiretamente na qualidade do serviço prestado, por razões de disponibilidade técnica, infraestrutura, recursos humanos e financeiros. No entanto, os dados contrariaram a expectativa.

Por fim, as variáveis presença do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e ações de vigilância sanitária (vigil_sanit) realizadas foram validadas, essas variáveis foram inseridas para representar a capacidade gerencial do município, a fim de apontar para a relação entre o gerenciamento de outras políticas de saúde com o gerenciamento da PNPPCC. Os resultados para ambas foram adversos à expectativa teórica, ou seja, quanto menor a presença dessas variáveis, maior a taxa de mamografia.

Estes resultados podem dar indícios que o Conselho Municipal de Saúde não tem desenvolvido ações e influenciado na oferta de mamografia à população, bem como indícios de que a vigilância sanitária tem encontrado irregularidades nos serviços de saúde, estabelecendo como inviáveis alguns procedimentos, implicando em uma redução da taxa de mamografia. No entanto, esses são apenas pressupostos que devem ser explorados numa próxima etapa, em uma pesquisa em campo.

5. CONCLUSÕES

Esse estudo permitiu um considerável avanço no estoque de conhecimento sobre os fatores de sucesso da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer à medida que permitiu a materialização e confirmação do efeito de condicionantes sobre essa política. Alguns desses condicionantes, embora presentes na literatura, só foram confirmados empiricamente por intermédio desse trabalho.

A identificação desses condicionantes pode ser muito útil para gestores e prestadores de serviços de saúde em especial na proposição de ações para superar barreiras e para permitir a detecção e o tratamento da doença em estágio inicial, reduzindo assim, a mortalidade por esse tipo de câncer, concorrendo para o sucesso da Política.

Dentre as contribuições do estudo, torna-se relevante ressaltar o importante papel desempenhado pelo ACS, e pela capacidade desse Agente influenciar positivamente na taxa de realização de mamografia quando ele tem uma área, em Km², menor a cobrir. Essa descoberta aponta para questões relacionadas à legislação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em especial a Portaria nº 703 de 2011, que regulamenta sobre a composição da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual é formada basicamente por médicos da atenção primária, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo as normas da Portaria, o tamanho da equipe da ESF é determinado pelo número de pessoas que vivem em uma dada região. Talvez fosse mais adequado determinar o tamanho da equipe levando em consideração também a dimensão territorial, principalmente quando se trata do número de ACS, visto ser uma das responsabilidades deste cargo as visitas domiciliares. Além disso, constatou-se também que, quanto mais médicos da atenção primária tem um município, maior é sua taxa de mamografia, o que igualmente reforça a possível necessidade de revisão do tamanho da equipe de saúde que compõe cada ESF.

Como apontado por alguns pesquisadores, o rastreamento do câncer de mama é afetado por questões que perpassam a desigualdade socioeconômica vivida no país. Este estudo aponta para o menor acesso à mamografia pelas pessoas com menores níveis de renda e educação. No entanto, observou-se que no estado do Rio Grande do Norte a taxa de mamografia apresentou relação positiva com o percentual de população pobre, indicando que municípios onde há maior percentual de população pobre, há maior taxa de mamografia. Fato que pode indicar a atuação SUS no provimento de serviços de saúde as populações mais vulneráveis.

Este estudo também permitiu comprovar que a gestão no âmbito municipal da Política Nacional de Prevenção de Controle do Câncer, voltada ao câncer de mama, é influenciada pela capacidade gerencial do município como um todo, mostrando que uma gestão pública municipal eficiente pode influenciar positivamente esta e possivelmente outras políticas.

Por fim, cabe ressaltar que para superar as dificuldades relacionadas ao rastreamento do câncer de mama enfrentadas pelo público-alvo, é preciso primeiramente identificá-las, o que foi ensejado por este e também por outros estudos já realizados. Só assim é possível a formulação e implementações de ações pelos gestores públicos da saúde visando a superação desses problemas. Por meio deste estudo, foi possível transpor a discussão desses problemas no âmbito teórico e qualitativo, ao operacionalizar esses condicionantes e validá-los por procedimentos empíricos e quantitativos, se apoiando em dados observados e mensurados na realidade estudada, sendo este um diferencial deste estudo.

Como limitações deste estudo é justo apontar para o baixo poder de explicação do modelo estatístico, devido ao baixo R^2 encontrado. Essa limitação do modelo pode ser justificada pela baixa qualidade das variáveis disponíveis nos bancos de dados públicos, associado a dificuldade de ter variáveis mais adequadas para representar os condicionantes apontados pela literatura, os quais possuem forte aspecto qualitativo. Assim, para estudos futuros sugere-se a utilização de outras variáveis para operacionalizar tais os condicionantes.

Também sugere-se para pesquisas futuras, a realização de uma pesquisa em campo, nos municípios dos estados de Minas Gerais e do Rio Grande do Norte, para verificar questões encontradas por este estudo, as quais foram diferente da expectativa teórica. Como também para investigar a influência na PNPCC dos condicionantes qualitativos levantados na revisão de literatura, que não foram tratados quantitativamente nesta pesquisa.

6. REFERÊNCIAS

AZAMI-AGHDASH, S. et al. Breast Cancer Screening Barriers from the Womans Perspective: a Meta-synthesis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.16, n. 8, p. 3463-3471, 2015.

AZEVEDO e SILVA, G. et al. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Supl 1:14s, p. 1-9, 2017.

BANNING, M. Perceptions of breast health awareness in Black British women. **European Journal of Oncology Nursing**, vol.15, n. 2, 2011, p.173-177.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. Datasus, abril de 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipo-br.def>. Acesso 05 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Brasília: **Diário Oficial da União**, outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/ GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, Seção 1, p.129-132, 17 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica à Saúde**. Departamento de Atenção Básica, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php. Acesso 09 de agosto de 2018.

CINGOLANI, L. The State of State Capacity: a review of concepts, evidence and measures. **Maastricht University**, Working Paper, n. 53, 2013.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 7, p. 1603-1612, 2007.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Cadernos IDESP**, São Paulo: IDESP, n. 15, 1986.

GEORGE, S. A. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. **Health Care for Women International**, v.21, n.1, p.53-65, 2000.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras.**, vol. 37, n. 2, p. 91-99, 2004.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 31, n. 8, 2015, p. 1673-1684.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Barriers in health care to breast cancer: perception of women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.

HANSON, K. et al. Factors influencing mammography participation in Canada: na integrative review of the literature. **Current Oncology**, vol.16, n. 5, p. 65-75, 2009.

HEYWANG-KÖBRUNNER, S. H.; HACKER, A.; SEDLACEK, S. Advantages and Disadvantages of Mammography Screening. **Breast Care**, vol.6, n.3, p.199-207, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto dos Municípios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html>=&t=downloads. Acesso 14 de agosto de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama. Acesso em 16 maio 2018.

_____. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. VIGILÂNCIA, C. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017.

- LAMYIAN, M. et al. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. **East Mediterr Health Journal**, vol. 13, n. 5. p. 1160-69, 2007.
- LEE-LIN, F. et al. Breast Cancer Beliefs and Mammography Screening Practices Among Chinese American Immigrants. **JOGNN**, vol.36, p.212-221, 2007. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00141.x
- LOPES, T. C. R. et al. Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico. **Rev Bras Promoç Saúde**, vol.28, n.3, p. 402-410, 2015.
- LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v, 66, n. 4, p. 585-591, 2013.
- MARINHO, L. A. B. et al. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Revista de Saúde Pública**, vol. 42, n. 2, 2008, p. 200-207.
- OLIVEIRA, E. X. G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.
- PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.3, p. 365-371, 2011.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. de A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.
- RAMACHANDRAN, A. et al. Multiple barriers delay care among women with abnormal cancer screening despite patient navigation. **Journal of Womens Health**, v. 24, n. 1, p. 30-36, 2015.
- ROQUE, D. M.; ALMEIDA, F. da, S.; MOREIRA, V. de, S. Política pública de combate à dengue e os condicionantes socioeconômicos. In: **Encontro Brasileiro de Administração Pública**, 4., 2017, João Pessoa. Anais... João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017, p. 665-680.
- SABATIER, P. A. Policy change over a decade or more. In: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. **Policy change and learning: an advocacy coalition approach**. Boulder: Westview Press, 1993.
- SADLER, G. R. et al. Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors. **BMC Public Health**, p. 1-7, 2001.
- SCHOENBERG, N. E. et al. Patterns and determinants of breast and cervical cancer nonscreening among Appalachian women. **Women Health**, vol. 53, n. 6, p. 1-19, 2013.
- SOUSA, T. P. **Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de mama**. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.
- SOUZA, C. Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina: Quando a política faz a diferença. In: Gomide, A. de A.; Boschi, R. R. (ed.). **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 51-103.

- SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración**. Madrid: Ministerio para las Administraciones Publicas, 1994.
- XAVIER, D. R. et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 20-35, 2016.
- WARREN, A. et al. Breaking Down Barriers to Breast and Cervical Cancer Screening: A University-based Prevention Program for Latinas. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v.17, n. 3, p. 512-521, 2006.
- WOOLDRIDGE, J. M. **Introductory econometrics: a modern approach** (6th ed.). Boston, 2015.
- WHO. **Breast Cancer Awareness Month**: World Health Organization, 2015.
- WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M. Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. **Policy and Society**, 2015.
- YANKASKAS, B. C. et al. Barriers to adherence to screening mammography among women with disabilities. **Am J Public Health**, v. 100, n. 5, p. 947-53, 2010.
- YU, M.; WU, T. 2005. Factors influencing mammography screening in Chinese American women. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 34(3):386–94

Artigo 3

Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo

Resumo

A fim de ampliar o acesso a prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer e reduzir as mazelas provocadas pela doença, foi instituída em 2013, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). O objetivo desse estudo foi evidenciar a existência de três dimensões teóricas condicionantes do desempenho na PNPCC, a saber: a dimensão estatal, em seu aparato legal e estrutural; a dimensão gerencial, por meio da capacidade gerencial municipal; e a dimensão individual, pelo envolvimento da sociedade com os comportamentos difundidos pela política. Além disso, tem-se como proposta desenvolver um modelo para avaliar a PNPCC, o qual denominou-se de Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Política Pública em Saúde (MoSADPPS). Para cumprir os objetivos propostos, foram adotados procedimentos metodológicos quantitativos como a Regressão Linear Logística e a Análise Fatorial Exploratória. Os resultados confirmam a influência dessas três dimensões no resultado da PNPCC. Também foi possível confirmar que a atuação em maior número dos profissionais de saúde e mais próxima às usuárias proporciona melhores resultados na Política; que o SUS tem conseguido cumprir seu papel de fornecer acesso aos serviços de saúde às populações de baixa renda; e que o melhor desempenho com a Política não está relacionado com melhores níveis de desenvolvimento econômico e social do município.

Palavras-chave: Administração Pública, Políticas Públicas; Saúde Pública, Câncer de Mama; Modelo de avaliação de Desempenho.

State, managerial and individual dimensions of the National Cancer Prevention and Control Policy (Breast): an evaluation model

Abstract

In order to increase access to prevention, early detection and treatment of cancer and reduce the problems caused by the disease, the National Policy on Cancer Prevention and Control (PNPCC) was instituted in 2013. The study aims to confirm the presence of three theoretical dimensions influencing the performance of the PNPCC, as following: the state dimension, in its legal and structural apparatus; the managerial dimension, through the municipal managerial capacity; and the individual dimension, by the involvement and engagement of society with the behaviors disseminated by the policy. In addition, I proposed to develop a model to evaluate PNPCC, named Synergic Model of Performance Evaluation on Public Health Policy (MoSADPPS). In order to fulfill this objective, a quantitative methodological procedures such as Linear Logistic Regression and Exploratory Factor Analysis were adopted. The results confirm the influence of these three dimensions on the PNPCC performance. It was possible to highlight some findings: the number of health professionals working closer in the health sector is better for the policy; the SUS has been able to fulfill its role of providing access to health services to low-income populations; the best performance with the

Policy is not related to better levels of economic and social development in the municipal level.

Keywords: Public Administration, Public Policies; Public Health, Breast Cancer; Performance Evaluation Model

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença grave, que atinge milhares de mulheres anualmente, em 2018 está prevista a ocorrência de quase de 60 mil novos casos (INCA, 2017). Esse é o carcinoma que mais provoca a morte de mulheres no Brasil e no mundo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014), o que gera consideráveis consequências sociais, ao afetar toda a estrutura familiar e consequências econômicas, seja para os sistemas público de saúde e de previdência, para o mercado de trabalho, em termos mão de obra, ou para o orçamento familiar.

Sabe-se que a melhor forma de reduzir a mortalidade é por meio do diagnóstico precoce. A sobrevida de pacientes com o nódulo descoberto no estágio I, inicial, é cerca de 93%, já para o nódulo descoberto em estágio IV, a taxa de sobrevivência cai para aproximadamente 27% (SCHNEIDER, 2008). Apesar da grande ocorrência e das consequências acarretadas, as mulheres ainda se deparam com dificuldades para realizar o diagnóstico precoce (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2014), o que leva a maioria dos casos de câncer de mama serem diagnosticados nos estágios III e IV (SCHNEIDER, 2008).

No intuito de reduzir as consequências sociais e econômicas proporcionadas pelo câncer, bem como ampliar o acesso pelo sistema público ao diagnóstico precoce e tratamento, foi instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no ano de 2013, posteriormente atualizada pela Portaria 2 de setembro de 2017, a qual consolidou todas as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A Política fundamenta-se em quatro princípios, sendo eles: 1) estabelecimento de ações de prevenção do câncer; 2) detecção precoce para aumentar a probabilidade de cura; 3) consolidação e expansão dos serviços de assistência oncológica; e 4) promoção do desenvolvimento de recursos humanos, de pesquisas e outras ações indispensáveis às ações de prevenção e controle do câncer (INCA, 2002). O que se percebe é que, para que esta política tenha sucesso em sua implementação, deve estar amparada por três dimensões: fornecimento de recursos e infraestrutura pelo Estado; gestão

descentralizada eficiente para execução das diretrizes estabelecidas; e participação do público-alvo, realizando os comportamentos recomendados pela política.

Ao Estado se atribui a capacidade de criar e manter toda a infraestrutura para atender às mulheres, a qual inclui informação e promoção do serviço, exames de rastreamento, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para os doentes, conforme descrito na Portaria que instituiu a PNPCC. Quanto à gestão da política, esta ocorre de forma descentralizada nos estados e municípios, contudo, cabe, principalmente, aos municípios a execução dos programas e ações no âmbito local. No entanto, não basta que o Estado forneça infraestrutura adequada e que exista um aparato para uma gestão com bom desempenho, se a população-alvo não aderir ao comportamento desejado, como as ações de prevenção, e a realização dos métodos para a detecção precoce e do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2013).

Portanto, os autores consideram a existência e a influência sinérgica de três dimensões no desempenho na PNPCC, a saber: 1) a dimensão estatal, em seu aparato legal e estrutural, 2) a dimensão gerencial, por meio da capacidade gerencial municipal para a execução de políticas públicas de saúde, e 3) a dimensão individual, pelo envolvimento da sociedade com os comportamentos difundidos pela política.

A análise de uma política pública, condicionada a influência das dimensões estatal, gerencial e individual sinérgicamente, não foi identificada em outros estudos, em especial a dimensão gerencial. Como também não foi identificado o desenvolvimento de um modelo avaliativo para a PNPCC. Nesse sentido, esse trabalho teve como objetivo confirmar a existência e o potencial de influência dessas três dimensões no desempenho na Política, bem como desenvolver um modelo para avaliação de desempenho na PNPCC, o qual foi denominado de Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Política Pública em Saúde (MoSADPPS). Ao final o que se pretende é responder quais as influências dos condicionantes no desempenho na PNPCC, a partir do modelo MoSAPPDS?

A partir desse estudo pretende-se ampliar o entendimento teórico e empírico sobre o desempenho na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com foco no câncer de mama. Espera-se com o desenvolvimento do modelo de avaliação de desempenho, identificar os principais condicionantes que afetam no desempenho na PNPCC, relacionando-os ao papel do Estado, da gestão e dos indivíduos. Acredita-se que o MoSADPPS também poderá oferecer uma contribuição prática por permitir ser calibrado, alimentado, e acompanhado ano a ano, à medida que ocorrerem mudanças em

alguma variável ou para realizar simulações de mudanças de cenários, e assim verificar a influência dessa variação no resultado da política.

2. ALOCAÇÃO DE RECURSOS E DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO

A partir de 1990, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), muda-se o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro, o qual deixa de ter um caráter “estadualista”, com decisões e ações centralizadas, propostas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a "municipalização" (UGÁ et al., 2003). Nesse novo desenho, os municípios assumem função ativa na prestação de serviços de saúde à população, com o apoio técnico e financeiro da União e do Estado (UGÁ et al., 2003), sendo as atribuições e competências de cada esfera de governo definidas pela Lei 8.080/90.

Com a descentralização das ações e serviços para os municípios, os recursos financeiros passaram a ser transferidos do Ministério da Saúde para os fundos municipais de saúde, tornando a gestão desses recursos e o cumprimento das metas dos programas nacionais, uma responsabilidade da administração municipal, com a função de controle social pelos conselhos de saúde (SANTOS; FRANCISCO; GONÇALVES, 2016).

A alocação dos recursos públicos à saúde tem a finalidade de oferecer bens e serviços necessários à população, a qual não tem condições financeiras de arcar com serviços providos pelo sistema privado (DE ABREU PEREIRA SILVA, et al., 2012). No entanto, torna-se necessário avaliar a eficiência da alocação, a distribuição e efetiva aplicação dos recursos públicos. A fim de garantir que sua aplicação amplie a utilização dos serviços públicos de saúde pela sociedade, por meio de políticas públicas, bem como possibilitar à população o acesso às informações sobre a gestão do poder público municipal (DE ABREU PEREIRA SILVA, et al., 2012).

Para Costa e Castanhar (2003), é crucial obter maior eficiência e maior impacto dos investimentos governamentais em programas sociais, o que se exige avaliações contínuas e sistemáticas do desempenho das políticas públicas, a fim de alcançar melhores resultados e proporcionar melhor utilização e controle dos recursos aplicados, fatos que apontam para a necessidade de utilizar ferramentas de controle para mensurar o desempenho dos programas ou políticas.

Como destacado por Santos, Francisco e Gonçalves (2016) existe a preocupação por parte de pesquisadores da área de gestão pública, bem como da saúde e de chefes de

governo, verificar a qualidade e a eficiência da prestação dos serviços de saúde no setor público, essas avaliações permitem o melhor controle das políticas públicas de saúde. Os autores afirmam que o controle é de extrema relevância para assegurar que as atividades planejadas sejam desempenhadas e contribuam para atingir as necessidades identificadas pelos cidadãos.

Nesse sentido, e considerando a existência limitada de recursos e o fato que ainda milhões de brasileiros não terem acesso aos serviços básicos de saúde, é oportuno mensurar o desempenho das ações e da aplicação dos recursos públicos financeiros nas políticas públicas e propor modelos para análises e controle de resultados (SANTOS; FRANCISCO; GONÇALVES, 2016).

Bennefoy e Armijo (2005) esclarecem que a avaliação de desempenho realizadas por entidades públicas, tem vários objetivos, trata-se de uma mistura entre o apoio à tomada de decisão sobre as estratégias para alcançar melhores resultados e gerenciar os processos de forma mais eficiente e eficaz, bem como para apoiar a prestação de contas aos usuários e diferentes partes interessadas, além de servir para fins de formulação de orçamento e alocação de recursos para atender aos objetivos dos programas e políticas públicas.

