

A AÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SALVADOR-BA

*Maria Emília S. P. Ramos**, *Jaqueline Jesus Sanchez***, *Lidiane Assis dos Santos***

Autora para correspondência: Lidiane Assis dos Santos - lidy_6921@hotmail.com

* Doutora em Farmacologia. Professora Adjunta EBMSP e UEFS

** Graduanda do curso de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Resumo

O câncer de colo de útero e mama ocupa um lugar de relevância nas taxas de morbidade e mortalidade entre a população feminina. A infecção prévia pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) foi apontado como principal fator para desencadear o câncer de colo uterino, associada a idade precoce na primeira relação sexual, múltiplos parceiros sexuais e parceiros com múltiplas parceiras sexuais anteriores. O exame citológico cérvico vaginal é um eficiente método de detecção precoce e prevenção, além do rastreamento oportunístico para detecção do câncer de mama, ambos simples e econômico. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher constitui um conjunto de princípios e diretrizes para orientar a população feminina acima dos 10 anos de idade, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. O objetivo dessa pesquisa foi identificar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero e mama, a partir das políticas públicas de saúde da Atenção Básica na cidade de Salvador-BA, no ano de 2012/2013. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e os dados analisados transcritos na íntegra, não interferindo nas respostas sendo agrupados de acordo com as respostas dadas pelos entrevistados. A rotina do profissional de Enfermagem não está organizada o suficiente para atender todas as necessidades da saúde da mulher. A má condição das estruturas físicas, na maioria das unidades, somado a carência de informação técnica e científica dos enfermeiros acabam impossibilitando a efetividade do Serviço.

Palavras-chave: Enfermeiros; Atenção Básica; Câncer do Colo do Útero; Câncer de Mama.

PUBLIC POLICIES EFFECTIVENESS ON PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN PRIMARY CARE IN SALVADOR-BA

Abstract

Cancers of the cervix and of the breast cause high rates of morbidity and mortality among the female population. Prior infection with Human Papilloma Virus (HPV) has been appointed as the main factor to trigger cervical cancer, associated with early sexual initiation, multiple sexual partners and sex with people who had previously had multiple sexual partners. The cervicovaginal cytology is an effective method of early detection and prevention, in addition to opportunistic screening for detection of breast cancer, both simple and economical. The Program for Integral Assistance to Women's Health is a set of principles and guidelines to guide the female population above 10 years of age, including educational, preventive diagnostic, treatment and recovery measures and indications. The objective of this research was to identify the role of the nurse in the prevention of cervical and breast cancer, from the public health policies of Primary Care in the city of Salvador, state of Bahia, in 2012. Data were collected through semi-structured interviews, which were recorded and transcribed, not interfering in the responses, which were in turn grouped according to the answers provided. It was found that the routine of nursing professionals should be more structured in order to meet all the needs of women's health care. The difficulties and the lack of infrastructure, may undermine the effectiveness of the service.

Keywords: Nurse; Primary Care; Uterine Cervical Neoplasms; Breast Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, depois do câncer de pele não melanoma, respondendo por cerca de 25% dos casos novos anualmente. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 1980 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998, onde tanto o câncer de mama como de colo de útero passaram a ser prioridade. O controle do câncer de mama foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005,⁽¹⁾ e no Pacto pela Saúde em 2006. Segundo essa mesma política a neoplasia de colo uterino atinge principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência. Considerada doença crônica degenerativa de grande potencial de prevenção e cura quando diagnosticada precocemente, a infecção prévia pelo

Papiloma Vírus Humano (HPV) foi apontada como principal causa da doença, acrescidas de idade precoce na primeira relação sexual, múltiplos parceiros sexuais e um parceiro com múltiplas parceiras sexuais anteriores tabagismo, outras DST (principalmente Chlamydia e Herpes genital), inflamação crônica, imunossupressão e paridade.⁽²⁾