Costa e Castanhar (2003) ressaltam que em avaliações de desempenho faz-se necessário a definição de padrões de referência para julgar o desempenho, e para os autores, esses padrões de desempenho são baseados em indicadores. Nesse sentido, a fim de tornar a gestão da PNCPP mais eficiente e eficaz, avaliou-se o desempenho dos municípios na execução da Política, a partir do Modelo MoSSAPDS, o qual foi desenvolvido neste trabalho e tem como resultado indicadores, os quais possibilitam comparar desempenhos dos diferentes municípios.

3. DIMENSÕES ESTATAL, GERENCIAL E INDIVIDUAL DA PNPCC

A PNPCC é uma política interinstitucional, a qual envolve o Estado, em seus âmbitos federal e estadual, oferecendo capacidade estatal para o funcionamento da política; o município com a função gerencial em âmbito local; e o público-alvo integrante da sociedade, com o papel de procurar pelos serviços de saúde e adotar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento em tempo oportuno. As funções e responsabilidades dos três entes federativos (Governo Federal, Estados e Municípios) estão explícitas na Portaria 2 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.

Ao Estado cabe a oferta da plena capacidade estatal para resolver o problema do câncer (Dimensão Estatal). Pires e Gomide (2016) esclarecem que a capacidade estatal envolve identificação de problemas, formulação de soluções, execução de ações e entrega dos resultados, incluindo atores, instrumentos e processos. Souza (2015, p. 51) complementa que a capacidade estatal trata-se de um “conjunto de instrumentos e instituições que dispõe o Estado para estabelecer objetivos, transformá-los em políticas e implementá-las”. Desse modo, a atuação inicial do Estado foi tratar o câncer como um problema público de saúde e então formular a política atual para o controle da doença, a PNPCC, desenvolvendo diretrizes explícitas, a quais levam em consideração elementos contextuais, potenciais beneficiários, responsabilidades dos entes federativos e das redes de atenção à saúde, bem os meios de monitoramento, avaliação e financiamento da política.

Além disso, atribui-se ao Estado o papel de principal provedor de toda a infraestrutura necessária para possibilitar a implementação da política, o que inclui desde a disseminação de informações sobre as doenças, como a oferta de recursos materiais e pessoais, para o acesso da população aos serviços de diagnóstico, de consultas especializadas, e de tratamento, quando necessário.

Cabe ainda ao Estado propiciar mecanismos para o controle, monitoramento e avaliação da doença, como a disponibilização de plataformas para que se possa registrar exames realizados, casos diagnosticados, casos tratados, mortalidade de pacientes, recursos dispendidos etc. Também compete ao Estado prover a acessibilidade a novas tecnologias, a fim de garantir o controle mais efetivo da doença, mediante a diagnósticos mais assertivos e precoces, e tratamentos menos dolorosos, onerosos e mais eficazes, para reduzir a mortalidade pela doença. Por fim, é papel do Estado apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde, elevando a qualificação profissional (BRASIL, 2017).

A gestão e a implantação das práticas da política no âmbito local ficam sob responsabilidade dos municípios (componente Gerencial), visto ser no município onde os beneficiários procuram pelos serviços de saúde. Desse modo, os municípios têm papel importante na gestão das políticas de saúde, não apenas para a política voltada ao controle do câncer. Assim cabe aos municípios funções como gerir as equipes e os estabelecimentos da ESF; realizarem pactuações regionais para oferecer maior diversidade de serviços de saúde à sua população; manter atualizadas os registros e as

bases de dados referentes aos procedimentos de saúde, promover a qualidade de vida e de saúde à população, entre outras (BRASIL, 2017).

Especificamente para a PNPCC, uma função importante dos municípios se refere à pactuação regional, por meio da formação e vinculação a consórcios intermunicipais de saúde, os quais têm a função de planejar, providenciar e fortalecer as ações e os serviços necessários para a atenção integral à saúde. Os consórcios podem ajudar os municípios a gerir e prover conjuntamente serviços especializados de saúde (TEIXEIRA; MAC DOWELL; BUGARIN, 2003).

O principal serviço ofertado pelos consórcios para o controle do câncer de mama é o exame de mamografia. O mamógrafo é um equipamento caro e não está disponível em todos os municípios do país; em todo o território nacional, há pouco mais de 2 mil equipamentos disponíveis pelo SUS (BRASIL, 2018). De acordo com estudo realizado por Asevedo e Koch (2004), a implantação de um serviço de mamografia de pequeno porte custava naquela época de US\$ 853.508,00 a US\$ 1.038.275,00, a depender do tipo de equipamento adquirido. Logo, torna-se necessária a formação dessa rede de cooperação para que as populações dos municípios, onde não há o mamógrafo, possam realizar o exame no município mais próximo, onde há o equipamento em funcionamento.

Ademais, cabe aos municípios manterem atualizados os dados dos serviços de saúde públicos e privados que estão sob responsabilidade da gestão municipal, bem como dos profissionais que prestam serviço ao SUS. Por fim, devem garantir a implementação dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para manter o funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, medida que faz parte do processo de monitoramento, avaliação e controle da doença (BRASIL, 2017).

Contudo, não basta que o Estado, com sua capacidade estatal forneça todo o suporte e infraestrutura adequada e que haja gestão adequada da política por parte dos municípios, se a população-alvo não aderir ao comportamento incentivado, como realizar as medidas de prevenção, estar atento à saúde das mamas para identificar qualquer sintoma sugestivo da doença, realizar a mamografia periodicamente e o tratamento, caso identificado o câncer (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013; GONÇALVES et al., 2014; RAMACHANDRAN et al., 2015). A adoção desses comportamentos torna a população alvo parte crucial para o funcionamento efetivo da

política, sendo, portanto esse o componente Individual da política, denominado pela autora.

Para o engajamento da sociedade com a política faz-se necessário que a população alvo conheça a política, a importância de se prevenir contra o câncer, de realizar o rastreamento periodicamente, e os meios disponíveis para o tratamento. Alguns autores denominaram as dificuldades que as mulheres passam para procurar pelo sistema de saúde de condicionantes ou barreiras para o rastreamento do câncer de mama (GEORGE, 2000; MASTROBERTI; STEIN, 1996; BURNETT; STEAKLEY; TEFFT, 1995).

Alguns desses condicionantes se devem ao medo de receber o diagnóstico (AZAMI-AGHDASH et al., 2015); ao medo do exame, devido ao desconforto e ao constrangimento (RAMACHANDRAN et al., 2015; GONÇALVES et al., 2014); à crença de não achar necessário realizar a mamografia quando não há sintomas da doença (YANKASKAS, et al., 2010). Esses condicionantes podem ser superados com a melhoria da comunicação entre o governo e o público-alvo da política.

No entanto, sabe-se que, no Brasil, os empecilhos para realizar os procedimentos de rastreamento e tratamento vão além da comunicação ineficiente, envolvem elementos estruturais como a dificuldade de acesso, o tempo de espera, o percurso de longas distâncias geográficas, entre outros problemas (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013; XAVIER et al., 2016; AZEVEDO e SILVA et al., 2017).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para verificar a existência das dimensões teóricas propostas, bem como responder ao questionamento desse estudo, foi necessária primeiramente a coleta de um conjunto de variáveis para representar e construir as dimensões estatais, gerenciais e individuais. Tais variáveis estão apresentadas no Quadro 1. A seleção dessas variáveis foi baseada na literatura, quando relacionadas às dimensões estatal e individual, visto que outros autores já estudaram, mesmo que com abordagens diferentes, a influência de algumas condições na esfera estatal e individual, a exemplo de Oliveira et al., (2011); Lourenço, Mauad e Vieira (2013); Xavier et al. (2016); Azevedo e Silva et al., (2017). Já as variáveis empregadas para representar a dimensão gerencial foram baseadas em maior parte de registros empíricos, como relatórios técnicos, instrumentos legais e também pela percepção dos autores desse trabalho. As variáveis coletadas foram agrupadas dentro das três dimensões.

Para medir o desempenho na PNPCC considerou-se como proxy, da variável dependente, a taxa de realização de mamografia do município no ano de 2015, último ano com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Essa variável foi escolhida em função de a realização de mamografia, como já defendido por diversos autores (AZEVEDO e SILVA, et al., 2014; WARREN et al., 2006), ser até o momento, o melhor procedimento para a detecção precoce do câncer e permite reduzir de 20 a 40% a mortalidade pela neoplasia.

Além disso, o aumento da taxa de mamografia é um resultado de curto prazo que pode ser observado a partir da implementação da Política. O resultado de longo prazo almejado é a redução da mortalidade, mas como a Política foi implementada em 2013, ainda não é possível mensurar o impacto dela sobre a mortalidade, visto que os números mais recentes sobre a mortalidade por câncer de mama são de 2014.

Para a investigação foram escolhidos como população amostral dois estados brasileiros, no intuito de isolar efeitos de políticas estaduais específicas. Os estados escolhidos foram Minas Gerais (MG) e Rio Grande do Norte (RN), por apresentarem condições econômicas e sociais diferentes. Além disso, a escolha também foi baseada nas taxas de mamografia, a fim de ter populações que se destacaram pela alta e pela baixa taxa de realização deste exame. Minas Gerais representando a alta cobertura de mamografia, 45% do público-alvo realizou o exame, quando a média do país foi de 31% (BRASIL, 2018), e o Rio Grande do Norte representando a baixa realização de mamografia, com 27% (BRASIL, 2018).

Todas as variáveis coletadas são referentes ao ano de 2015, a fim de manter padronizada a base de dados em relação à taxa de mamografia e assim realizar um estudo do tipo cross section, em que todas as informações estão situadas no mesmo ponto do tempo. A exceção da taxa de fecundidade, cujo registro mais atual, para os municípios, é de 2010. As variáveis coletadas foram padronizadas em taxas, visto que os municípios têm populações diferentes, e sem a padronização não é possível compará-las. O tamanho da amostra para o estado de MG foi de 802 municípios, de um universo de 853, após retirar municípios com variáveis faltantes, já no RN a amostra final foi composta por 146 municípios, de um total de 167.

Organizada a base de dados, o primeiro procedimento estatístico realizado foi a análise exploratória dos dados (AED), para conhecer melhor o padrão, a qualidade e as principais características dos dados, conforme apresentado na Tabela 1. Após esse primeiro procedimento, realizou-se a Regressão Linear Múltipla, a fim de identificar

quais das variáveis elencadas, também denominadas de variáveis independentes ou X's, com poder de explicar a razão de mamografias do município, variável dependente ou Y. Realizou-se a regressão pelo procedimento stepwise a 15%, sendo aceitas e interpretadas as variáveis com nível de significância de até 10%. Para a contornar os erros da heterocedasticidade, foram calculados os erros-padrão robustos, conforme apontado por Wooldridge (2015).

A regressão permitiu confirmar a existência das dimensões teóricas estatais, gerenciais e individuais, influenciando na PNPCC. Para isso, realizou-se o procedimento da regressão para cada uma das dimensões, com as variáveis escolhidas para compor o constructo, conforme indicado no Quadro 1.

Para o desenvolvimento do modelo MoSADPPS, duas etapas foram procedidas. Na primeira etapa foi construído um índice para identificar potencial do município para executar a política PNPCC. Tal índice foi denominado de Índice do Potencial de Execução da PNPCC (IPEP). O IPEP indica os municípios com maior e menor potencial para executar a PNPCC e representa um indicador geral de condição. Este índice foi construído a partir das variáveis validadas pela regressão. A segunda etapa consistiu na construção do indicador final de desempenho dos municípios na PNPCC, o qual foi denominado de Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC (IDRP), o qual permite ranquear os municípios dos estados de MG e RN com melhor e pior desempenho, sendo este o resultado final do Modelo MoSADPPS.

Para a construção do Índice Potencial para a Execução da PNPCC (IPEP) foi utilizado o método da Análise Fatorial (AF), que segundo Figueiredo Filho e Silva Junior (2010) é utilizado quando se deseja reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores. De acordo com Hair Jr. et al. (2009), os fatores representam construtos que sintetizam ou explicam o conjunto de variáveis observadas.

Para rodar a análise fatorial, as variáveis utilizadas foram contínuas e dummies; o método de extração dos fatores foi por componentes principais, por não exigir informações ou suposições sobre a distribuição normal multivariada dos dados; e a rotação delas pelo método Varimax. Além disso, foi utilizado o scree test para determinar a quantidade de fatores que deveriam ser extraídos das variáveis. Os fatores gerados foram denominados de acordo com as variáveis que o compuseram, e estes estão apresentados nas tabelas 5 e 6.

Após a identificação dos fatores, pela AF, procedeu-se com a construção do índice IPEP propriamente. Para tanto seguiu-se as orientações de Ferreira (2015). Primeiramente, foram determinados os escores fatoriais, que segundo Lemos (2001) é necessário para colocar os valores dos escores no primeiro quadrante, por meio da seguinte equação (1).

$$F_{ij} = \frac{(F - F_{min})}{(F_{max} - F_{min})} \quad (1)$$

Em que, F_{min} e F_{max} são os valores máximo e mínimo observados para os escores fatoriais associados aos municípios mineiros. Já para a construção do índice utilizou-se a equação (2)

$$IPEP_i = \sum_{j=1}^p \frac{\lambda_j}{\Sigma \lambda_j} F_{ji}^* \quad (2)$$

Em que IPEP é o índice do i -ésimo município, j é a raiz característica, p é o número de fatores extraídos na análise, F_{ji}^* é o j -ésimo escore fatorial do i -ésimo município e $\Sigma \lambda_j$ é o somatório das raízes características referentes aos p fatores extraídos. A participação relativa do fator j na explicação da variância total capitada pelos p fatores extraídos é indicada por $\frac{\lambda_j}{\Sigma \lambda_j}$ (CUNHA et al., 2008).

A construção do Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC (IDRP) resultou da razão entre a taxa de mamografia do município e o IPEP do município. A taxa de mamografia representa um resultado direto observado pela PNPCC, por isso foi utilizada no cálculo do indicador de desempenho. O IDRP reflete o desempenho relativo do município com a Política, pois o indicador de um município possui relação de dependência com os indicadores dos demais municípios, devido à transformação procedida com os dados da taxa de mamografia ao ser ranqueada.

A transformação na taxa de mamografia consistiu em trazê-la para o primeiro quadrante, assim como foi feito com os fatores identificados pela AF, por meio da equação (1). Tal processo foi realizado para padronizar essa taxa, tornando sua variação um número entre 0 a 1, na qual 0 foi para o município que teve taxa de mamografia mais baixa e 1 para o município que teve taxa de mamografia mais alta. A padronização entre 0 e 1 evita que taxas extremamente altas que elevem a magnitude do indicador de desempenho deste município (LEMOS, 2001).

O resultado final do modelo MoSADPPS está apresentado na seção de resultados, este modelo permite aumentar a compreensão sobre a Política Nacional de

Prevenção e Controle do Câncer de Mama, ao identificar as condições que a influenciam, podendo ser útil aos gestores públicos conhecer ações específicas que podem levar ao aumento ou redução do desempenho do município com a Política.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados das análises realizadas serão apresentados em duas subseções, primeiramente, será exposta e discutida a validação das dimensões teóricas estatal, gerencial e individual. Em seguida serão apresentados e discutidos os resultados obtidos com o desenvolvimento do Modelo MoSADPPS.

5.1 Validação das dimensões teóricas da PNPCC

As variáveis selecionadas para representar as dimensões estatal, individual e gerencial estão apresentadas no Quadro 1.

No Quadro 1, além de estarem expostas as variáveis, traz a fonte de coleta dos dados, a expectativa teórica e a fundamentação teórica para a escolha da variável. No estudo foi utilizada também a variável taxa de mamografia descrita pelo código “RzMamoY”, a qual representa a razão entre a quantidade de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos no município e população da mesma faixa do município.

No que diz respeito a expectativa teórica, ela foi baseada nos autores da fonte teórica, apresentados no Quadro 1. Quando a expectativa teórica é positiva, espera-se que a variável e a taxa de mamografia tenham uma relação direta, ou seja, o aumento de uma, leva ao aumento da outra e vice-versa. Já para a expectativa teórica negativa, espera-se uma relação inversa, aumentando a variável, a taxa de mamografia reduz e vice-versa.

Quanto a escolha das variáveis, essa também foi baseada na fonte teórica apontada no Quadro 1, a qual permitiu compreender melhor sobre as rotinas para rastreamento do câncer de mama, quais condicionantes podem facilitar ou dificultar as mulheres adotarem os comportamentos difundidos pela PNPCC, o que irá influenciar direta ou indiretamente no resultado da Política Pública.

Como já apontado, o desempenho esperado pela implementação da PNPCC, no curto prazo, é o aumento da taxa de mamografia. Logo, as fontes teóricas apontadas abordaram em seus estudos condicionantes que podem afetar a realização do exame de mamografia. A partir daí, alocaram-se esses condicionantes de acordo com as

dimensões estatal, individual e gerencial, a partir do julgamento dos autores deste trabalho.

Quadro 1 –Variáveis utilizadas no estudo

Dimensão	Variável	Código	Fonte	Expectativa teórica	Fonte teórica
Dimensão Estatal	Número de médicos para cada mil habitantes	méd/hab	DataSus/autor	Positiva	George (2000); Yu; Wu (2005); Warren et al., (2006); Lamyian et al., (2007); Hanson et al., (2009); Yankaskas et al. (2010); Schoenberg et al., (2013); Ramachandran et al., (2015); Azami-Aghdash et al., (2015); Xavier et al. (2016).
	Número de médicos atenção primária para cada mil habitantes.	méd/AP	DataSus	Positiva	
	Número de estabelecimentos de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para cada mil habitantes.	Est_ESF	DataSus	Positiva	
	Número de equipes de ESF	Equip_ESF	DataSus	Positiva	
	Número de ACS para cada mil habitantes.	ACS	DataSus	Positiva	
	Existência de médicos radiologista e diagnóstico por imagem	méd/rad	DataSus	Positiva	
	Existência de mamógrafos no município	mamogf	DataSus	Positiva	
	Taxa da população com plano de saúde privado.	Plan_pri	Agência Nacional de Saúde	Negativa	
	Média de KM ² que um Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por cobrir.	ACS/Ext.T	DataSus/autor	Negativa	
	Taxa de cobertura da atenção primária	Cob_AP	DataSus	Positiva	
Dimensão Individual	Média de anos de escolaridade	Educaç	IPEA	Positiva	Sadler et al., (2001); Marinho et al., (2008); Oliveira et al., (2011); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Gonçalves et al., (2014); Lopes et al., (2015); Azevedo e Silva et al., (2017).
	Alcance da meta para o IDEB estabelecido pelo Ministério da Educação	IDEB	INEP	Positiva	
	Porcentagem de beneficiários do PBF no município	N. PBF	IBGE	Negativa	
	Número médio de filhos no ano de 2010	Fecund	PNUD	Negativa	
	Percentual de população pobre em 2010	pop_pob	PNUD	Negativa	
	Renda familiar per capita	rend_pcpt	PNUD	Positiva	
Dimensão Gerencial	Número de mamógrafos para a população da região de saúde	mamog/reg	DataSus/autor	Positiva	Lamyian et al., (2007); Lourenço; Mauad; Vieira (2013); Azami-Aghdash et al., (2015); Ramachandran et al., (2015). Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011; American Cancer Society, (2014); Portaria 2 de setembro de 2017; INCA (2018).
	PIB per capita municipal	PIB_pcpt	IBGE	Positiva	
	Densidade demográfica do município	dd_m	IBGE	Positiva	
	Percentual de população urbana	pop_urb	IBGE	Positiva	
	Existência Telessaúde instalado para melhorar a qualificação dos profissionais de saúde.	telsaud	DataSus	Positiva	
	Gasto médio com saúde por habitante.	gast_saud	SIOPS	Positiva	
	Índice Firjam de Desenvolvimento Municipal	IFDM	Índice Firjam	Positiva	
	Existência de Conselho Municipal de Saúde cadastrado em 2013.	CMS	DataSus	Positiva	
	Existência de Plano Municipal de Saúde enviado ao Conselho Municipal de Saúde em 2014.	PMS	DataSus	Positiva	
	Município vinculado a consórcio intermunicipal de saúde (CIS)	CIS	SES/MG e SES/RN	Positiva	
	Existência de academias de saúde no município	acad.saúd	DataSus	Positiva	
	Coberturas vacinais alcançadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	vacina	DataSus	Positiva	
	Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas.	vigil_sanit.	DataSus	Positiva	
	Percentual de domicílios com abastecimento de água proveniente de uma rede pública de abastecimento.	Cob_água	DataSus	Positiva	
	Percentual de domicílios com lixo coletado por empresa pública ou particular.	Cob_lixo	DataSus	Positiva	
	Percentual de domicílios com destino dado às fezes e urina canalizadas pela rede pública de esgoto.	Cob_esgt	DataSus	Positiva	
Percentual de domicílios que possuem energia elétrica.	Cob_energ.	DataSus	Positiva		

Fonte: Resultado do estudo, 2018

Para conhecer as variáveis empregadas no estudo, foi realizada uma análise exploratória dos dados, conforme apresentado na Tabela 1.

O que se observa é a grande amplitude dos dados para quase todas as variáveis, constatada a partir da variação entre o máximo e o mínimo e dos valores elevados dos desvios padrão. Essa diversidade nas informações é reflexo das diferentes características que os municípios apresentam. Mesmo estando inseridos no mesmo estado, há municípios mais desenvolvidos, outros menos. A taxa de mamografia, por exemplo, no RN foi em média 28%, já em Minas Gerais essa média foi de 60%. O que demonstra a situação de disparidade entre os estados, fato que ressalta a importância de realizar análises considerando elementos com características diversas.

Tabela 1 – Análise exploratória das variáveis do estudo

Dimensão	Variáveis	Rio Grande do Norte					Minas Gerais				
		Obs	Média	Desv.Pad	Min	Max	Obs	Média	Desv.Pad	Min	Max
	RzMamoY	146	0.28	0.248	0.00	1.4	802	0.60	0.374	0.00	1.99
Dimensão Estatal	méd/hab	146	10.80	3.983	5.10	30.4	802	10.19	3.376	3.96	29.68
	Méd/AP	146	0.46	0.207	0.16	1.269	802	0.55	0.301	0.08	3.38
	est_ESF	146	0.36	0.198	0.04	1.168	802	0.37	0.193	0.04	1.32
	equip_ESF	146	0.43	0.094	0.15	1.027	802	0.35	0.116	0.07	1.23
	ACS	146	2.35	0.498	0.87	6.679	802	2.23	0.615	0.45	5.18
	méd/rad	146	0.14	0.352	0	1	802	0.18	0.387	0	1
	mamogf	146	0.09	0.286	0	1	802	0.16	0.366	0	1
	Plan_pri	146	2.99	4.671	0.10	37.8	802	10.55	10.833	0.10	56.64
	ACS/Ext.T	146	12.87	9.764	0.22	52.93	802	27.34	28.748	0.14	291.38
	Cob_AP	146	97.68	9.688	25.25	100	802	95.35	11.567	6.39	100.00
Dimensão Individual	Educaç	146	9.32	0.624	7.58	10.88	802	9.10	0.752	6.03	11.04
	IDEB	146	0.83	0.262	0.00	1.294	802	0.98	0.134	0.00	1.38
	PBF	146	14.80	4.024	4.31	29.82	802	7.82	4.156	0.60	26.36
	Fecund	146	2.30	0.355	1.50	3.68	802	2.03	0.354	1.33	3.22
	pop_pob	146	34.56	9.694	10.50	56.29	802	17.55	11.770	1.36	57.66
	rend_pcpt	146	310.96	103.708	174.39	950.34	802	493.76	174.987	181.77	1731.84
Dimensão Gerencial	mamog/reg	146	0.02	0.026	0.00	0.08	802	0.01	0.007	0.00	0.03
	PIB pcpt	146	11460.40	8715.938	5838.60	85163.34	802	16559.94	15414.410	5039.89	200226.30
	dd_m	146	105.73	111.216	7.41	5201.08	802	70.27	79.245	1.38	7578.22
	pop_urb	146	63.38	18.878	12.70	100	802	68.06	19.089	18.56	100.00
	Telsaud	146	0.02	0.142	0	1	802	0.25	0.435	0	1
	Gast_saúd	146	646.94	280.065	370.49	2845.34	802	658.96	267.544	210.26	3152.09
	IFDM	146	0.61	0.056	0.47	0.771	802	0.68	0.076	0.44	0.91
	CMS	146	0.95	0.228	0	1	802	0.41	0.492	0	1
	PMS	146	0.38	0.486	0	1	802	0.67	0.471	0	1
	CIS	146	1.00	0.000	1	1	802	0.96	0.196	0	1
	Acad.saúd	146	0.37	0.484	0	1	802	0.19	0.390	0	1
	Vacina	146	51.46	27.758	0.00	100	802	65.92	27.640	0.00	100.00
	Vigil_sanit	146	69.27	21.310	0.00	100	802	63.64	26.940	0.00	100.00
	Cob_água	146	0.68	0.294	0.02	1.402	802	0.68	0.197	0.00	1.41
	Cob_lixo	146	0.63	0.288	0.02	1.292	802	0.69	0.208	0.03	1.36
	Cob_esgot	146	0.12	0.211	0.00	0.841	802	0.57	0.284	0.00	1.38
	Cob_energ	146	0.86	0.321	0.03	1.712	802	0.91	0.200	0.09	1.59

Fonte: Resultados do estudo.

Pelos dados também é possível identificar melhores condições de saúde em MG, o que pode ser justificativa para a maior taxa de mamografia no estado, visto a maior quantidade de mamógrafos, o maior número de pessoas com acesso a plano de saúde privado, a maior quantidade de médicos vinculados à atenção primária e a existência de mais médicos radiologistas, quando comparado ao RN.

De acordo Guerra et al. (2015), mulheres com plano de saúde privado tem mais acesso a mamografia. O maior número de pessoas com plano de saúde privado em MG pode ser justificado pelas melhores condições econômicas do estado, a confirmar pelas variáveis da dimensão individual, como número de beneficiário do Programa Bolsa Família “PBF”, percentual de população pobre (pop_pob), PIB per capita (PIB_pcpt) e renda per capita (rend_pcpt) que, estão indicando melhores condições de renda para MG.

Quanto as variáveis relacionadas ao saneamento básico, os dois estados possuem em média 68% de domicílios com abastecimento de água proveniente de rede pública, no entanto, no RN, apenas 12% dos domicílios tem esgoto canalizado, enquanto em MG 57% dos domicílios possuem esse serviço. De acordo com Roque, Almeida e Souza (2017) inadequações no saneamento básico estão relacionadas condições socioeconômicas regionais e podem causar diversas doenças, conhecidas por Doenças Relacionadas à Água ou de Transmissão Hídrica, o que afeta significativamente na qualidade de vida da população.

A partir da análise exploratória dos dados, procedeu-se com a regressão linear múltipla para confirmar a existência das dimensões teóricas: estatais, gerenciais e individuais influenciando na taxa de mamografia e, conseqüentemente na PNPCC. A confirmação das dimensões foi viabilizada pela validação estatística de pelo menos uma variável em cada uma das dimensões, conforme demonstrado nas tabelas 2, 3 e 4.

Na tabela 2 está demonstrada o efeito dimensão estatal sobre a taxa de mamografia, a partir da seguinte equação:

$$RzMamoY = \beta_0 + \beta_1 medhab + \beta_2 medap + \beta_3 estesf + \beta_4 equipesf + \beta_5 acs + \beta_6 medrad + \beta_7 mamogf + \beta_8 planpri + \beta_9 acs ext. t + \beta_{10} cobap + u$$

Tabela 2 Efeito da dimensão estatal sobre a taxa de mamografia *

Rio Grande do Norte			Minas Gerais		
Variáveis Independentes	Coef.	Coef. Beta	Variáveis Independentes	Coef.	Coef. Beta
Med/AP	0,251** (0,109)	0,2088162	Méd/hab	0,00937** (0,00391)	0,0844946
ACS	-0,0379 (0,0257)	-0,0760937	Est_ESF	0,125 (0,0805)	0,064215
mamogf	-0,134**	-0,1541268	mamogf	-0,135***	-0,1324228

ACS/Ext.t	(0,0589) -0,00410** (0,00176)	-0,161448	Plan_pri	(0,0303) -0,00215* (0,00121)	-0,0622196
Constante	0,322*** (0,0842)		Pop_urb	-0,00179** (0,000893)	0,0911343
			Constante	1,291*** (0,344)	
N, observações	146		N. observações	802	
R ²	0,082		R ²	0,074	
Prob > F	0,0171		Prob > F	0,000	

* Estão apresentadas na tabela apenas as variáveis que compuseram o construto, validadas a 15% de significância, devido ao procedimento stepwise. No entanto, foram aceitas e interpretadas as variáveis com significância até 10%.

Erro padrão robusto entre parênteses

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Resultados da pesquisa.

Como se pode verificar pela Tabela 2, mais de uma variável foi validada para a dimensão estatal, em ambos estados. No estado do RN, ao que se refere à capacidade estatal da PNPCC, quanto menor a área que um Agente Comunitário de Saúde é responsável por cobrir (acs_ext.t), quanto maior o número de médicos da atenção primária (méd/AP) e quanto menor a disponibilidade de mamógrafo no município (mamogf) maior a realização de mamografias pelas mulheres. Desse modo, a partir das variáveis ACS/ext.t e Méd/AP é possível constatar que a maior atuação dos profissionais da saúde, ligados a atenção primária, proporciona melhor resultado na Política.

Marinho et al. (2008) apontam que um dos maiores problemas relacionado à baixa realização de mamografias pelas usuárias do SUS se deve à falta de solicitação médica, segundo os autores 81,8% das participantes alegaram não receber pedido médico para realizar o exame. Esse fato demonstra que não somente o número de médicos importa, mas também a qualidade do atendimento e a atuação dos profissionais de saúde.

Também para o estado de MG, a dimensão estatal foi confirmada como influenciadora na PNPCC, sendo possível concluir que o maior número de médicos por habitantes (Méd/hab) e a ausência de mamógrafo no município afetam positivamente a taxa de mamografia. A relação da ausência do mamógrafo no município e maior taxa de mamografia, pode ser explicada pela realização dos consórcios intermunicipais de saúde, fato que ressalta a importância desta ação pública. Já o percentual de cobertura de plano de saúde privados (plan_pri) e percentual de população urbana (Pop_urb) afetam negativamente a mamografia. Esses resultados encontrados, tanto no RN, quando em MG, apontam para a relação entre o fornecimento de recursos humanos e

estruturais pelo estado, e o resultado positivo na Política, como também apontado por Sousa (2017).

Quanto a dimensão individual, na tabela 3 demonstra-se o efeito desta dimensão sobre a taxa de mamografia, a partir da seguinte equação:

$$RzMamoY = \beta_0 + \beta_1 educac + \beta_2 ideb + \beta_3 pbf + \beta_4 fecund + \beta_5 pop_pob + \beta_6 rendpcpt + u$$

Conforme resultados expostos na Tabela 3, mais de uma condição está associada a dimensão individual, sendo possível, portanto, confirmar o efeito das condições relacionadas aos indivíduos sobre a PNPCC.

Tabela 3 - Efeito da dimensão individual sobre a taxa de mamografia*

Rio Grande do Norte			Minas Gerais		
Variáveis Independentes	Coef.	Coef. Beta	Variáveis Independentes	Coef.	Coef. Beta
PBF	-0,0178** (0,00691)	-0,289453	Rend_pcpt	-0,000410*** (8,08e-05)	-0,1914563
Pop_pob	0,00661** (0,00300)	0,2582565	fecund	-0,0699 (0,0432)	-0,0661384
Rend_pcpt	-2,58e-06** (1,18e-06)	-0,0905821	Constante	0,940*** (0,111)	
Constant	0,349*** (0,0715)				
N. de observações	146		N. de observações	802	
R ²	0,073		R ²	0,033	
Prob > F	0,0315		Prob > F	0,000	

* Estão apresentadas na tabela apenas as variáveis que compuseram o construto, validadas a 15% de significância, devido ao procedimento stepwise. No entanto, foram aceitas e interpretadas as variáveis com significância até 10%.

Erro padrão robusto entre parênteses

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fonte: Resultados da pesquisa.

Para o estado do RN, a dimensão individual foi confirmada por variáveis utilizadas para representar a condição econômica, ou seja, as baixas condições de renda influenciam na baixa taxa de mamografia, mas esse é um obstáculo que pode ser superado pela atuação do SUS, como apontado pelo resultado da variável ‘pop_pob’, e ‘rend_pcpt’ as quais indicaram que quanto menor a riqueza da população do município, maior a taxa de mamografia neste local.

Já no estado de MG, a dimensão individual foi confirmada por variáveis utilizadas para representar as condições econômicas e sociais, por meio das variáveis renda per capita (rend_pcpt) e taxa de fecundidade (Fecund). Quanto menor a renda

per capita e menor o número de filhos, maior a taxa de mamografia. Indo ao encontro desse resultado, Dias-da-Costa et al. (2007) identificaram que mulheres com menores níveis de renda e com menor número de filhos realizam mais o exame das mamas.

As variáveis ‘pop_pob’ e ‘rend_pcpt’, utilizadas para representar se as condições de renda da população afetam a realização da mamografia, foram validadas contrariando a expectativa teórica (MARINHO et al., 2008; YANKASKAS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011; SCHOENBERG et al., 2013). Esperava-se que quanto menor a renda da população, menor a taxa de mamografia no município. No entanto, os resultados demonstram o contrário, o que pode ser um indicativo da atuação do SUS amparando e oferecendo esse serviço às mulheres de baixa renda. Resultado parecido foi encontrado no estudo de Oliveira et al. (2011), o qual apontou um aumento crescente, entre 2003 a 2008, de mamografia entre as mulheres de baixo renda.

Quanto a dimensão gerencial, o efeito sobre a taxa de mamografia está apresentado na tabela 4, a partir da seguinte equação:

$$RzMamoY = \beta_0 + \beta_1 mamogreg + \beta_2 pibpcpt + \beta_3 ddm + \beta_4 popurb + \beta_5 telsaud + \beta_6 gastsaud + \beta_7 ifdm + \beta_8 cms + \beta_9 pms + \beta_{10} cis + \beta_{11} acadsaud + \beta_{12} vacina + \beta_{13} vigilsant + \beta_{14} cob_agua + \beta_{15} cob_lixo + \beta_{16} cob_esgot + \beta_{17} cob_energ + u$$

A influência da dimensão gerencial sobre a PNPCC pôde ser confirmada para os dois estados. No entanto, o poder de influência desta dimensão foi mais forte para o estado de MG, onde se verifica a validação de mais condições, de acordo com o apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Efeito da dimensão gerencial sobre a taxa de mamografia*

Rio Grande do Norte			Minas Gerais		
Variáveis Independentes	Coef.	Coef. Beta	Variáveis Independentes	Coef.	Coef. Beta
Cob_agua	0,154* (0,0786)	0,1822642	Gast_saúd	9,85e-05** (4,49e-05)	0,0704121
Constante	0,179*** (0,0510)		CMS	-0,0676** (0,0264)	-0,088889
			CIS	0,111* (0,0620)	0,0580408
			Cob_energ	0,363*** (0,0763)	0,1940066
			Constante	0,346*** (0,0914)	
N. de observações	146		N. de observações	802	
R ²	0,033		R ²	0,066	
Prob > F	0,0522		Prob > F	0,000	

* Estão apresentadas na tabela apenas as variáveis que compuseram o construto, validadas a 15% de significância, devido ao procedimento stepwise. No entanto, foram aceitas e interpretadas as variáveis com significância até 10%.

Erro padrão robusto entre parênteses

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1
Fonte: Resultados da pesquisa.

Conforme as informações extraídas da Tabela 4, a influência da dimensão gerencial no estado do RN foi confirmada apenas pela condição de cobertura de abastecimento de água pela rede pública (Cob_água). O que demonstra que, municípios que possuem maior cobertura de abastecimento de água pela rede pública, têm maiores taxas de mamografia. Este fato pode indicar que a gestão pública municipal, direcionada a todas as áreas vinculadas à saúde, pode influenciar na PNPCC.

Já para MG a confirmação da influência da dimensão gerencial, se deu a partir das condições: gastos com saúde (Gast_saúd), cadastro de um Conselho Municipal de Saúde no município (CMS), vinculação do município em um consórcio intermunicipal de saúde (CIS) e percentual de domicílios que possuem energia elétrica (Cob_energ).

Em MG, o que se percebe é que quanto maior o gasto com saúde e quanto maior o percentual de domicílios que dispõem de energia elétrica, maior a taxa de mamografia no município. Ou seja, o investimento em saúde e em qualidade de vida para população afeta positivamente esta Política. Também é possível constatar que estar vinculado à um consórcio intermunicipal de saúde afeta positivamente a taxa de mamografia. Já o cadastro de um Conselho Municipal de Saúde no município afeta negativamente a taxa de mamografia.

Esses achados permitem inferir que a gestão da PNPCC está relacionada com a gestão de outras políticas de saúde, que o gerenciamento das ações direcionadas à saúde não ocorrem de forma isolada para uma política pública específica, por isso a dimensão gerencial deve ser tratada como capacidade gerencial, a qual abarca a gestão como um todo.

A partir desses resultados é possível confirmar o pressuposto teórico levantado neste estudo, que a PNPCC é influenciada pelas três dimensões em conjunto, a capacidade estatal, a capacidade gerencial e a participação da população.

5.2 Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Política Pública em Saúde

A elaboração do Modelo Sinérgico de Avaliação de Desempenho de Política Pública em Saúde (MoSADPPS), o qual tem o propósito de apresentar o desempenho dos municípios na PNPCC, se deu em duas etapas, conforme descrito na seção de metodologia. Sendo assim, será apresentado e discutido, primeiramente o resultado do Índice Potencial para a Execução da PNPCC (IPEP), primeira etapa do Modelo; em

seguida, apresenta-se o Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC (IDRP), resultado final do MoSADPPS.

5.2.1 Índice Potencial para a Execução da PNPCC (IPEP)

Para construir o IPEP foi necessário reduzir as inúmeras variáveis apresentadas no Quadro 1, confirmadas como influentes na taxa de mamografia, a partir de uma regressão linear múltipla, em agrupamentos menores com poder de representar e sintetizar as condições observadas. Para tanto, foi realizada a Análise Fatorial (AF), resultando nos fatores apresentados nas Tabelas 5 e 6.

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) tem a função de verificar se a AF está adequada, e varia de 0 a 1, quanto mais próximo a 1 melhor adequabilidade. Hair et al. (2006) sugerem 0,50 como limite aceitável, logo o KMO de 0,6184 para o RN está acima do mínimo desejável, conforme demonstrado no final da Tabela 5.

Tabela 5 – Análise Fatorial para o RN

Análise Fatorial* - Rio Grande do Norte				
Fator	Denominação	Variáveis	Explicação	Acumulado
F1	Renda e vulnerabilidade	Rend_pcpt	34,74%	34,74%
		PBF		
		Pop_pob		
F2	Infraestrutura urbana	Cob_água.	28,68%	63,42%
		Cob_energ		
F3	Recursos da Saúde	Méd/hab	17,48%	80,90%
		Méd/AP		
		Est_ESF		

*KMO 0,6184

Fonte: Resultados do estudo, 2018.