Esse tipo de câncer é atualmente considerado um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontra em plena fase produtiva.⁽³⁾ A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) constitui um conjunto de princípios e diretrizes reservado para orientar a população feminina acima dos 10 anos, contemplando toda a assistência às mulheres nas suas especificidades e necessidades.⁽⁴⁾

No mundo, o câncer de mama situa-se entre as primeiras causas de morte por câncer em mulheres, para o Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer estima-se para a ano de 2016, 57.960 novos casos, com um risco estimado de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres. Até o momento, não existem medidas de prevenção primária para a doença, sendo o autoexame das mamas realizado pelas mulheres um dos principais métodos de detecção precoce, que somente depende de como saber praticar e do conhecimento do próprio corpo. Já o câncer de colo de útero pode ser prevenido através de medidas de fácil execução e de baixo custo, como o exame de Papanicolau, também chamado de exame preventivo e citopatológico cérvico – vaginal, considerado no Brasil como um eficiente método de detecção e prevenção do câncer de colo uterino, oferecido pelo SUS nas redes básicas de saúde e de fundamental importância para mudar o perfil de incidência e mortalidade dessa doença.⁽⁵⁾ Mas não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica, é preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecem as unidades de saúde e implementar os sistemas de contra-referência para as necessidades da população atendida. No Brasil, observa-se presença de lesões precursora do câncer do colo de útero em mulheres com idade inferior ou igual a 25 anos, com destaque para as adolescentes, sugerindo dessa forma a necessidade de avaliação dessas alterações cervicais entre mulheres mais jovens.⁽⁶⁾

Os profissionais de enfermagem estão diretamente ligados na mobilização dessas mulheres, tanto através de medidas educativas criando mecanismos dentro da rede básica que desperte o interesse pela consulta regular, quanto através do exame de rastreamento oportunístico. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), o rastreamento pode ser oferecido de duas formas diferentes: rastreamento organizado e oportunístico. O rastreamento organizado é dispensado a pessoas convidadas, de grupo etário predefinido, com frequência preestabelecida e implementado por meio de um planejamento ativo, podendo ser populacional ou seletivo. Já o rastreamento oportunístico, é oferecido no momento oportuno

ao indivíduo que, por outras razões, procura os serviços de saúde; no caso do exame clínico das mamas nas mulheres que comparecerem para consulta ginecológica pode ser realizado por decisão do médico ou por solicitação da própria paciente.⁽⁷⁾ Deve-se ter sempre em mente que a finalidade de qualquer tipo de rastreamento é a redução da morbimortalidade pela doença.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, institui uma política Nacional de Atenção Oncológica com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todos os níveis de complexidade. E em 2014 o estabeleceu prazos para o primeiro tratamento, até sessenta dias, do paciente com neoplasia maligna comprovada no âmbito do SUS, assim torna-se necessário uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população feminina.⁽⁸⁾

Segundo as diretrizes das políticas públicas de assistência integral a saúde da mulher é indispensável o preparo de toda equipe de enfermagem para ofertar cuidado de qualidade para esse público. O enfermeiro é responsável pela parte educativa dessa equipe e também na rede básica de saúde com a equipe dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) coordenando, e lançando estratégias para promoção de ações educativas, prevenção, detecção precoce e orientando modelos de comportamentos e hábitos saudáveis para comunidade.

É necessário a educação, a motivação individual e esforços coletivos para o controle do câncer de colo uterino. Além de um atendimento de qualidade e humanizado, contribuindo assim para atenção integral à mulher, diminuindo dessa forma índices de morbidade e mortalidade por doenças evitáveis dentre elas o câncer de colo de útero. O objetivo desse estudo foi identificar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero e mama, a partir das políticas públicas de saúde da Atenção Básica na cidade de Salvador-BA, no ano de 2012-2013.