O Fator 1, denominado de “renda e vulnerabilidade” foi composto pelas variáveis renda per capita, número de beneficiários do PBF e percentual de população pobre, esse fator tem o poder de explicar 34,74% das condições que influenciam a mamografia. O fator 2, denominado de “infraestrutura urbana”, foi formado pelas variáveis percentual de domicílios com abastecimento de água pela rede pública e cobertura de energia elétrica, e tem a capacidade de explicar 28,68% das condições. Já fator 3, denominado de “recursos da saúde”, foi constituído pelas variáveis número de médicos por habitantes, número de médicos da atenção primária e número de estabelecimentos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e tem o potencial de explicar 17,48%. Os três fatores em conjunto têm o poder de explicar 80,90% das condições que podem influenciar na taxa de mamografia.

O resultado da análise fatorial para o estado de MG pode ser observado na Tabela 6, o qual apresenta adequabilidade, com o KMO de 0,7311, acima do limite inferior desejável.

Tabela 6 - Análise Fatorial para MG

Análise Fatorial* - Minas Gerais				
Fator	Denominação	Variáveis	Explicação	Acumulado
F1	Demográfico e renda	Plan_pri	43,25%	43,25%
		Pop_urb		
		Rend_pcpt		
		pop_pob		
F2	Infraestrutura urbana	Cob_água.	19,74%	62,99%
		Cob_energ		
F3	Recursos financeiros e humanos da saúde	Méd/hab	19,42%	82,41%
		Méd/AP		
		Gast saúd		

*KMO (0,7311)

Fonte: Resultado do estudo, 2018.

O fator 1, denominado de “demográfico e renda” foi composto pelas variáveis taxa da população com plano de saúde privado, percentual de população urbana, renda per capita e percentual de população pobre, esse fator tem o poder de explicar 43,25% das condições que influenciam a mamografia. O fator 2, denominado de “infraestrutura urbana”, foi formado pelas variáveis percentual de domicílios com abastecimento de água pela rede pública e cobertura de energia elétrica, assim como para o RN, mas com menor capacidade de explicação, 19,74%. O fator 3, denominado de “recursos financeiros e humanos da saúde”, foi constituído pelas variáveis número de médicos por habitantes, número de médicos da atenção primária e gastos com saúde, e tem o potencial de explicar 19,42%. Os três fatores em conjunto têm o poder de explicar 82,41% das condições que podem influenciar na taxa de mamografia.

A partir da AF, construiu-se o Índice Potencial para a Execução da PNPCC (IPEP), que tem como finalidade desvendar aqueles municípios que, pelos fatores de renda, de demografia, de infraestrutura urbana e de recursos financeiros e humanos da saúde poderiam ter maior potencial para executar a PNPCC. O IPEP apresenta variação de 0 a 1, 0 para aqueles municípios que apresentaram menor potencial para a execução da Política e 1 para os que apresentaram potencial mais alto.

Na Tabela 7 apresenta-se os 10 municípios com melhor e com pior IPEP dos estados de MG e RN, bem como os 10 municípios com melhor e com pior Índice de Mamografia (IM). O IM varia de 0 a 100, 0 para o município que apresentou menor razão de mamografia e 100 para o que apresentou maior razão de mamografia.

Tabela 7 – Municípios com melhor e pior IPEP e IM de MG e do RN

Minas Gerais				Rio Grande do Norte					
p*	Município MG	IPEP	Município MG	IM	p*	Município RN	IPEP	Município RN	IM
1	Belo Horizonte	1.000	Cajuri	100.00	1	Natal	1.000	Senador Georgino Avelino	100.00
2	Nova Lima	0.957	Araponga	95.48	2	Pau dos Ferros	0.745	São Miguel do Gostoso	80.00
3	Sarzedo	0.878	Senador Cortês	95.48	3	Mossoró	0.660	Lagoa de Velhos	77.14
4	Itabira	0.829	Berizal	91.46	4	Guamaré	0.546	Serra Caiada	76.43
5	Araporã	0.818	Bom Jesus da Penha	90.95	5	Parnamirim	0.457	Tibau do Sul	72.14
6	Ouro Branco	0.804	Fortaleza de Minas	87.94	6	Tibau	0.368	Lagoa de Pedras	66.43
7	Fomiga	0.800	Montezuma	87.44	7	Alexandria	0.344	Lucrécia	63.57
8	Barroso	0.797	Ponto Chique	86.43	8	Santo Antônio	0.341	Barcelona	55.00
9	Itabirito	0.793	Congonhas do Norte	80.90	9	Viçosa	0.341	Senador Elói de Souza	55.00
10	Pains	0.781	Ninheira	80.40	10	Macau	0.337	Baía Formosa	54.29
10	São José do Jacuri	0.115	Guimarânia	1.01	10	Serrinha dos Pintos	0.0567	Rafael Godeiro	2.14
9	Diogo de Vasconcelos	0.101	Setubinha	1.01	9	Senador Elói de Souza	0.0532	Sítio Novo	2.14
8	Carajá	0.097	Biquinhas	0.50	8	Ielmo Marinho	0.0531	São Bento do Trairi	1.43
7	Itaipé	0.090	Itutinga	0.50	7	Lagoa Nova	0.0479	São José do Campestre	1.43
6	Santa Cruz de Salinas	0.080	Matipó	0.50	6	Bento Fernandes	0.0385	Baraúna	0.71
5	Jaíba	0.079	Morada Nova de Minas	0.50	5	Afonso Bezerra	0.0380	Caraúbas	0.71
4	Frei Lagonegro	0.064	Nova Porteirinha	0.50	4	Pureza	0.0357	Grossos	0.71
3	Itacambira	0.047	Três Corações	0.50	3	Japi	0.0315	Martins	0.71
2	Ladainha	0.021	Abateú	0.00	2	Lagoa Salgada	0.0202	Santa Cruz	0.71
1	Novo Oriente de Minas	0.000	Dionísio	0.00	1	Augusto Severo	0.0000	Japi	0.00

*classificação do município em relação ao índice, na parte superior da tabela, estão os municípios com melhores índices e na parte inferior, os municípios com piores índices.

Fonte: Resultado da pesquisa.

Observa-se pelos dados apresentados na Tabela 7, que os municípios que apresentaram melhor potencial para executar a política pelas condições estabelecidas na localidade, ou seja, maior IPEP, não são os municípios que apresentam melhor índice de mamografia no estado. O que revela que o IM é influenciado por condições que as variáveis quantitativas utilizadas no estudo não são capazes de captar, o que torna necessário a extensão deste estudo para uma pesquisa em campo.

Os dados revelam ainda que os municípios com melhores condições são as capitais dos estados, seguido dos municípios mais próximos da região metropolitana, caracterizados por serem mais desenvolvidos economicamente e com maior PIB, Belo Horizonte e Natal são as cidades com maiores PIB dos respectivos estados (IBGE, 2016). Já os municípios com piores condições são aqueles menores, mais pobres e localizados no interior do estado. Esse achado reflete a desigualdade regional que ocorre comumente em todo o país.

O cenário de desigualdade regional apresentado para o IPEP não se repete para o IM, visto que os municípios que apresentaram melhores índices de mamografia, tanto no estado de MG, quanto no RN, são municípios pequenos, localizados no interior do estado, com baixo PIB per capita. A cidade de Cajuri-MG tinha em 2015, 4.121 habitantes e PIB per capita de R\$ 12.775,41. Dados semelhantes apresenta Senador Georgino Avelino, com 4.319 habitantes e PIB per capita de R\$ 8.189,64. Esses dados

demonstram que o resultado dessa política é afetado para além das condições das condições econômicas e sociais, bem como das demais condições que formaram o índice IPEP, reforçando a necessidade de conhecer a realidade indo à campo.

5.2.2 Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC (IDRP)

O Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC dos municípios foi construído a partir do IM e do IPEP. Os resultados obtidos para os 10 melhores e piores municípios, estão demonstrados na Tabela 8.

Os municípios com melhor desempenho para a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com o foco no câncer de mama, foram os municípios de Araponga - MG e Senador Georgino Avelino-RN. Ambos municípios possuem menos de 10 mil habitantes, com PIB e renda per capita inferiores à média dos respectivos estados. Além disso, ambos municípios apresentam baixo potencial para execução da política, de acordo com o IPEP, mas ainda assim, conseguiram superar suas condições limitadoras e terem altas taxas de mamografia.

Tabela 8 – Municípios com melhor e pior IDRP de MG e do RN

Minas Gerais			Rio Grande do Norte		
p ^a	Município	IDRP	p ^a	Município	IDRP
1	Araponga	100.00	1	Senador Georgino Avelino	100.00
2	Frei Lagonegro	92.60	2	São Miguel do Gostoso	87.63
3	Catuji	81.75	3	Lagoa de Pedras	87.45
4	Riachinho	77.46	4	Senador Elói de Souza	81.00
5	Cajuri	76.62	5	Lagoa Salgada	75.43
6	Ninheira	76.11	6	Lagoa de Velhos	69.61
7	Montezuma	74.48	7	Januário Cicco	66.97
8	Berizal	72.95	8	Lucrécia	61.79
9	Senador Modestino Gonçalves	71.31	9	Montanhas	59.02
10	Miravânia	70.13	9	Baía Formosa	54.00
10	Ijaci	0.99	10	Santo Antônio	1.97
9	Guimarânia	0.57	9	São Bento do Trairí	1.87
8	Biquinhas	0.37	8	São José do Campestre	1.56
7	Nova Porteirinha	0.37	7	Tibau	1.49
6	Itutinga	0.31	6	Martins	0.83
5	Morada Nova de Minas	0.29	5	Baraúna	0.60
4	Três Corações	0.29	4	Grossos	0.57
3	Matipó	0.29	3	Caraúbas	0.54
2	Abaeté	0.00	2	Santa Cruz	0.50
1	Dionísio	0.00	1	Japi	0.00

*classificação do município em relação ao índice, na parte superior da tabela, estão os municípios com melhores índices e na parte inferior, os municípios com piores índices.

Fonte: Resultado da pesquisa

Esses municípios não possuem mamógrafos e nem médicos radiologistas pelo SUS, o que faz com que a população tenha que se deslocar até o município sede da

microrregião de saúde para realizar o exame de mamografia, no caso de Araponga, a população se desloca até Viçosa, e de Senador Georgino Avelino até Natal, uma distância aproximada de 50km para ambos. Essas são variáveis que foram consideradas importantes e acreditava-se que a existência dessas condições no município poderia impulsionar altas taxas de mamografias, como sugerido por Xavier et al., (2016).

Mas o resultado indica que mesmo elas não estando presente é possível ter bom IM, o que aponta para a importância dos pactos regionais de saúde, por meio dos consórcios intermunicipais de saúde. Conforme demonstrado anteriormente, a vinculação a um consórcio intermunicipal de saúde afeta positivamente a taxa de mamografia, logo, o resultado aqui encontrado reforça o pressuposto que o gerenciamento das ações direcionadas à saúde não ocorrem de forma isolada, sendo, portanto, a PNPC influenciada pela capacidade gerencial do município.

Constatou-se também nessas localidades baixas taxas de cobertura de plano privado de saúde, em Araponga apenas 1,5% da população tem o plano e em Senador 1,1% da população é coberta por plano privado de saúde. O baixo acesso da população a um plano privado de saúde demanda maior atuação do SUS nessas localidades.

Entretanto, alguns elementos podem ter contribuído positivamente com o resultado encontrado. Em ambos municípios os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm uma área reduzida a cobrir, 2,6km² em Senador Georgino Avelino, quando a média do estado é de 14km² e em Araponga essa distância é de 15km², sendo a média do estado de 28 km². Esses números provavelmente contribuem para que o agente atenda melhor as famílias, permitindo visitas mais frequentes e maior conhecimento das necessidades de saúde dessas pessoas, como encontrado no estudo de Sousa (2017). Mulheres que recebem visitas domiciliares do ACS realizam mais os exames de rastreamento para o câncer de mama.

Ambos os municípios apresentaram bons condicionantes de educação, enquanto em Senador Georgino Avelino a população apresenta, em média, mais anos de escolaridade que a média do estado; em Araponga, ultrapassou-se a meta estabelecida para a nota do IDEB. Esses fatos podem apontar para a influência da educação formal, aspecto ligada a dimensão individual da Política. A educação formal pode ajudar a superar algumas barreiras à mamografia identificadas na literatura, como falta de conhecimento sobre a doença e formas de cuidados, e não achar necessário realizar o exame de mamografia quando não há nenhum sintoma aparente (GEORGE, 2000;

WARREN et al., 2006; LAMYIAN et al., 2007; HANSON et al., 2009; LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

6. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu confirmar o pressuposto teórico assumido, que a PNPCC é influenciada pelas três dimensões sinergicamente, a capacidade estatal, a capacidade gerencial e o envolvimento do indivíduo. A inclusão da dimensão gerencial na análise da política, fato que não foi observado em outros estudos, permitiu demonstrar que gerenciamento das ações direcionadas à saúde não ocorrem de forma isolada para uma política pública específica. A execução da PNPCC é afetada pela capacidade gerencial municipal como um todo, pois verificou-se a influência de condições relacionadas a outras ações e políticas, afetando a taxa de mamografia no município, como a cobertura de abastecimento de água pela rede pública, a cobertura de energia elétrica, os gastos com saúde em geral e a realização de consórcios intermunicipais de saúde.

Além disso, resultados indicam a importância da atuação em maior número e mais próxima dos profissionais de saúde proporcionando melhores resultados na Política. Toma-se como exemplo o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que ao realizar um acompanhamento mais próximo às famílias, com visitas domiciliares mais frequentes, podem influenciar as mulheres a fazerem os exames de rastreamento para o câncer de mama.

Constatou-se também que, quanto menor a renda da população, maior a taxa de realização de mamografia, resultado diferente ao apontado pela expectativa teórica. O que possivelmente aponta para o provimento desse serviço pelo SUS. Tal pressuposto pode ser reforçado a partir dos resultados obtidos pelos indicadores criados, pois em ambos os estados, os municípios que apresentaram melhores índices de mamografia, bem como os melhores indicadores de desempenho na PNPCC, são pequenos, interiorizados e com baixo desenvolvimento econômico. Esses municípios apresentaram baixo potencial para execução da política, de acordo com o IPEP, mas ainda assim, conseguiram superar suas condições limitadoras.

Este estudo também permitiu revelar a importância dos consórcios intermunicipais de saúde, instrumento fundamental para viabilizar a realização do exame de mamografia nos municípios onde não há mamógrafo disponível, por meio de pactuações entre municípios. Os pactos municipais permitiram ampliar a qualidade dos

serviços de saúde ofertados pelos pequenos municípios, os quais possuem condições estruturais, sociais e econômicas limitadas.

Este estudo presta como contribuição teórica e empírica, o Modelo Sinérgico de Avaliação de Políticas Públicas de Saúde, o MoSSADPS, o qual tem como produto os indicadores IPEP e IDRP, os quais tem a finalidade de averiguar o potencial do município em executar políticas públicas de saúde, bem como mensurar o seu desempenho. Tais indicadores apresentam potencial de aplicabilidade para avaliação de desempenho em outras políticas públicas, o que evidencia sua contribuição para a área.

A partir desse estudo, foi possível ter uma visão mais ampla das razões para o sucesso ou não de uma política pública em grande dimensão territorial, em um universo formado por municípios tão heterogêneos. Uma visão ingênua levaria um analista a se pautar tão somente nos resultados advindos da variável de resultado, o índice de mamografia, sem considerar os demais fatores. Um gestor público, por sua vez, poderia se concentrar tão somente nos resultados necessários para a execução ou operacionalização no nível local. Análises como estas, via de regra, limitam o escopo de possibilidades para melhoria da política. Isso porque, existem municípios com baixa capacidade que atingiram altos níveis relativos de desempenho, assim como municípios com alta capacidade que atingiram níveis baixos de desempenho.

Dessa forma, torna-se oportuno em pesquisas futuras o aprofundamento na realidade contextual a partir dos quesitos capacidade municipal e gerencial para a implementação da política, o que exige para além da análise quantitativa, uma análise qualitativa in loco.

Como limitações deste estudo é justo apontar para o baixo poder de explicação do modelo estatístico, devido ao baixo R^2 encontrado. Essa limitação do modelo pode ser justificada pela baixa qualidade das variáveis disponíveis nos bancos de dados públicos, como também dificuldade obter variáveis plenamente adequadas para representar as dimensões teóricas propostas. Assim, para estudos futuros sugere-se a utilização de outras variáveis para operacionalizar tais os condicionantes.

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **O Atlas do Câncer**. Atlanta: American Cancer Society 2014.

ASEVEDO, F. M. F. de; KOCH, H. A. Avaliação dos custos para a implantação de um serviço de mamografia. **Radiol Bras**, São Paulo, v.37, n.2, p. 101-105, 2004. .

AZAMI-AGHDASH, S. et al. Breast Cancer Screening Barriers from the Womans Perspective: a Meta-synthesis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.16, n. 8, p. 3463-3471, 2015.

AZEVEDO e SILVA, G. et al. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Supl 1:14s, p. 1-9, 2017.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a Promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, setembro de 2017

BRASIL. **Informações de saúde (tabnet)**. Datasus, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso 05 de junho de 2018.

BONNEFOY, J. C.; ARMIJO, M. **Indicadores de desempenho en el sector público**. Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES, 2005.

BURNETT, C. B.; STEAKLEY, C. S.; TEFFT, M. C. Barriers to breast and cervical cancer screening in underserved women of the District of Columbia. **Oncol Nurs Forum**, v. 22, n. 10, p. 1551-1557, 1995.

COSTA, F. L. da.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, vol.37, n. 5, p. 969-92, Set./Out. 2003.

CUNHA, N. R. S. et al. A Intensidade da exploração agropecuária como indicador da degradação ambiental na região dos cerrados, Brasil. **Revista de Economia Rural**, vol.46, n.2, p. 291-323, 2008.

DE ABREU PEREIRA SILVA, A. et al. Eficiência na Alocação de Recursos Públicos Destinados à Educação, Saúde e Habitação em Municípios Mineiros. **Revista Contabilidade, Gestão e Governança**, [S.l.], v. 15, n. 1, 2012. ISSN 1984-3925.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 7, p. 1603-1612, 2007.

DOLINA, J. V.; BELLATO, R. ARAÚJO, L. F. S, de. Diferentes temporalidades no adoecimento por câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 48, n. esp2, p.77-84, 2014.

FERREIRA, M. A. S. **Perspectivas do controle social: uma análise da natureza e extensão da participação cidadã na gestão dos municípios mineiros**. 122f. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2015.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JUNIOR, J. A. da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Publica**, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>.

- GEORGE, S. A. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. **Health Care for Women International**, v.21, n.1, p.53-65, 2000.
- GONÇALVES, L. L. C. et al. Barriers in health care to breast cancer: perception of women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.
- GUERRA, M. R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.31, n.8, p.1673-1684, 2015.
- HAIR Jr., J. F, et al. **Análise multivariada de dados**. (6a ed.), Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HANSON, K. et al. Factors influencing mammography participation in Canada: na integrative review of the literature. **Current Oncology**, vol.16, n.5, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto dos Municípios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=downloads>. Acesso 14 de agosto de 2018.
- INCA. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. **Instituto Nacional do Câncer**, editorial, vol. 48, n. 1, 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/editorial.html. Acesso 27 ago 2018.
- _____. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. VIGILÂNCIA, C. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017.
- LAMYIAN, M. et al. Barriers to and factores facilitating breast cancer screening among Irian Women: a qualitative study. **La Revue de Santé de la Méditerranée orientale**, vol.13, n.5, p. 1160-69, 2007.
- LEMOS, J.J.S. Níveis de Degradação no Nordeste Brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 32, n. 3 p. 406-429, jul-set. 2001.
- LOPES, T. C. R. et al. Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 28, n. 3, pp.402-410, 2015.
- LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v, 66, n. 4, p. 585-591, 2013.
- MARINHO, L. A. B. et al. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Rev Saúde Pública**, vol. 42, n. 2, p. 200-207, 2008.
- MASTROBERTI, M.; STEIN, J. E. Barriers to timely mammography. **HMO Pract.**, v. 10, n.3. p. 104-107, 1996.
- PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. de A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.
- OLIVEIRA, E. X. G. de et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 9, pp. 3649-3664, 2011.

- RAMACHANDRAN, A. et al. Multiple barriers delay care among women with abnormal cancer screening despite patient navigation. **Journal of Womens Health**, v. 24, n. 1, p. 30-36, 2015.
- ROQUE, D. M.; ALMEIDA, F. da, S.; MOREIRA, V. de, S. Política pública de combate à dengue e os condicionantes socioeconômicos. In: **Encontro Brasileiro de Administração Pública**, 4., 2017, João Pessoa. Anais... João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017, p. 665-680.
- SADLER, G. R. et al. Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors. **BMC Public Health**, p. 1-7, 2001.
- SANTOS, L. M. dos; FRANCISCO, J. R. de S.; GONÇALVES, M. A. Controle na alocação de recursos na saúde pública: uma análise nas microrregiões do sudeste brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, [S.l.], p. 119-130, abr. 2016. ISSN 2175-5787.
- SCHNEIDER, I. J. C. **Estudo de sobrevida em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina**. 2008. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- SCHOENBERG, N. E. et al. Patterns and determinants of breast and cervical cancer nonscreening among Appalachian women. **Women Health**, vol. 53, n.6, p. 1-19, 2013.
- SOUSA, T. P. **Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de mama**. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.
- SOUZA, C. Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina: Quando a política faz a diferença. In: Gomide, A. de A.; Boschi, R. R. (ed.). **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Ipea, 2015. p. 51-103.
- TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, p. 253-281, 2003.
- UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 8, n.2, p. 417-437, 2003.
- XAVIER, D. R. et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 20-35, 2016.
- WARREN, A.; LONDOÑO, G. E.; WESSEL, L. A.; WARREN, R. D. Breaking Down Barriers to Breast and Cervical Cancer Screening: A University-based Prevention Program for Latinas. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v.17, n. 3, p. 512-521, 2006.
- WOOLDRIDGE, J. M. (2015). *Introductory econometrics: a modern approach* (6th ed.). Boston,
- YANKASKAS, B. C. et al. Barriers to adherence to screening mammography among women with disabilities. **Am J Public Health**, v. 100, n. 5, p. 947-53, 2010.
- YU, M. WU, T. Factors influencing mammography screening in Chinese American women. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*, vol. 34, n.3, p.386-94, 2005.

Artigo 4

Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer (de Mama): Capacidade gerencial de municípios brasileiros para implementação

Resumo

A implementação de uma política pública corresponde ao processo de colocar diretrizes em ações, no entanto, durante esse processo podem ocorrer dificuldades emergentes que são as chamadas barreiras à implementação. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo verificar a capacidade gerencial de municípios para a implementação e gestão da Política Nacional para a Prevenção e o Controle de Câncer (PNPCC), especificamente o câncer de mama, visando descrever experiências positivas e negativas de gestão, na expectativa fazer uma avaliação baseada em evidências sobre o desempenho na política. Para tanto foi realizado um estudo qualitativo, tendo como objeto de análise municípios do estado do Rio Grande do Norte e de Minas Gerais, os quais apresentaram diferentes desempenhos na PNPCC. A análise dos dados foi conduzida com o método da Análise de Conteúdo, operacionalizada pelo software IRaMuTeQ, pelo procedimento de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Dentre as principais descobertas, destacam-se a existência de diversas barreiras à implementação da Política, como falta de clareza nas diretrizes operacionais e a falta de definição das funções e responsabilidades pela implementação, falta de motivação ou vontade política, entre outras. Nos municípios identificados com desempenho superior um traço comum associado ao bom desempenho na PNPCC foi a qualidade do trabalho de prevenção e promoção, realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros, com efeito positivo sobre o atendimento na atenção primária e, consequentemente, sobre a qualidade da saúde pública.

Palavras-Chave: Gestão Pública; Políticas Públicas; Implementação; Capacidade Gerencial; Análise Qualitativa; Câncer de Mama.

Management capacity in the face of the National Cancer Prevention and Control (Breast) Policy: an evidence-based assessment

Abstract

The implementation of a public policy corresponds to the process of putting policy guidelines into action, however, during this process there may be emerging difficulties and setbacks called barriers to implementation. The objective of this study is to verify the managerial capacity of municipalities for the implementation and management of the National Policy for Cancer Prevention and Control (PNPCC), specifically breast cancer, in order to describe positive and negative management experiences, aiming to perform an evidence-based assessment of policy performance. A qualitative study was carried out with the municipalities of Rio Grande do Norte and Minas Gerais states, which presented different performances in the PNPCC. A Content Analysis method, by the descending hierarchical classification procedure (CHD) using the software IRaMuTeQ was conducted. There are several barriers to the implementation of this policy, such as the lack of clarity in operational guidelines; the lack of definition of functions and responsibilities for implementation; the lack of motivation or political will, among others. In the municipalities which perform well, one of the common trait

associated with good performance was the quality of prevention and promotion, which is carried out by Community Health Agents and Nurses. It reveals the positive effect on the primary health care and, consequently, on quality of public health.

Keywords: Public Management; Public Policies; Implementation; Management Capacity; Qualitative Analysis; Breast Cancer.

1. INTRODUÇÃO

Com a reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e reforçada pela implantação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001, operacionalizou-se a descentralização do sistema de saúde, passando a cargo do município a implementação e a gestão das políticas públicas de saúde (GRISOTTI; PATRÍCIO; DA SILVA, 2010).

A descentralização tornou a gestão do serviço de saúde uma prática complexa, pois, como colocado por Arretche (2003), o governo federal tem o poder de formular as regras que definirão as ações de saúde nos estados e municípios. O estado, por meio das secretarias estaduais de Saúde, tem influência sobre o nível municipal, mas a execução fica por conta dos municípios. Logo, é uma proposta estrutural que pode tornar a gestão municipal complexa e limitada.

Essa estrutura institucional desenhada para o SUS pode implicar em dificuldades no processo de implementação e gestão das políticas, visto que os municípios brasileiros apresentam diferentes capacidades estruturais. Evidencia-se a capacidade estrutural de municípios de pequeno porte, onde é frequente a limitação de recursos humanos, técnicos e financeiros.

Essas dificuldades reveladas durante a implementação de uma política são chamadas de barreiras à implementação (HEALTH POLICY PROJECT, 2014). Essas barreiras são exploradas na perspectiva de estudo de caso comparado, na literatura de gestão pública, na perspectiva da descrição de experiências de sucesso ou de fracasso, na literatura de performance management.

Viana (1996) acrescenta que o problema entre a formulação da política e sua implementação está na desconexão entre os níveis de conhecimento dos formuladores, dos implementadores e do público-alvo. Isto porque as políticas nacionais são formuladas pelo governo federal, onde há maiores recursos, tanto de pessoal capacitado,

de infraestrutura, de tecnologia e de financiamento; e implementadas pelo nível municipal, onde esses recursos são reduzidos.

A Política Nacional para a Prevenção e o Controle de Câncer (PNPCC) possui aspecto interinstitucional, ao incluir ações que envolvem os três níveis de assistência à saúde e os três níveis da federação no processo de implementação, o que torna um agravante gerencial em sua implementação.

De acordo com a Portaria 874 de 2013, a qual instituiu a Política, a PNPCC é baseada em cinco diretrizes básicas, as quais se referem as ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Ao primeiro nível de assistência à saúde, também chamada de atenção básica ou primária, cabem as ações de promoção e prevenção contra o câncer, cuja responsabilidade é dos municípios. À assistência de média complexidade, cabem as ações para detecção e diagnóstico precoce, sendo responsabilidade do estado, por meio, principalmente, do fornecimento de exames mais complexos. Já as ações de alta complexidade, as quais envolvem o tratamento e cuidados paliativos, são de responsabilidade do governo federal e dos estados.

Destaca-se nessa Política, a importância da atuação do governo local para o alcance dos objetivos propostos pela PNPCC, que é a redução da incidência e mortalidade por câncer. Pois para Azami-Aghdash et al. (2015), o principal caminho para reduzir a mortalidade por câncer é por meios das ações de promoção, a partir do desenvolvido de campanhas de conscientização e disseminação de informações; e pelas ações de prevenção, com realização de exames para detecção precoce da doença e com adoção de hábitos saudáveis de vida, funções inerentes à atenção básica.

O câncer é uma doença que gera grandes impactos na dimensão social, por ser uma das principais causas de morte por doenças no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017), como também provoca impactos econômicos, devido aos altos custos às redes pública e privada de saúde. Dentre os diferentes tipos de câncer existentes, o foco deste trabalho se recai sobre o câncer de mama, o qual é o mais incidente na população feminina, com estimativa de quase 60 mil casos no ano de 2018 (INCA, 2017), o que reforça a importância de sua investigação.

Portanto, faz-se necessário avaliar as condições de implementação da Política no âmbito local, buscando evidenciar experiências positivas, bem como superar eventuais barreiras ao sucesso da política. Um dos indicadores de sucesso da política, passíveis de

mensuração e acompanhamento é a taxa de mamografia, considerada uma proxy de sucesso da política. Segundo Heywang-Köbrunner, Hacker e Sedlacek (2011), a mamografia é o exame que apresenta melhor eficácia na redução da mortalidade. Isso porque a realização regular deste exame, pode resultar em uma redução de 20 a 39% da mortalidade por câncer de mama em mulheres com mais de 50 anos (WARREN et al., 2006).

Estudos como os de Oliveira et al., (2011); Lourenço, Mauad, e Vieira, 2013; Azevedo e Silva et al., (2017) visaram compreender os aspectos técnicos relacionados ao câncer de mama, como as barreiras para realizar a mamografia, o papel dos profissionais da saúde para melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos pacientes, a dificuldade de acesso ao tratamento, outros como Xavier et al. (2016), buscaram investigar a equidade da distribuição dos recursos de infraestrutura para o diagnóstico do câncer. No entanto, entre as literaturas consultadas, não foram encontrados estudos que buscassem investigar a PNPC em campo, seus aspectos gerenciais, e seu processo de implementação, bem como investigar os fatores locais que podem ser determinantes para o bom desempenho na política.

Desse modo, o presente trabalho visa mapear a capacidade gerencial dos municípios para a implementação e gestão da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer (de mama), visando descrever experiências positivas e negativas de gestão, baseada em evidências sobre o desempenho na política.

Para tanto foi realizado um estudo qualitativo, com coleta de observações in loco, tendo como base de análise municípios do estado do Rio Grande do Norte e de Minas Gerais, os quais apresentaram diferentes desempenhos na Política.

Estudos como este são importantes, pois permitem conhecer a realidade dos municípios que se destacaram na PNPC (mama) e desvendar os fatores empíricos que contribuíram com o alto e com o baixo desempenho na Política. Adicionalmente, os resultados poderão oferecer subsídios para melhoria da gestão municipal, visto que esses fatores podem estar além das práticas estabelecidas Portaria 874 de 2013, a qual instituiu a Política. Ressalta-se que conhecer os casos de sucesso é um modo de aprender boas práticas e gerar referência para outros municípios, por meio da disseminação do conhecimento e da experiência.

2. BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Uma política pública é concebida com a finalidade de resolver algum problema que afeta a sociedade. No entanto, o seu desenvolvimento é apenas a primeira parte para a solução do problema público. Para que a política tenha sucesso e contribua para melhoria das condições as quais foi desenhada é preciso que seja implementada efetivamente.

A implementação de uma política pública trata de colocar em prática mecanismos e recursos técnicos em ação. No entanto, Hardee et al. (2012) destacam que a implementação inclui não apenas os aspectos técnicos, mas também de aspectos relacionais entre as instituições responsáveis pelo desenvolvimento e as responsáveis pela implementação, garantindo que a instituição responsável pela implementação tenha capacidade de fazê-la, como também assegurando relações favoráveis de colaboração entre as instituições.

Alguns desafios podem surgir durante a implementação de uma política, as chamadas barreiras à implementação (HEALTH POLICY PROJECT, 2014). As barreiras podem se relacionar a várias causas como: resistência dos principais interessados, recursos humanos e/ou financeiros limitados, falta de clareza nas diretrizes operacionais, falta de definição das funções e responsabilidades para a implementação, conflitos com outras políticas, falta de coordenação e colaboração entre as partes responsáveis pela implementação e falta de motivação ou vontade política (HEALTH POLICY PROJECT, 2014).

Para Bhuyan; Jorgensen e Sharma (2010) compreender o processo de implementação de uma política é importante porque, mesmo sendo esta elaborada levando em consideração todos os aspectos que envolvem o problema que a gerou, se não implementada como prevista, a política pode não alcançar os resultados pretendidos.

A atenção às barreiras começa com o desenho da política e o planejamento de ações estratégicas e continua durante a implementação, sendo necessário seu monitoramento contínuo, para acompanhar os resultados e identificar os eventuais desafios. Em um sistema em que as etapas acima ocorrem com eficiência, estreita-se a lacuna entre os aspectos técnicos e teóricos da política, e em consequência, as barreiras para a implementação são identificadas e removidas mais facilmente (HEALTH POLICY PROJECT, 2014). As barreiras à implementação, geralmente, impedem a

melhoria de desempenho e sucesso da política e, portanto, superá-las é uma parte essencial da atividade do gerente público (HOLZER et al., 2015).

O sucesso para a implementação depende da consideração de uma variedade de barreiras e do uso de estratégias adequadas para superá-las (FISCHER et al., 2016). Para tanto, Ammons (2004) levantou diferentes barreiras que podem afetar a implementação de uma política pública e as resumiu em três grupos, que ele denominou Barreiras Organizacionais, Ambientais e Pessoais. As barreiras organizacionais se referem a problemas comumente encontrados no setor público e inclui a burocracia excessiva do setor, falta de responsabilização, sistemas perversos de recompensa, foco em insumos ao invés de resultados, e comprometimento inadequado da administração com a produtividade (AMMONS, 2004).

As barreiras ambientais se referem a fatores políticos que podem influenciar nas tomadas de decisões, falta de entusiasmo por recompensas salariais, visto que no setor público o salário, na maioria dos casos é tabelado por cargo, independe do desempenho do funcionário, o que pode gerar uma preferência dominante em permanecer no status quo (AMMONS, 2004).

Já as barreiras pessoais referem-se a traços individuais, atitudes e comportamentos que podem influenciar na capacidade de um administrador em implementar a políticas, como coordenar as diretrizes operacionais da política, estabelecer funções e responsabilidades, lidar com as resistências, contornar a limitação de recursos financeiros e pessoais, entre outros aspectos (AMMONS, 2004).

Viana (1996) acrescenta que o problema entre a formulação da política e sua implementação está na desconexão entre os níveis de conhecimento dos formuladores, dos implementadores e do público-alvo. Isto porque as políticas nacionais são formuladas pelo governo federal, onde há maiores recursos, tanto de pessoal capacitado, de infraestrutura, de tecnologia e de financiamento; e implementadas pelo nível municipal, onde esses recursos são reduzidos.

Portanto, tratar as barreiras para a implementação de políticas, requer habilidades e competências individuais e institucionais para entender o desenho da política e o ambiente que a rege e para avaliar criticamente as causas raiz das barreiras, sejam elas sociológicas, políticas, estruturais, institucionais ou culturais, para então criar soluções direcionadas a elas (BHUYAN; JORGENSEN; SHARMA, 2010).

Van Meter e Van Horn (1975) desenvolveram um modelo sobre o processo de implementação de políticas públicas, apresentado na Figura 1. Para os autores, o

desempenho da política depende das características das agências implementadoras; das condições políticas, econômicas e sociais; e da forma de execução de atividades. (VAN METER; VAN HORN, 1975).

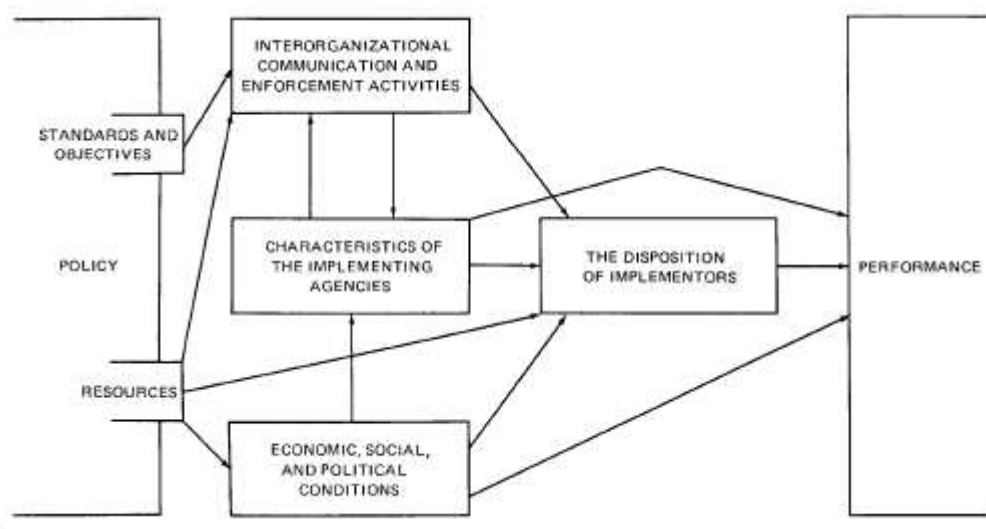


Figura 1: Modelo do processo de implementação de políticas públicas
Fonte: Van Meter e Van Horn, 1975, p. 463.

A execução de atividades depende do entendimento dos objetivos e metas pelos indivíduos responsáveis pela implementação, como também da consistência e uniformização da comunicação vinculada nas diferentes fontes e organizações envolvidas; além disso, depende dos mecanismos de controle para aumentar a chance de os implantadores executarem as ações de maneira consistente com o objetivo da política (VAN METER; VAN HORN, 1975). Assim, ressalta-se a importância do processo de comunicação e disseminação do conhecimento sobre a políticas e suas diretrizes.

As características das agências implementadoras estão relacionadas com a competência da equipe; com o grau de controle hierárquico das decisões; com os recursos políticos; com a vitalidade da organização; e com as redes de comunicação horizontal e vertical (VAN METER; VAN HORN, 1975). As características das agencias implementadoras estão relacionadas com as barreiras pessoais e organizacionais apresentadas por Ammons (2004).

As condições políticas, econômicas e sociais dependem dos recursos econômicos disponíveis; e da reflexão das condições econômicas e sociais afetadas pela política; da opinião pública; da posição das elites; dos partidos de oposição; e da posição dos grupos privados não-institucionais (VAN METER; VAN HORN, 1975). Já

as condições políticas, econômicas e sociais estão relacionadas com as barreiras ambientais de Ammons (2004). Desse modo, um gestor ao implementar uma política deve estar atendo a diversos fatores que envolvem esse processo.

Ao encontro da orientação da instituição Health Policy Project (2014) e dos autores citados, foi realizado neste trabalho um estudo em campo a fim de conhecer os fatores que podem ser limitadores para a implantação e execução da Política Nacional para a Prevenção e o Controle do Câncer de Mama, bem como os fatores que podem tornar a implementação desta política bem-sucedida, acarretando alto desempenho em relação aos objetivos propostos pela PNPCC.

3. METODOLOGIA

3.1 Procedimentos para seleção dos municípios

Para selecionar os municípios dentro do universo amostral, utilizou-se o indicador desenvolvido por Roque-Ferreira (2018, no prelo), o qual tem a finalidade de mensurar o desempenho dos municípios dos estados do Rio Grande do Norte (RN) e de Minas Gerais (MG) em relação à Política Nacional de Prevenção e controle do Câncer (de mama), denominado de Indicador de Desempenho Relativo para a PNPCC de mama (IDRP), o qual varia de 0 a 100.