METODOLOGIA

Estudo realizado com uma abordagem qualitativa descritiva. Os dados foram organizados segundo Bardin,⁽⁹⁾ o qual permite ser aplicado na investigação de fenômenos bem como na complexidade individual, facilitando a compreensão e percepção do indivíduo quanto ao objeto investigado. Esse método não busca alcançar o maior número de resultados, mas sim particularidade nos achados, sendo esse o objetivo de estudo. Essa pesquisa pautou seus estudos na interpretação do mundo real, preocupando-se com o caráter hermenêutico de se pesquisar sobre a experiência vivida pelos pesquisados. A pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem que atuavam em unidades básicas de saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, baseadas em um roteiro pré-elaborado, contendo sete questões qualitativas representadas por Q1, Q2,... Q7, realizadas no local de trabalho, individualmente, sendo estas registradas em aparelho Mp3, com a anuência dos mesmos. Os dados obtidos foram transcritos na íntegra, não interferindo nas respostas, sendo agrupados de acordo com as respostas dadas pelos enfermeiros entrevistados e observação em campo. E analisados segundo a proposta da Análise Temática,⁽⁹⁾ sendo submetidos a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Essa coleta de dados ocorreu nas unidades de saúde, no Distrito Sanitário Cabula-Beiru, Salvador-BA, de janeiro a março de 2013, esse distrito é composto por dezoito unidades da rede básica de saúde, sendo um enfermeiro responsável por cada unidade totalizando 18 enfermeiros que atende a uma população de 383 mil habitantes. Esse distrito foi escolhido porque compreende a área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas, sociais e culturais representativa da cidade de Salvador e por ser o campo de estágio do curso de enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Como critério de inclusão estabeleceu-se estar trabalhando a mais de um ano na unidade básica de saúde do Distrito Sani-

tário Cabula-Beiru da rede básica e ser vinculado ao programa saúde da mulher, por entender que a partir deste tempo os profissionais tendem a melhor conhecer o processo de trabalho da unidade em que atuam e, por terem mantido maior contato com os elementos que o compõe. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em férias ou afastamento do trabalho por licença maternidade, doença, ou outros motivos.

Para garantir o anonimato dos pesquisados estes foram representados por siglas que representavam sua categoria de trabalho seguida por um número de ordem da transcrição das entrevistas realizadas, E1, E2 (...). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com aprovação de número 226/2011. Atendendo os requisitos exigidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, entre eles respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa; ponderação entre riscos e benefícios; garantia de que danos previsíveis seriam evitados e relevância social da pesquisa. E em respeito à dignidade humana foi incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os profissionais foram convidados a participar do estudo e, após leitura, ciência e concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 18 enfermeiros 13 foram entrevistados, uma se recusou a participar da pesquisa, três estavam em curso fora da unidade e uma de licença maternidade, sendo assim, totalizaram treze enfermeiros que trabalhavam com saúde da mulher. Dos profissionais de enfermagem investigados todos eram do sexo feminino, com médias de sete anos de formação acadêmica e cinco anos trabalhando na unidade. Estes profissionais predominantemente trabalhavam diurno (manhã e tarde) com carga

horária de 08 horas/dia, cinco dias da semana. Todos apresentavam titulação mínima especialista, exceto uma única enfermeira que possuía somente graduação. Quando questionadas sobre os tópicos de investigação:

Q1 - ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA ATRAIR A POPULAÇÃO FEMININA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU E MAMA PARA MINIMIZAR A INCIDÊNCIA DE CÂNCER UTERINO E MAMA.

Dos 13 entrevistados: cinco não mencionaram a realização de atividades educativas; seis mencionaram que realizam essas atividades como estratégias para sensibilizar esse público, de forma não rotineira, e duas falaram que quem pratica essas atividades são os estudantes de enfermagem que estão no campo em estágio.