Com base nesse indicador, selecionaram-se os dez municípios que apresentaram os melhores e piores desempenhos, dentro de uma amostra de 802 municípios em MG e 146 no RN.

Tabela 1: Municípios com melhor e pior IDRP de MG e do RN

Minas Gerais			Rio Grande do Norte		
p ^a	Município	IDRP	p ^a	Município	IDRP
1	Araponga	100.00	1	Senador Georgino Avelino	100.00
2	Frei Lagonegro	92.60	2	São Miguel do Gostoso	87.63
3	Catuji	81.75	3	Lagoa de Pedras	87.45
4	Riachinho	77.46	4	Senador Elói de Souza	81.00
5	Cajuri	76.62	5	Lagoa Salgada	75.43
6	Ninheira	76.11	6	Lagoa de Velhos	69.61
7	Montezuma	74.48	7	Januário Cicco	66.97
8	Berizal	72.95	8	Lucrecia	61.79
9	Senador Modestino Gonçalves	71.31	9	Montanhas	59.02
10	Miravânia	70.13	9	Baía Formosa	54.00
10	Ijaci	0.99	10	Santo Antônio	1.97
9	Guimarânia	0.57	9	São Bento do Trairí	1.87
8	Biquinhas	0.37	8	São José do Campestre	1.56
7	Nova Porteirinha	0.37	7	Tibau	1.49
6	Itutinga	0.31	6	Martins	0.83

5	Morada Nova de Minas	0.29	5	Baraúna	0.60
4	Três Corações	0.29	4	Grossos	0.57
3	Matipó	0.29	3	Caraúbas	0.54
2	Abaeté	0.00	2	Santa Cruz	0.50
1	Dionísio	0.00	1	Japi	0.00

Fonte: Roque-Ferreira (2018, no prelo)

De acordo com Roque-Ferreira (2018, no prelo) a construção do indicador (IDRP) se deu a partir da taxa de mamografia do município no ano de 2015, último ano com dados disponíveis pelo Ministério da Saúde para consulta pública, por município, até a realização da pesquisa, e pelo Índice Potencial para Execução da PNPCC (IPEP), o qual foi desenvolvido pela autora, a partir de um conjunto de variáveis. A escolha dos municípios com base no indicador IDRP contribuiu para que as análises da Política em campo, tivessem características que representassem significância analítica, evidência científica e destaque pelos resultados obtidos, seja positivo ou negativo.

Selecionou-se para a análise municípios que apresentaram desempenho superior e inferior de acordo com o IDRP. Cabe ressaltar que para a escolha dos municípios com desempenho inferior foram eliminados da amostra os municípios que tiveram o indicador com valor zero (0,00). Isso porque, de acordo com os dados de Roque-Ferreira (2018, no prelo), não foi realizado pelas mulheres desses municípios, nenhuma mamografia durante o ano de 2015, o que pode ser um dado faltoso do Ministério da Saúde. Assim, optou-se por escolher municípios com algum registro de mamografia, ainda que extremamente baixo.

No estado do Rio Grande no Norte a pesquisa foi realizada no município de Senador Georgino Avelino, o qual apresentou o melhor desempenho na Política. Já para o município com desempenho inferior, buscou-se selecionar aquele que tivesse mamógrafo, pois a presença do equipamento no município deveria representar um fator positivo, ao potencializar a realização de mamografia e, conseqüentemente, o desempenho dos municípios com a PNPCC, mas o que, de fato, não foi identificado. Assim a pesquisa, além de buscar compreender o processo de implementação da política, poderá ajudar a compreender porque o município, mesmo tendo um mamógrafo, apresenta taxa de mamografia tão baixa. Dentre os dez municípios com desempenho inferior, dois possuem o mamógrafo, Santa Cruz e Santo Antônio, sendo a pesquisa realizada no município de Santo Antônio, por questões de acessibilidade e disponibilidade do município.

No estado de MG foi realizada a pesquisa no município de Araponga, o qual apresentou o melhor desempenho no estado. Já para o município com desempenho inferior, foi seguido o mesmo critério adotado no RN. Assim, dentre esses municípios, dois possuíam mamógrafo, Três Corações e Matipó. Os dois municípios apresentaram o mesmo valor para o IDR, sendo selecionado Matipó por questões de acessibilidade.

Os municípios com desempenho superior do RN e de MG possuíam características similares em demografia, mas diferenciada em termos de renda. Senador Georgino Avelino tem aproximadamente 4.300 habitantes e PIB per capita de R\$ 22.632,91, já Araponga tem 8.400 habitantes PIB per capita de 9.741,56. O mesmo acontece para os municípios com desempenho inferior, similares em população e diferentes em renda. Santo Antônio-RN tem em torno de 24 mil habitantes e PIB per capita de R\$ 8659,29, já Matipó-MG com população em torno 18 mil habitantes e PIB per capita de R\$ 21.346,34, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Cidades (IBGE, 2018).

3.2 Procedimentos para coleta dos dados e análise das entrevistas

Para avaliar os aspectos gerenciais dos municípios na implementação e gestão da PNPCC (de mama), participaram do estudo trabalhadores da Unidade Básica de Saúde (UBS), tais quais enfermeiros (ENF), agentes comunitários de saúde (ACS), coordenadores das UBS (Cd.UBS), coordenadores da atenção primária (Cd. AP); secretários municipais de saúde (SMS) e reguladores do sus (REG) e usuárias do serviço de rastreamento do câncer de mama, ou seja, mulheres com mais de 40 anos.

A coleta de dados ocorreu entre julho e outubro de 2018, foram realizadas 34 entrevistas, divididas entre 24 servidores e 10 usuárias. Na figura 2 está apresentada a caracterização da amostra de servidores; quanto a caracterização das usuárias, todas são mulheres com mais de 40 anos, que realizam mamografia pelo SUS.

As entrevistas ocorreram dentro das Unidades Básicas de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, locais que permitiram atingir todos os participantes desejados. Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, conforme parecer 2.873.015, em decorrência disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Figura 2: caracterização da amostra de servidores por município

Servidor	Função*	Cidade**	Servidor	Função	Cidade
----------	---------	----------	----------	--------	--------

Servidor 1	ACS	SGA	Servidor 13	Cd. AP	SA
Servidor 2	ACS	SGA	Servidor 14	Cd. UBS	SA
Servidor 3	ACS	SGA	Servidor 15	SMS	SA
Servidor 4	ACS	SGA	Servidor 15	SMS	ARP
Servidor 5	Cd. UBS	SGA	Servidor 16	ACS	ARP
Servidor 6	ENF	SGA	Servidor 17	ENF	ARP
Servidor 7	Cd. AP	SGA	Servidor 19	ENF	MTP
Servidor 8	REG	SGA	Servidor 20	ENF	MTP
Servidor 9	SMS	SGA	Servidor 21	Cd. UBS	MTP
Servidor 10	ACS	SA	Servidor 22	ACS	MTP
Servidor 11	ENF	SA	Servidor 23	ACS	MTP
Servidor 12	ENF	SA	Servidor 24	ACS	MTP

*ACS = Agente Comunitário de Saúde; Cd. UBS = Coordenador da Unidade Básica de Saúde; ENF = Enfermeiro; Cd. AP = Coordenador da Atenção Básica; REG = Regulador; SMS = Secretário Municipal de Saúde.

**SGA = Senador Georgino Avelino; SA = Santo Antônio; ARP = Araponga; MTP = Matipó.

Fonte: Elaboração dos autores.

A coleta de dados foi realizada por entrevistas semiestruturadas, com roteiro elaborado pelos autores, baseado nos trabalhos de George (2000); Yankaskas et al. (2010); Lourenço, Mauad e Vieira (2013); Azami-Aghdash et al., (2015); Lopes et al., (2015) e na legislação que instituiu a política, Portaria 874 de 2013, do Ministério da Saúde. O roteiro de entrevista se encontra no apêndice desse trabalho. Foram construídos dois roteiros de entrevista, um para ser aplicado às usuárias do SUS, o qual teve como objetivo principal verificar a acessibilidade aos serviços de saúde relacionados ao câncer de mama; e outro para os servidores e gestores públicos, para levantar os procedimentos relacionados à implementação da política.

Além disso, utilizou-se da análise documental obtida em fontes de dados secundários disponíveis nos Sistemas de Informações do SUS (Datusus) e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, como planos municipais de saúde, relatórios de gestão, livros e protocolos para registro de procedimentos realizados.

A análise dos dados obtidos pelas entrevistas foi conduzida com o método da Análise de Conteúdo, auxiliada pelo software IRaMuTeQ, o qual realiza análises textuais, baseado em categorias.

De acordo com Silva; Gobbi e Simão (2005) a análise de conteúdo é um método que pode ser aplicado na investigação qualitativa para verificar a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas

que tem como objetivo decodificar e interpretar criticamente os dados coletados a partir de textos (BARDIN, 2011).

Para utilizar o software IRaMuTeQ foi necessário primeiramente transcrever todas as entrevistas e formatar o texto de acordo com as rotinas do software, onde cada entrevista dos participantes correspondia a um texto, e o conjunto desses textos formava o corpus textual. A partir da preparação do material foi realizado no software a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

O método CHD realiza sucessivas divisões no corpus textual para identificar classes de palavras, de acordo com o vocabulário presente nos segmentos de texto, por meio de cálculos estatísticos. Os resultados fornecidos são organizados em um dendrograma e permite a descrição de cada uma das classes (CAMARGO; JUSTOS, 2016). No entanto, cabe destacar que a interpretação das classes e associação com o conteúdo pesquisado cabe ao pesquisador. Conforme Camargo e Justos (2013), o software é apenas uma ferramenta de análise, e é importante que o pesquisador conheça as técnicas de processamento e a forma de recuperação deste material analisado, considerando inclusive os dados que não foram diretamente expressos pelo processamento informático.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos foram analisados visando desvendar as práticas que foram relevantes para os municípios terem destaque positivo ou negativo com relação ao seu desempenho na PNPCC, a fim de atender o objetivo desse trabalho.

No processamento da análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) no software IRaMuTeQ, o corpus foi constituído de 34 textos compostos por entrevistas com os usuários e servidores relacionados com a PNPCC. Na CHD, a retenção de Seguintos de Textos (STs) para a análise foi de 81,9%, com total de 781 STs, com o total de 33.889 ocorrências, sendo 3.184 palavras diferentes, com média de 35.56 de ocorrências por palavra. Para a análise que se seguiu, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior à média e com $\chi^2 \geq 3,84$. Após a redução dos vocábulos às suas raízes, foram encontradas 2.005 palavras reduzidas e analisáveis. A CHD gerou o dendrograma apresentado na Figura 2, organizado em cinco classes.

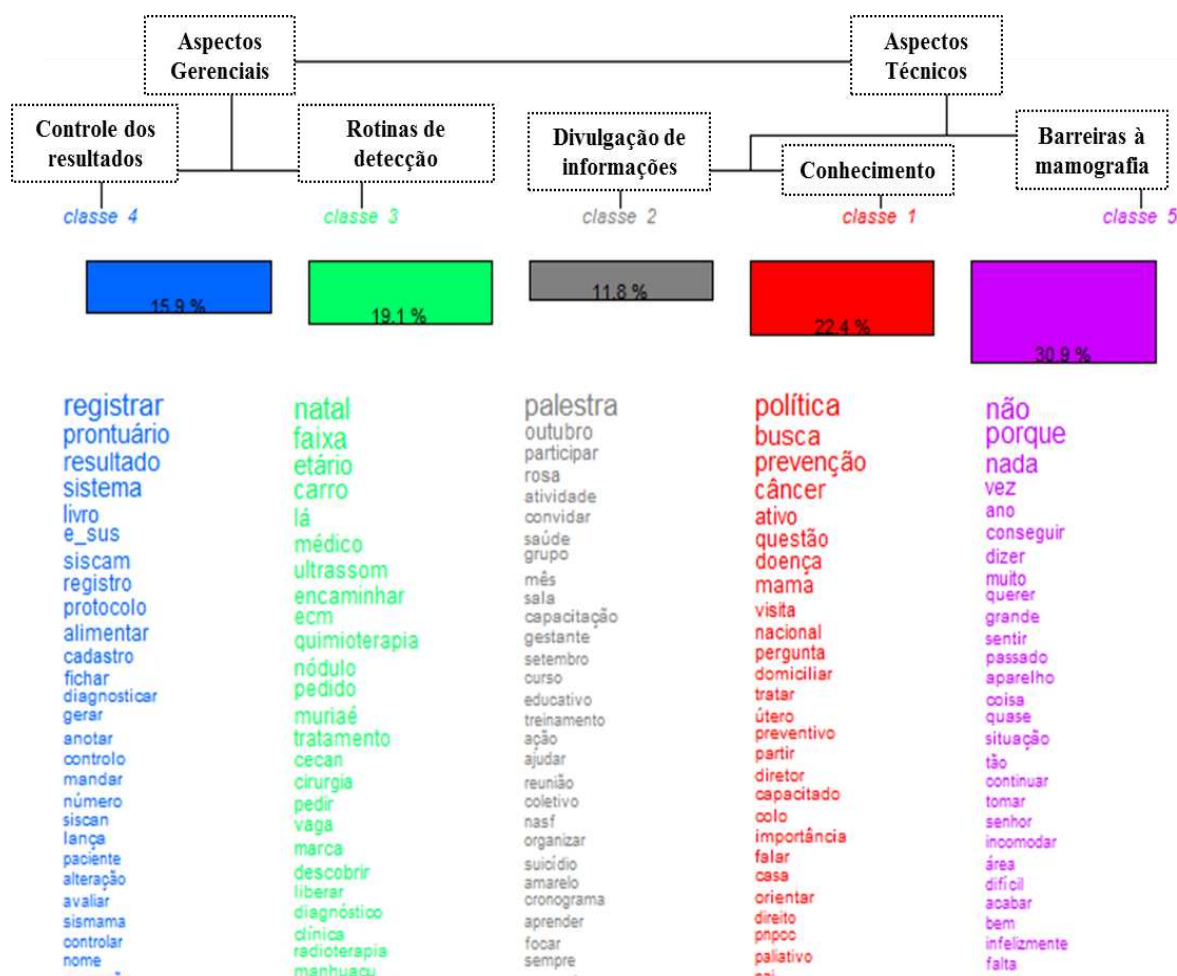


Figura 2: Dendrograma das cidades com desempenho superior na PNPCC
 Fonte: Elaboração dos autores com base nos relatórios do software IRaMuTeQ, 2018.

Como pode ser observado na Figura 2, o corpus sofreu duas partições a partir do processamento do programa computacional, denominadas pelos autores de Aspectos Técnicos e Aspectos Gerenciais relacionados à PNPCC (de Mama). Dos Aspectos Gerenciais originaram-se duas classes, a classe 3 relacionada às rotinas para o Controle dos Resultados das mamografias e a classe 4 relacionada as Rotinas para a Detecção. No segundo grupo, Aspectos Técnicos da PNPCC, está a classe 5, referindo-se às Barreiras à Mamografia, a classe 1 na qual discute sobre o Conhecimento sobre a Política, e por fim, a classe 2, a qual refere-se à Divulgação de Informação sobre a doença.

4.1 Aspectos técnicos da PNPCC

4.1.1 Barreiras à mamografia

A Classe 5, denominada de Barreiras à mamografia, envolveu 124 Seguintos de Textos (STs) em que são relatadas, principalmente pelas usuárias desse serviço de

saúde, as barreiras que elas encontram para realizar a mamografia. Nessa classe a palavra “não” foi muito usada, como pode ser observado na Figura 2, merecendo, a exemplo das demais categorias, uma interpretação contextual. O “não” quando usado em uma cidade com o desempenho positivo, o “não” estava mais relacionado a não ter dificuldade de fazer a mamografia. Já o “não” nas cidades com desempenho inferior a palavra se referia mais aos obstáculos para fazer o exame.

O trecho abaixo aponta a dificuldade de se realizar a mamografia no município de Santo Antônio, o qual teve um desempenho inferior do PNPCC no estado do RN. O Servidor 10 fala ainda do constrangimento que os servidores passam, pois incentivam que as mulheres realizem a prevenção, falam da importância da mamografia, mas quando elas procuram pelo serviço, tem uma longa fila de espera para realizar o exame, demorando às vezes um ano. Já o segundo trecho, refere-se à fala de uma usuária de Araponga, sobre não ter dificuldade de marcar a mamografia, mas relata a dificuldade de conseguir o transporte para se deslocar até a cidade onde se faz a mamografia.

(...)e nenhuma mulher fez o exame ainda, um ano se passou e é constrangedor, porque a gente sabe da situação, a gente quer ajudar, mas não consegue. (ST da entrevista com Servidor 10 da cidade de Santo Antônio)

(...) na maioria das vezes não [há] dificuldade para realizar a mamografia, todo mundo quer fazer, porque todo mundo está consciente (...) e não demora muito tempo, marca até de um dia para o outro, o transporte da prefeitura pra lá as vezes é mais difícil marcar. (ST da entrevista com a Usuária 7 de Araponga).

Esses resultados corroboram os achados de Ramachandran et al. (2015) que identificaram diversas barreiras que podem se tornar empecilhos para que as mulheres realizem as rotinas para a detecção precoce para o câncer de mama. Dentre os achados dos autores está a distância do serviço de saúde e a dificuldade de transporte, o que pode também ser um empecilho nas cidades investigadas, visto o relato da usuária.

Como agravante, foi verificado nas quatro cidades, portanto independente do desempenho, a barreira de acesso a exames mais complexos pelo SUS, materializada em verbalizações. Esses exames são necessários para confirmação do diagnóstico e início do tratamento, a exemplo da biopsia e a punção. A dificuldade para realizar os exames de seguimento pelo SUS também foi apontada pelo trabalho de Lourenço, Mauad e Vieira (2013). Já em relação ao tratamento da doença pelo SUS, os relatos foram, invariavelmente, positivos.

(...) quando fui fazer a punção, foi do meu bolso, foi uma coisa que não dava para esperar; quando se descobriu que era realmente

um nódulo maligno, todo o tratamento foi pelo SUS, a cirurgia foi pelo SUS. (ST da entrevista com Usuária 01 da cidade de Senador Georgino Avelino).

Outro fato muito relatado entre as usuárias pertencentes as cidades com desempenho inferior foi o tempo de espera para conseguir realizar a mamografia. Esse problema pode desestimular a mulher a realizar a mamografia e conseqüentemente resultar em detecção tardia, dificultando a cura e o tratamento

Porque aqui onde a gente mora tudo é mais difícil, a gente tem que sempre sair para fora né, é aquele negócio, às vezes a gente tenta fazer, tenta marcar, mas demora tanto que a gente acaba desistindo ou então marca para um dia que não dá para fazer. (ST da entrevista com usuária 10 da cidade de Matipó).

Lamyian et al. (2007) e Lourenço, Mauad e Vieira (2013) asseveram que a demora para conseguir o exame se torna uma das maiores barreiras para o rastreamento do câncer de mama, expondo a ineficiência do sistema público de saúde brasileiro. Os autores também apresentam como barreira, a alegação de falta de tempo por parte da usuária em realizar as rotinas de rastreamento. O argumento da falta de tempo pode ser observado na fala da usuária 10, quando diz que o exame é marcado em um dia que não dá para ela atender. Segundo Lourenço, Mauad e Vieira (2013), essa barreira está associada, também, a educação e conhecimento das usuárias frente a importância da realização do exame. Logo, a identificação empírica dessa recorrência possibilita a intervenção ativa por parte dos gestores da política pública de saúde, na reformulação das ações do programa.