E3 - *“Fazemos palestras, divulgação de vídeos. Isso não é rotineiro e nem semanalmente, mas é feito. Sendo quando é na semana mais destinada, como o outubro rosa, a gente incrementa mais isso diariamente e em outros casos a gente faz o esclarecimento, ou uma sala de espera. Como aqui também é uma unidade que é campo de estágio, a gente conta com os estudantes para fazer essa parte educativa [...]”.*

E5 - *“As ações utilizadas são através das palestras, com ajuda dos estudantes. Eles fazem palestras, sala de espera sobre câncer de colo, sobre DSTs. Fala sobre o exame, as necessidades, a importância dos exames [...]”.*

A problemática relacionada a não realização de alguma estratégia para prevenção do câncer de colo uterino e mama, permeia por todas as unidades de saúde pesquisadas, já que aproximadamente 38% dos nossos entrevistados afirmaram não realizar essa atividade. Indo de encontro com uma das atividades do programa de controle do câncer cérvico-uterino que é a educação em saúde.⁽¹⁰⁾ Assim, segundo o Ministério da Saúde, ne-

nhuma ação de controle do câncer cérvico-uterino avançará sem a participação do componente educativo que atinja a população de mulheres e os profissionais de saúde. Deverão ser oferecidas a todas as mulheres que buscam os serviços de saúde, por qualquer motivo, ações educativas individuais ou em grupos de reflexão sobre os benefícios que decorrem destas atividades.⁽¹¹⁾

O PAISM divulga que a busca ativa dessas mulheres para a realização dos exames preventivos também é muito valioso, e constitui ferramenta de grande importância para a redução do número de casos.⁽¹²⁾ Entretanto, no decorrer das interrogações foi compreendido que esses enfermeiros transferem a responsabilidade da promoção e prevenção da saúde aos estudantes estagiários, que não tem uma continuidade de suas atividades profissionais, ou seja, a estratégia é feita, mas não é eficiente, pois não há uma continuidade dessas práticas.

Um dos enfermeiros relatou a realização de atividades que englobam a prevenção e detecção precoce de câncer de colo uterino, mas outras necessidades são impostas para efetivar essas ações.

E1 - *“A gente faz palestras educativas nas escolas, em relação ao tema e em relação a outros temas. A gente aborda muito o preventivo e o câncer de colo uterino e de mama. A gente já tentou fazer um grupo de mulheres para fazer oficina, essas coisas. Mas enquanto não tiver nada pra elas receberem em troca, a demanda é muito pouca [...]. Então tem que ter um lanche, um bingo, uma lembrancinha. Infelizmente a prefeitura não dá [...]”.*

Já que conseguimos identificar na fala de uma única profissional que realiza essas atividades educacionais, fortalecemos a ideia que se deve investir mais nas salas de espera das unidades básicas de saúde. Um estudo realizado Pontes⁽¹³⁾ mostrou como a sala de espera é uma oportunidade de compartilhar experiências e sentimentos, bem como discutir ideias e conceitos visando a construir um novo conhecimento, onde os autores acreditam que a educação em saúde é um ponto fundamental na edificação de um sistema de saúde mais

eficaz e, portanto, mais experiências devem ser relatadas a fim de que se expanda tal prática.⁽¹⁴⁾

Q2 - ENCAMINHAMENTO REALIZADO APÓS DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES NA MAMA E RESULTADOS POSITIVOS DO PAPANICOLAU.

Dos profissionais entrevistados todos apontaram como estratégia a solicitação e ou a coleta de material para realização desses exames. A estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.⁽¹⁵⁾

E9 - *“Quando dá alteração, agente encaminha para o CICAN. No caso a alteração da mama agente solicita a mamografia e a ultrassom né? E aí a depender do resultado ela é encaminhada pra um mastologista que não é tão fácil. Mas, o preventivo quando dá NIC 1 trata na própria unidade, se der outro resultado aí encaminha para o Centro Estadual em Oncologia (CICAN).”*

Essa abordagem converge com uma das propostas do PAISM, que é atender a mulher de forma integral nos diversos seguimentos do serviço. Foi recorrente durante as entrevistas a atenção que os enfermeiros têm para com a periodicidade do exame Papanicolau.