4.1.2 Conhecimento

A classe 1 foi denominada de conhecimento, pois os STs referem-se, predominantemente, ao relato dos servidores a respeito do seu conhecimento sobre a PNPCC e sobre como o trabalho deles está relacionado com a Política. Nesse sentido, observa-se a repetição com frequência de palavras como “política”; “prevenção”; “busca ativa” e “visita domiciliar”.

Tanto para as cidades com desempenho superior, quanto inferior, os servidores, em sua maioria, não têm conhecimento pleno sobre a PNPCC e suas diretrizes. Todavia, eles têm, em geral, a consciência que se trata de uma política que visa a prevenção e que, cabem a eles falar, orientar e, realizar uma busca ativa para trazer as mulheres para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de realizarem a prevenção contra o câncer, tanto de mama, quanto de colo de útero. Foi muito relatado pelos servidores as

orientações que eles dão sobre a necessidade de fazer o autoexame, a mamografia e o preventivo.

A PNPCC é uma política voltada para viabilizar a prevenção né do câncer de mama, do câncer do colo de útero, a gente aqui tem uma preocupação muito grande de levar esse conhecimento pras mulheres da importância de fazer esses exames, tanto a mamografia, quanto o Papanicolau, exames preventivos. (ST da entrevista com servidor 17 da cidade de Araponga).

A falta de conhecimento sobre as diretrizes da PNPCC, revelada pela fala dos servidores em todas as cidades investigadas, pode se apresentar como uma barreira à implantação. Como apontado pela Health Policy Project (2014), a falta de clareza nas diretrizes operacionais e a ausência de definição das funções e responsabilidades pela implementação são elementos que implicam em dificuldade de implementação de uma política pública.

Pode se observar em todos os municípios pesquisados que, as ações de prevenção para o câncer de mama são trabalhadas de forma conjunta com as ações de prevenção para o câncer de colo do útero, contemplando a temática saúde da mulher. Nas UBS visitadas, de forma geral, o exame de preventivo, é feito por enfermeira, e verificou-se pelos relatos que elas sempre aproveitam o momento da coleta de preventivo para conversarem e orientarem sobre a saúde da mulher e para fazer o Exame Clínico das Mama (ECM).

Quando fala de política a gente começa na política de prevenção, que são palestras para a comunidade, mostra o autoexame, quando a gente vai fazer o preventivo, a gente já faz o autoexame pra não deixar nada passar. (ST da entrevista com servidor 20 da cidade de Matipó).

O ECM é feito por médico ou enfermeiro e é um dos métodos para rastreamento do câncer de mama, no entanto, como destaca Covas (2016), esse exame não apresenta a mesma eficácia da mamografia para a redução da mortalidade, mas é um método que deve ser usado em países onde a mamografia não está acessível.

Portanto, nesse quesito, este estudo expressa a possibilidade do trabalho de prevenção realizado pelos profissionais da saúde, como dos ACS, enfermeiros e médicos podem contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento da atenção primária fornecida pelo município e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população, visto que o custo social e financeiro da prevenção é menor que o da cura.

4.1.3 Divulgação de informação

Em complemento às ações de conhecimento sobre a PNPCC, está a classe 2, denominada de divulgação de informação, trata-se de como a UBS difunde informações sobre saúde para a comunidade. Como se pode observar no dendrograma da Figura 2, as palavras mais citadas nessa classe é “palestra”; “outubro rosa”; “participar”; “convidar”, se referindo ao trabalho de promoção da política. Parece evidente que o conhecimento sem a conscientização não produz os efeitos necessários, razão pela qual o ponto nevrálgico da PNPCC está no estímulo às ações de prevenção.

Em todas as cidades visitadas, foi relatado pelos servidores a realização de palestras e eventos para a comunidade para orientar sobre prevenção, em que são abordados diversos temas, não só o câncer e saúde da mulher, mas também as doenças do coração, saúde do homem, cuidados com as crianças, gestantes, idosos. A prática de atividades relacionadas à promoção da saúde, com atenção ao câncer, é uma das diretrizes da PNPCC e está determinada na Portaria 873 de 2013, que a instituiu.

(...)a gente pega [a] população toda, a gente convida essas pessoas, elas vão na UBS, a gente dá palestra, a gente tem muita atividade (...) (ST da entrevista com Servidor 21 da cidade de Matipó).

O que se destaca é o contraste das informações recebidas nas cidades com desempenho inferior. Enquanto os servidores dessas cidades falam das atividades que eles promovem, do envolvimento da comunidade, da busca ativa para convidar o público-alvo das ações, as usuárias falam que nunca foram convidadas para participar de nenhuma atividade na UBS, como relatado pela usuária 9 e também por outras.

(...) quando eu quero fazer a mamografia eu peço, ninguém me chama, eu nunca participei de palestra ou alguma reunião que é oferecida pela UBS para falar de saúde da mulher, eles nem chamam. (ST da entrevista com Usuária 09 da cidade de Matipó).

Outo fato que chama atenção relacionado à divulgação de informação é o foco maior das atividades de promoção e prevenção no mês de outubro, devido ao outubro rosa, o que não é um fator positivo, visto que essa não é uma doença com sazonalidade. Logo, as ações de prevenção pela atenção básica deve ser prioridade o ano todo.

Aqui temos atividades coletivas direcionadas pras mulheres da comunidade, tipo as palestras do câncer de mama acontece mais no mês de março, mês da mulher e mês de outubro. (ST da entrevista com servidor 04 da cidade de Senador Georgino Avelino).

4.2 Aspectos gerenciais da PNPCC

Os procedimentos de classificação hierárquica do IRaMuTeQ resultaram na divisão do tópico “aspectos gerenciais” em duas classes, a classe 3, relativa às rotinas para a detecção e a classe 4, referente ao controle do resultado do exame. As discussões dessas duas classes focaram na gestão da política.

4.2.1 Controle dos resultados

Quanto ao controle dos resultados, a predominância do discurso está nos procedimentos que são realizados quando se recebe o resultado da mamografia. O que se notou foi que os registros das informações dos pacientes são feitos em livros e anotações próprias dos enfermeiros e ACS, há pouco controle informatizado, como pode ser observado no trecho abaixo.

(...)mas sobre o controle das mamografias realizadas o melhor controle é o registro no prontuário, você tem o controle daquelas mulheres através do prontuário, no caso do livro se tem alguma alteração a gente recorre ao livro, mas sistema informatizado ainda não temos. (ST da entrevista com servidor 11 da cidade de Santo Antônio).

As informações registradas em papéis, como os livros e prontuários podem se perder. Além disso, foi verificado que esses protocolos de controle são criados pelos enfermeiros, e não pela coordenação da UBS, o que pode implicar em problema de continuidade do registro, pois há constante rotatividade no cargo de enfermeira. A única cidade na qual se observou um controle um pouco mais informatizado foi em Araponga-MG, a qual se destacou positivamente em MG.

O uso de um sistema de informação padronizado ampliaria a troca de informações e, principalmente facilitaria o trabalho dos coordenadores e equipe diante de uma mudança ou reconfiguração da equipe. A informatização do sistema de acompanhamento e controle da atenção primária encontrado em Araponga pode se configurar como um caso de benchmarking, devido ao efeito sobre a qualidade das informações.

Isto porque nessa cidade os ACS têm um tablete onde todas as informações coletadas dos pacientes nas visitas domiciliares são registradas e vinculadas diretamente no sistema e-sus, bem como todas as rotinas e procedimentos realizados pelos demais profissionais de saúde dentro da UBS.

Nessa classe também apareceram alguns STs se referindo ao papel do gestor, como o emprego dos recursos financeiros para a gestão da saúde no município, a

execução de consórcios intermunicipais de saúde para a oferta de serviços mais complexos, marcação e controle em sistemas próprios, como o Sistema de Informação no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCAM), o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), ou seja, as funções burocráticas em torno da Política Pública.

(...) então as mamografias são feitas lá [em Viçosa] por causa desse recurso que vai para lá né, nós aqui só temos a atenção primária (...) (ST da entrevista com o Servidor 16 de Araponga).

A realização dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS) é uma realidade necessária nos municípios pequenos, como é caso dos dois municípios que se destacaram positivamente no RN e em MG. Para essas localidades é inviável financeiramente promover uma infraestrutura complexa para oferta de múltiplos serviços de saúde. Quando se realiza o consórcio, o município que demandará o serviço repassa recurso do seu fundo de saúde para o fundo do município ofertante. De modo geral, as estratégias de consórcio estão presentes nas ações de referência, em especial pela possibilidade de melhorar exploração dos recursos financeiros e físicos, exigindo, porém, maior organização e interlocução entre os municípios.

4.2.2 Rotinas para a detecção precoce

Nessa classe foram agrupados os STs que abordavam sobre as rotinas para a detecção do câncer de mama. De modo geral, para as quatro cidades, o procedimento é semelhante e se inicia com a busca ativa do ACS convidando a mulher para realizar a mamografia. As enfermeiras, durante o preventivo, também fazem o ECM e orientam sobre a necessidade de fazer a mamografia se for notado algo na apalpação ou se já estiver no período de fazer o exame, e encaminham para o médico. O grupo considerado prioritário pela política são as mulheres de 50 a 69 anos, mas existindo suspeita, e por indicação médica, mulheres com menos de 50 anos são contempladas também.

(...) se virmos alguma mulher com sintomas, eu como enfermeira tenho que encaminhar para um médico fazer a sua avaliação e como aqui o enfermeiro não pode pedir exame, o médico faz a solicitação e através desses exames que a gente vai encaminhando, direcionando ao tratamento ou para descarte dessa possibilidade. (ST da entrevista com servidor 18 da cidade de Araponga).

Nessas cidades, a única que se diferenciou foi Senador Georgino Avelino, por ser uma cidade menor, e com uma demanda pequena para o exame de mamografia. As mulheres a partir dos 40 anos já são convidadas pelos agentes de saúde e enfermeiros a

realizar a mamografia, por sobrar vagas das cotas disponibilizadas mensalmente pelo estado. Esse fato pode ser uma justificativa para o índice de mamografia nessa cidade ser o mais alto do RN no ano de 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O procedimento, quando se recebe um resultado indicativo de câncer, são semelhantes nas quatro cidades, é comunicar a usuária e dar encaminhamento para o tratamento na cidade de referência. O tratamento e os cuidados paliativos com o doente são atribuições da atenção terciária, por ser um serviço de alta complexidade, logo não é uma atribuição do município.

Entretanto buscou-se nas entrevistas entender com as usuárias diagnosticadas são acolhidas pelo município na atenção primária. Nos quatro municípios foi relatado que é feito um acompanhamento mais próximo com essas pessoas, o ACS faz visitas domiciliares para saber como está sendo o tratamento, se a pessoa está precisando de uma consulta ou algum remédio que são oferecidos pelo município. No entanto, se teve relatos de usuárias que tiveram a doença, mas que não receberam nenhuma atenção ou cuidado por parte do município durante o tratamento da doença pelo SUS. No entanto, tivemos relatos de usuárias que tiveram a doença, mas que não receberam nenhuma atenção ou cuidado por parte do município durante o tratamento da doença pelo SUS, como no relato da usuária 03 quando teve diagnóstico confirmado de câncer de ovário.

(...) já não existia mais a responsabilidade do município em relação a minha pessoa. Quando eu tive a doença ninguém do município, nem Agente, nem enfermeiro foram na minha casa saber como eu estava. (ST da entrevista com usuária 03 da cidade de Santo Antônio).

O que se constatou como maior barreira para realizar a mamografia, nas duas cidades que apresentaram desempenho inferior, foi a infraestrutura de diagnóstico precoce, materializada na observância do mamógrafo quebrado. Segundo o servidor 14, há o entendimento pelo Ministério da Saúde que no município há um mamógrafo, logo não há necessidade desta cidade receber uma cota grande de mamografias, assim existe apenas uma cota pequena para realizar o exame na cidade polo da macrorregião de saúde, que deveria ser apenas complementar. Este problema pode ser verificado no relato do servidor 14.

Então por isso nossa cota disponibilizada pelo estado é tão baixa, por isso essa dificuldade tão grande de nossas mulheres terem acesso à mamografia, porque o mamógrafo está aí, foi cedido para prestar o serviço para os municípios, mas está quebrado. (ST da entrevista com servidor 14 da cidade de Santo Antônio).

No entanto, o mamógrafo da cidade está quebrado há bastante tempo, e foi identificado uma complexa burocracia para consertá-lo, exibindo inclusive entraves nos arranjos e atores interfederados. Segundo o servidor 15, aparelho pertence ao estado e, não se pode retirar do orçamento do município um recurso para consertar um equipamento que não lhe pertence.

(...) eu não posso tirar do orçamento público municipal para consertar um equipamento que não pertence ao município, mas ao estado, legalmente não pode. As vezes era coisa fácil e barato para consertar esse equipamento, mas teria que ser recurso não do município. (ST da entrevista com servidor 15 da cidade de Santo Antônio).

Além da burocracia e aparente inoperância das relações interfederadas, no que tange ao aspecto da manutenção da infraestrutura, constatou-se nas duas cidades a falta de interesse pelo município em consertar o equipamento, por não ser financeiramente viável e por ser mais conveniente mandar a usuária para outra cidade. Tal observância reflete um modelo de gestão e uma filosofia que desprivilegia a ação local submetendo os pacientes ao um processo mais lento e, inevitavelmente, menos efetivo. Trata-se de uma ação que reflete a falta de prioridade para a política pública no nível municipal. Este fato retoma a barreira apontada por Health Policy Project (2014) relacionada a falta de motivação ou vontade política, assim como as barreiras pessoais apontadas por Ammons (2004) referente aos traços individuais, atitudes e comportamentos do gestor público. A presumível falta de interesse político tem sido um limitador para melhorar a oferta do serviço de prevenção no município.

O problema com o aparelho quebrado é apenas uma proxy dos problemas estruturais e físicos de que padece a PNPCC, por um lado, assim como revela a falta de proatividade e inoperância das parcerias entre os diferentes níveis federados. Implica, portanto, em um desalinhamento com o objetivo da PNPCC, que é o de reduzir a incidência e a mortalidade causada pelo câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento em tempo oportuno e cuidados paliativos.

Isto porque o equipamento quebrado, resulta de um lado em longa espera para conseguir realizar o exame em outra cidade. Por outro, no protelamento físico e no trauma emocional para o paciente e na exposição de um descaso para com a prevenção, que tem como consequência um provável diagnóstico em estágio avançado. Assim como um tratamento mais agressivo, mais longo e com custos para toda sociedade,

contrariando os pressupostos mais elementares da PNPCC, que visam a prevenção e mitigação dos efeitos do câncer de mama para a sociedade como um todo. Fato que, por si, já qualifica a importância das descobertas desse trabalho.

Van Meter e Van Horn (1975) em seu modelo para avaliar políticas públicas, apontam que o desempenho na política depende das características das agências implementadoras, das condições políticas, econômicas e sociais; e da forma de execução de atividades. Essas características puderam ser observadas em algumas atividades, como pela realização dos CIS, que para acontecer, precisa de interesse e vontade dos gestores locais, mas representa uma ferramenta política com o potencial de promover o aumento do desempenho dos municípios de pequeno porte, que não tem infraestrutura própria para atender todas as diretrizes da PNPCC. Além disso, observou-se nos municípios, a importância da competência das equipes de gestão, na figura principalmente do SMS e dos Coordenadores da Atenção Primária e das UBS e da execução pelos médicos, enfermeiros e ACS pois, como aponta os autores, a competência da equipe é um fator chave dentro das características das agências implementadoras (VAN METER; VAN HORN, 1975).

Van Meter e Van Horn (1975) também destacam que a execução das atividades depende do entendimento dos objetivos e metas, pelos indivíduos responsáveis pela implementação, como também dos mecanismos de controle para aumentar a chance de os implantadores executarem as ações de maneira consistente com o objetivo da política. No entanto, foi encontrado em todas as cidades pesquisadas, que os gestores e servidores não tem conhecimento sobre a PNPCC, sobre seu objetivo, suas diretrizes, como também não possuem indicadores para controle.

Esse fato faz tornar importantes trabalhos como o de Roque-Ferreira (2018, no prelo), que desenvolveu um modelo lógico para a PNPCC, o qual aponta os fatores contextuais que implicaram no desenvolvimento da política, tais como as causas e consequências do câncer de mama; como também elenca as ações que devem ser praticadas pelos implementadores, e os produtos, os resultados intermediários e final gerados em consequência das ações, tudo baseado na Portaria 874 de 2013, que instituiu a política e em outros estudos técnicos e científicos. Além disso, o estudo aponta diversos indicadores que podem ser adotados pelos implementadores como meio de controle, para execução das ações em consistência com o objetivo da política.

5. CONCLUSÕES

O que se conclui é que a falta de infraestrutura adequada e eficiente implica em falhas nas ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, bem como implica na qualidade de vida do paciente, levando a um completo desalinhamento com a política.

Encontraram-se evidências de que, nas cidades com desempenho inferior, a Política não tem sido implementada de forma a atender a seus objetivos, ou seja, a redução da mortalidade e da incidência, pois para isso é necessário oferecer o exame de mamografia e realizar as ações de promoção, prevenção e detecção precoce da doença, conforme apontado pela Portaria da Política. Nas cidades com desempenho inferior, encontrou-se problemas estruturais que tem dificultado a realização do exame pelas mulheres, devido a longas espera pelo exame.

Evidenciou-se nessas cidades a falta de alinhamento e (des)arranjo entre os entes federativos e a falta de proatividade dos gestores em resolver os problemas envolvendo a política. O que parece levar a uma inversão de prioridades, em que o discurso é pela prevenção, mas as ações ainda se pautam na protelação das ações e conseqüente custo futuro para a sociedade.

No entanto, foi constatado nos municípios que se destacaram positivamente em relação à política, que o aumento de desempenho na PNPCC e o cumprimento do objetivo proposto pela Portaria 874 de 2013, pode ser alcançado por meio do trabalho dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde, principalmente dos ACS e dos enfermeiros, ou seja, a partir da competência da equipe, característico da entidade implementadora. Observou-se nas cidades visitadas o importante papel exercido por esses profissionais na execução de ações relacionadas à promoção e à prevenção, a partir da busca ativa realizada pelos ACS e pelo incentivo por parte das enfermeiras para a realização da prevenção, não apenas para o câncer de mama, mas também de colo de útero.

Nesses municípios a comunicação desses profissionais da saúde com as usuárias se fazem quase que diretamente, visto a facilidade de acesso em função do tamanho do município, da população menor e também da interação direta e facilitada da população feminina entre si. Essa maior interação favorece a comunicação e a promoção dos serviços de saúde, fortalecendo as ações de prevenção. O incentivo e a melhoria constante do trabalho desses profissionais são um caminho para melhorar o atendimento

na atenção primária, e conseqüentemente a qualidade de vida da população usuária do serviço público de saúde.

Por fim, destaca-se como contribuição teórica desse trabalho o preenchimento da lacuna sobre o conhecimento da PNPCC na realidade local, sobre os aspectos gerenciais que influenciam o processo de implementação, como as práticas que podem superar barreiras inerentes as limitações de recursos técnicos, operacionais e financeiros dos municípios, bem como os fatores que podem ser determinantes para levar ao bom desempenho na política.

6. REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p.331-345, 2003.

AMMONS, D. N. Productivity barriers in the public sector. In: M. Holzer e S. Lee (Ed.), **Public productivity handbook** (2ed.). New York, NY: Marcel Dekker, 2004.

AZAMI-AGHDASH, S. et al. Breast Cancer Screening Barriers from the Womans Perspective: a Meta-synthesis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.16, n. 8, p. 3463-3471, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BHUYAN, A.; JORGENSEN, A.; SHARMA, S. **Taking the Pulse of Policy: The Policy Implementation Assessment Tool**, Washington, DC: Futures Group, USAID | Health Policy Initiative, 2010. Task Order 1.

BRASIL. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 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). SAÚDE, M. D. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, vol. 21, n.2, 2013, p. 513-518.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - UFSC – Brasil, 2016. Disponível em: http://IRaMuTeQ.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf. Acesso em 15 de novembro de 2018.

COVAS, J. M. D. **O papel do Exame Clínico da Mama como método de rastreio de Cancro da Mama**. 30 f. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. 2016.

- DATASUS, Departamento de Informática do SUS. **E-SUS AB**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>, acesso em 17 de novembro de 2018.
- FISCHER, F. et al. Barriers and Strategies in Guideline Implementation: A Scoping Review. **Healthcare**, v. 4, n. 36, p. 1-16, 2016.
- GEORGE, S. A. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. **Health Care for Women International**, v.21, n.1, p.53-65, 2000.
- GONÇALVES, L. L. C. et al. Barriers in health care to breast cancer: perception of women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.
- GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 3, p. 831-840, 2010.
- HANSON, K. et al. Factors influencing mammography participation in Canada: an integrative review of the literature. **Current Oncology**, vol.16, n. 5, p. 65-75, 2009.
- HARDEE, K.; IRANI, L.; MACINNIS, R.; HAMILTON, M. **Linking Health Policy with Health Systems and Health Outcomes: A Conceptual Framework**, Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2012.
- HEALTH POLICY PROJECT. **Capacity Development Resource Guides: Implementation Barriers**. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2014.
- HEYWANG-KÖBRUNNER, S. H.; HACKER, A.; SEDLACEK, S. Advantages and Disadvantages of Mammography Screening. **Breast Care**, vol.6, n.3, p.199–207, 2011.
- HOLZER, M; MULLINS, L. B.; FERREIRA, M.; HOONTISA, P. Implementing Performance Budgeting at the State Level: Lessons Learned from New Jersey. **International Journal of Public Administration**, p. 1-12, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso 14 de agosto de 2018.
- INCA. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. VIGILÂNCIA, C. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017.
- LAMYIAN, M. et al. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. **East Mediterr Health Journal**, vol. 13, n. 5. p. 1160-69, 2007.
- LOPES, T. C. R. et al. Prevalência e fatores associados à realização de mamografia e exame citopatológico. **Rev Bras Promoç Saúde**, vol.28, n.3, p. 402-410, 2015.
- LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, n. 4, p. 585-591, 2013.
- MARINHO, L. A. B. et al. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Ver. Saúde Pública**, vol. 42, n. 2, p. 200-207, 2008.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, O. **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**, 2017.

RAMACHANDRAN, A. et al. Multiple barriers delay care among women with abnormal cancer screening despite patient navigation. **Journal of Womens Health**, v. 24, n. 1, p. 30-36, 2015.

ROQUE-FERREIRA, D. M. Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo. 2018, **no prelo**.

SADLER, G. R. et al. Korean women: breast cancer knowledge, attitudes and behaviors. **BMC Public Health**, p. 1-7, 2001

SCHOENBERG, N. E. et al. Patterns and determinants of breast and cervical cancer nonscreening among Appalachian women. **Women Health**, vol. 53, n. 6, p. 1-19, 2013.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. Rurais Agroind**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. The policy implementation process: A conceptual framework. **Administration and Society**, vol. 6, n. 4, p. 445-488, 1975.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **RAP**, Vol. 30, n. 2, p. 5-43, 1996

WARREN, A. et al. Breaking Down Barriers to Breast and Cervical Cancer Screening: A University-based Prevention Program for Latinas. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, vol.17, n. 3, p. 512-521, 2006.

XAVIER, D. R. et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 40, p. 20-35, 2016.

YANKASKAS, B. C. et al. Barriers to adherence to screening mammography among women with disabilities. **Am J Public Health**, vol. 100, n. 5, p. 947-53, 2010.

CONCLUSÃO GERAL

A pesquisa elaborada teve como objetivo geral compreender as dimensões estatais, gerenciais e individuais que influenciam o desempenho na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de mama). Para tanto foi necessário partir da compreensão a respeito do desenho da política, para lançar entendimento sobre as ações estabelecidas e os resultados pretendidos, por meio do Modelo Lógico. Compreender sobre a teoria da política permitiu seguir com os demais objetivos secundários propostos.

Esta pesquisa apontou importantes achados, primeiramente por levantar o estado da arte em estudos sobre o rastreamento do câncer de mama e apontar condicionantes que podem afetar negativamente e positivamente a realização do exame de mamografia pelas mulheres. A partir desse levantamento no estado da arte, esse trabalho trouxe um considerável avanço no estoque de conhecimento sobre os fatores que podem influenciar no sucesso da implementação da PNPC, à medida que permitiu a materialização e confirmação do efeito de condicionantes teóricos sobre essa política. Alguns desses condicionantes, embora presentes na literatura, só foram confirmados empiricamente por intermédio dessa pesquisa.

Cabe ressaltar que para superar as dificuldades relacionadas ao rastreamento do câncer de mama enfrentadas pelo público-alvo, é preciso primeiramente identificá-las, o que foi ensejado por este e também por outros estudos já realizados. Só assim é possível a formulação e implementações de ações pelos gestores públicos da saúde visando a superação desses problemas. No entanto, um diferencial deste estudo foi transpor a discussão das barreiras ao rastreamento no âmbito teórico e qualitativo, ao operacionalizá-las e validá-los por procedimentos empíricos e quantitativos, se apoiando em dados observados e mensurados na realidade estudada.

Dentre as principais contribuições deste trabalho, foi o desenvolvimento do Indicador de Desempenho Relativo da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de mama), o IDR, o qual considera representar o avanço para a ciência desejado por uma tese de doutorado. A partir deste indicador foi possível conhecer os municípios com melhor e pior desempenho na PNPC, além de revelar importantes achados, como o fato do índice de mamografia não estar diretamente ligado as condições de infraestrutura, renda, educação, demografia do município, representados pelo Índice Potencial para Execução da Política (IPEP). Tais indicadores ainda

apresentam contribuição empírica, por poder ser aplicável em outras políticas públicas de saúde, visando a mensuração do seu desempenho.

A pesquisa em campo permitiu constatar que os profissionais ligados a PNPCC, desde os gestores locais, tais quais secretários de saúde e coordenadores da atenção primária, como também os médicos, os enfermeiros e os ACS, não tinham conhecimento sobre o desenho dessa Política, o que pode tornar barreira para o alcance dos objetivos propostos. Desse modo, outra considerável contribuição teórica e empírica desse trabalho foi o desenvolvimento do Modelo Lógico da Política, visto que até o momento não existia nenhum documento expressando a teoria da PNPCC, o qual poderia ser utilizado pelos gestores públicos. O desenvolvimento da teoria política, a partir do Modelo Lógico, permitiu apontar detalhadamente e operacionalmente as atividades a serem executadas, os produtos a serem gerados, os resultados e impactos no curto e longo prazo esperados, levado em consideração todas as diretrizes da Política, como também apontou indicadores para controlar e mensurar o desempenho para a PNPCC.

Além disso, por meio deste estudo confirmou-se pressuposto teórico assumido, que a PNPCC é influenciada pelas três dimensões sinergicamente, a capacidade estatal, a capacidade gerencial e a participação do público-alvo. A inclusão da dimensão gerencial na análise da política, fato que não foi observado em outros estudos, permitiu demonstrar que gerenciamento das ações direcionadas à saúde não ocorrem de forma isolada para atender uma política pública específica. A execução da PNPCC é afetada pela capacidade gerencial municipal como um todo, pois verificou-se a influência de condições relacionadas a outras ações e políticas, afetando a taxa de mamografia.

Em campo evidenciou-se ineficiências gerenciais e estruturais que vão em desconformidade com o objetivo da PNPCC, resultando em falhas nas ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, e conseqüentemente na qualidade de vida do paciente, levando a um completo desalinhamento com a política. O discurso de prevenção proferido pelos entes públicos se esbarra em burocracias e em ineficiências gerenciais, como o caso de um mamógrafo quebrado que nem o estado e nem o município, se responsabilizam em consertá-lo.

Mas também foi possível descobrir que, um fator que influencia diretamente o Índice de Mamografia é a qualidade do trabalho dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde que realizam as atividades de promoção e prevenção, intrínsecos a atenção primária. Esses profissionais,

por meio da busca ativa que realizam na comunidade, conseguem criar vínculos de confiança e trazer as pessoas para dentro das atividades da UBS, impactando positivamente na qualidade de vida da população usuária do serviço público de saúde.

Portanto, a partir desse estudo, foi possível ter uma visão mais ampla das razões para o sucesso ou não de uma política pública em grande dimensão territorial, em um universo formado por municípios tão heterogêneos, como encontrado na realidade brasileira.

REFERENCIAS GERAIS

ABREU, E. Editorial: "Pro-Onco 10 anos". Revista brasileira de Cancerologia, v. 43, n. 4, p. 237-238, 1997.

AGÊNCIA BRASIL. Índice de mamografias no Brasil está abaixo da média mundial. **Empresa Brasil de Comunicação**. 2015. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-08/indice-de-mamografias-no-brasil-esta-abaixo-da-media-mundial>. Acesso em 03 maio 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. O Atlas do Câncer. Atlanta: American Cancer Society 2014.

_____. Cancer Facts & Figures. Atlanta: American Cancer Society, 2017.

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (AICR). Policy and action for cancer prevention: food, nutrition, and physical activity, with an added US perspective. Washington, DC: AICR, 2009.

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

AMORIM, et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11), nov. 2008, p.2623-2632.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2), 2003, p. 331-345.

BELIZÁRIO, J. E. O próximo desafio: Reverter o câncer. **Ciência hoje**, v. 31, n. 184, p. 50-57, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **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, DF: Diário Oficial da União, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 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). SAÚDE, M. D. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, setembro de 2017

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Saúde e Pactuações. **Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 - Edição 2015**, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>. Acesso em 13 set. 2017.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL. **Constituição** (1988).

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013.

GEORGE, S. A. Barriers to breast cancer screening: an integrative review. *Health care for women international*, 21(1), 2000, p.53-65.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras**. Vol. 37, n. 2, p. 91-99, 2004.

GONÇALVES, A. T. C. et al. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1785-1790, 2007.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 25(11), 2009, p. 2455-2466.

HEYWANG-KÖBRUNNER, S. H.; HACKER, A.; SEDLACEK, S. Advantages and Disadvantages of Mammography Screening. **Breast Care**, vol.6, n.3, 2011 199–207.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) and National Research Council (US) National Cancer Policy Board; Curry, S. J.; Byers T.; Hewitt M. (eds). Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection. Washington (DC): **National Academies Press (US)**, 2003. 6, Improving Participation in Cancer Screening Programs. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223927/>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.1, p. 3-7, 2002.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2004.

_____. **Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Oncológica**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2005.

_____. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. VIGILÂNCIA, C. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017a.

2017b.

_____. **Atlas on-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2017c.

_____. **Controle do Câncer de Mama: Histórico das Ações**. Rio de Janeiro, RJ, 2018.

_____. Controle do câncer de mama. Rio de Janeiro: **INCA**, 2017b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama. Acesso em 13 set. 2017.

KELLOGG_FOUNDATION, W. K. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. **W.K. Kellogg Foundation**, 2004.

LECOURT, D. **Dictionnaire de la pensée médicale**. Paris: Quadrige / PUF, 2004.

LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. d. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66, 2013, 585-591.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos**: Relatório de recomendação. Brasília, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, 2015.

MOTTA, R. S., da; MOREIRA, A. **Eficiência na gestão municipal no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, setembro de 2007.

NICOLAOU, P. K.; PADOIN, L. V. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 23, n. 3, p. 92-94, 2013.

OHL, I. C. B. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 793-803, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS: câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>. Acesso em 27 dez. 2017

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. **Quanto custa tratar um paciente com câncer no SUS em 2016**. 2016. Disponível em: <http://observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar-um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016-2/>. Acesso em 21 abr. 2017.

PAIVA, C. J. K. D.; CESSE, E. Â. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 6, n. 1, p. 23-30, 2015.

PHILLIPS, K. A. et al. Factors Associated with Women's Adherence to Mammography Screening Guidelines. **Health Services Research**, 33(1), 1998, p.29-53.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Conheça o Programa: Mais Médicos para o Brasil, mais saúde para você**. 2018. Disponível: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em 04 abr. 2018.

ROMEIRO, C. et al. O Modelo Lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 132-142, 2013.

SCHLEMMER, J. B.; CASTILHOS, L. G.; LIMA, S. B. S. D. Políticas públicas e a atuação dos gestores frente ao câncer de mama e do colo uterino. **Saúde (Santa Maria)**, v. Suplemento, n. Artigos de revisão, p. 53-62, 2016.

SANTOS, G. D. dos; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SILVA, F. X. et al. Mamografia em mulheres assintomáticas na faixa etária de 40 a 49 anos. **Rev. Saúde Pública**, vol. 48, n. 6, 2014, p. 931-939.

SILVA, E. H. F. M.; BERNARDES, E. M. Estrutura Lógica como metodologia para avaliação de políticas públicas: uma análise do Pronaf. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, 721-743. 2014.

SILVA, P. A. D.; RIUL, S. D. S.; INCA. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos**, 2017. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/noticias/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>. Acesso 06 mar 2018.

SOUSA, T. P. **Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de mama**. 2017. 89 f. (Mestrado em Enfermagem.). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.

SOUZA, F. H. **Mamografia digital em comparação com mamografia convencional no rastreamento do câncer de mama no Brasil: Revisão sistemática, custo da doença, e análise de custo-efetividade no Sistema Único de Saúde**. 2012. 212 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 57, p. 253-281, 2003.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. SAÚDE, M. D. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TESSER, C. D.; D'ÁVILA, T. L. C. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(5), maio, 2016.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R. R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, v. 44, n. 15, p. 2118-2121, 2008.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, vol. 42, n.3, p.529-50, maio/jun. 2008.

WOMEODU, R. J.; BAILEY, J. E. Barriers to Cancer Screening. **Medical Clinics of North America**, 80(1), 1996, p.115-133.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Producer). **Breast Cancer Awareness Month**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breast-cancer-awareness/en/>. Acesso em 12 de abril de 2017.

XAVIER, D. R. et al. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. **Saúde em Debate**, 40, 2016, p. 20-35.

YANKASKAS, B. C. et al. Barriers to adherence to screening mammography among women with disabilities. **Am J Public Health**, v. 100, n. 5, p. 947-53, 2010.

APÊNDICE – ARTIGO 4

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

PARTE 1 – Sobre o Câncer de Mama (Para as usuárias)

Código de identificação do entrevistado: _____

Data da entrevista: __/__/__

Pergunta 1 - Relate seu conhecimento a respeito do câncer de mama e os métodos de detecção precoce

- Métodos para identificar o câncer de mama?
- Faixa etária que deve realizar a mamografia?
- Periodicidade?
- Você acredita ser possível reduzir as chances de desenvolver o câncer pelos seus hábitos?
- Você sabe o que pode ser feito?
- Você pratica algum desses hábitos?

Pergunta 2 - Relate sua experiência com a mamografia

- Com que idade realizou sua primeira mamografia?
- Com que frequência realiza?
- Quando realizou a última mamografia?
- A mamografia você pagou por ela ou fez pelo sus?

Pergunta 3 - Você realiza algum autoexame em suas mamas?

- Você presta atenção a suas mamas, verifica se há alguma anormalidade (visual ou palpando)
- Com que frequência?

Pergunta 4 – A UBS da sua região te incentiva a realizar a mamografia, como?

- A Unidade Básica de Saúde (UBS) te convoca para **realizar** a mamografia? E marca o exame?

Com que frequência?

- A UBS te convoca para **reuniões** para falar sobre o câncer de mama?

Com que frequência? ()semanal ()quinzenal ()mensal ()trimestral ()semestral ()Anual

- Quais temas são abordados nas reuniões?

Pergunta 5 - Há algum empecilho que te faça desistir de realizar a mamografia?

- Há algum empecilho que te faça desistir de realizar a mamografia?
- Quanto tempo demorou para marcar a mamografia?
- Você tem algum medo com relação ao exame?
- Precisou de transporte para fazer a mamografia?
- Quem arcou com os custos?
- Quanto tempo demorou para marcar o transporte com a prefeitura?
- Algum outro custo você teve para realizar a mamografia? (dia de trabalho)

Pergunta 6 - Algum profissional da saúde, como médico ou enfermeiro já realizou o exame clínico em suas mamas?

- Ginecologista?

- Algum outro profissional? Qual? _____
- Com que frequência realiza esse exame por um profissional?

Pergunta 7 - Sua mamografia já apresentou algum resultado com problema? Como foi tratado esse problema pelo SUS?

Pergunta 8 - Você conhece alguém próximo a você que teve câncer de mama? Como foi a assistência do SUS no tratamento dessa pessoa?

Caracterização demográfica

- Idade _____
- Escolaridade _____
- Plano de saúde? _____
- Estado civil? _____
- Tem filhos? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

PARTE 2 – Sobre a PNPCC para servidores e gestores

Pergunta 1 – 1. Relate o que sabe a sobre a PNPCC

- Você tem conhecimento sobre a PNPCC?
- O que você sabe sobre a política (diretrizes)
- Sua entidade está alinhada com os objetivos e diretrizes da PNPCC?

Pergunta 2 - Quais são os procedimentos de gestão da política?

- As atividades relacionadas principalmente ao câncer de mama,
- Quem são os profissionais ou cargos envolvidos?
- O que ele(a) faz em termos de gestão?
- Como é feito o monitoramento do câncer de mama?
- Quem é o profissional responsável/cargo?
- Como e quem alimenta as bases de dados SISCAN? E com que frequência?
- Quais são as informações registradas?
- Qual a quantidade de cotas que o município recebe para o exame? É suficiente?
- Qual o papel do Agente comunitário de saúde?

Pergunta 3 - Quais são as ações voltadas para o rastreamento do câncer de mama?

- Como é a marcação de mamografia?
- Como e onde são realizadas as mamografias
- Tem algum profissional da saúde que realiza o Exame Clínico das Mamas? Médico, Enfermeiro, Outro?

Pergunta 4 - Existe um protocolo formal para controlar o rastreamento do câncer de mama?

- Existe um protocolo para o rastreamento do câncer de mama (paciente, data de realização do exame, resultados...)? Descreva-o
- Quem o produziu?
- Quando foi produzido?
- O protocolo é praticado?
- Como é controlada a frequência de realização do exame pelas mulheres

Pergunta 5. Quais os procedimentos com os resultados da mamografia?

- Como e onde é registrado o resultado da mamografia?
- Qual o procedimento para um resultado suspeito de câncer?
- Há algum acompanhamento posterior a essa paciente pela Entidade?

Pergunta 6 - Quais são as atividades realizadas direcionadas as beneficiárias?

- Em sua entidade são realizadas ações educativas para as mulheres reconhecerem os primeiros sinais da doença?
- O que é feito? Reuniões? Palestras?
- Com que frequência?
- Os temas abordados, campanhas locais?
- Em sua entidade são realizadas atividades para incentivarem as mulheres a terem hábitos saudáveis para prevenir o câncer de mama? O que é feito?

Pergunta 7 - Relate sobre treinamentos para os profissionais da saúde do município?

- Os profissionais são treinados, capacitados para exercer sua profissão?
- É promovido algum treinamento pelo município?
- Onde ocorre? (Instituição que oferece)
- Frequência?
- Há incentivo que o profissional busque se capacitar - incentivo salarial? Ajuda de custo?

Pergunta 8 – O município recebe algum tipo de fiscalização (vig. Sanitária) para inspecionar os procedimentos de saúde, os exames? Comente?

Pergunta 9 – O que você acha que pode ser feito para aumentar a realização de exames de rastreamento pelas mulheres do município?

Caracterização da Entidade (se servidor ou gestor)

1. Nome da Entidade: _____
2. Cargo do servidor _____
3. Tempo na função _____