E8 - *“Dentro do atendimento de realização da coleta de lâmina mesmo, incentivando a mulher a fazer a coleta anual ou, se tem mais de dois exames normais, fazer a cada três anos.”*

O Ministério da Saúde preconiza que o intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos e indica como principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença por meio da prevenção secundária e através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero.⁽¹⁶⁾

Uma das enfermeiras usou como estratégia: E7 - *“encaminhar a paciente o mais breve possível para unidade que pode estar tratando. A gente aqui encaminha para o Aristides Maltez ou para o CICAN”.*

Vale salientar que essa fala não retrata o todo e sim uma particularidade na nossa pesquisa, visto que só essa profissional assegura usar essa estratégia. Segundo estudos realizados por Santos e Siqueira,⁽¹⁷⁾ analisar o perfil das mulheres anualmente com base nas requisições preenchidas nas unidades de saúde ajudará a monitorar e acompanhar de maneira mais eficaz a demanda do programa preventivo do câncer de colo de útero, focando no planejamento de intervenções para melhorar o índice de cobertura e resolutividade dos exames preventivos. Assim como incentivar adesão pelos programas de mamografias, pois os resultados de muitas décadas de pesquisa mostram claramente que as mulheres que têm mamografias regulares são mais propensas a ter câncer de mama detectado precocemente, menos propensas a precisarem de tratamento agressivo (como mastectomia e quimioterapia), e mais susceptível de serem curadas.⁽¹⁸⁾

Q3 - ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME:

Quando perguntados sobre dificuldade das mulheres em aderirem ao exame, todos informaram que a procura é bastante alta.

E4 - *“Não, ao contrário: para adesão ao exame, elas procuram muito. Se eu, aqui, tivesse preventivo a semana toda, todo dia, estava, cedo, muito lotado [...]”.*

E7 - *“A gente aqui não tem essa dificuldade e, às vezes, a gente vai até a comunidade. Essa semana que passou, nós fomos ali na baixinha do Arraial do Retiro e foi fila enorme. Foi um ônibus que parou lá e eu fui, e assim, foi muito aceito. Elas estavam preparadas. Elas ficaram sabendo na noite anterior, com tudo um pouco desorganizado, elas ficaram sabendo na noite anterior. Mas de manhã estavam lá preparadas, que a gente percebia*

que elas tinham feito a higiene. Então, assim, não encontro dificuldade nenhuma[...]”.

E8 - “[...] Tem muita paciente adolescente também que vem realizar. Pacientes idosas que querem fazer anualmente, paciente de 70 anos [...]”.

Na pesquisa identificamos que as consultas por especialidades são divididas por dia da semana, sendo assim, no dia que tem preventivo (um único na semana) a procura é grande, mas isso não garante a cobertura necessária às mulheres dessa localidade. Percebemos, também, na fala dos entrevistados que não existe uma procura maior em determinada faixa etária, pois a adesão ocorre de forma homogênea, igual para todas as idades.

Apenas uma das enfermeiras identifica resistência para realização do exame, mas tem como estratégia resgatar essas mulheres.

E2 - *“Ta resgatando essas pacientes. Elas têm resistência de estar realizando o preventivo, esses exames, por medo, questões culturais, porque o exame dói muito. Entendeu? Então a gente faz essas atividades educativas e os mutirões, também de preventivo, que, inclusive agora no mês de março, a gente fez um mutirão do Dia Internacional da Mulher, pra trazer essas mulheres. Então a gente, junto com os agentes comunitários, está resgatando essas mulheres que tem dificuldades.”*

Segundo a Organização Mundial de Saúde,⁽¹⁹⁾ quando o rastreamento através do exame apresenta cobertura efetiva de 80 a 85% da população e é feito dentro dos padrões de qualidade, reduz as taxas de mortalidade e de incidência do câncer do colo do útero, podendo chegar a 90% quando a detecção precoce é aliada ao tratamento das lesões precursoras em estágio inicial.⁽²⁰⁾ Então, é de fundamental importância essa busca incessante dessa população, identificando e mobilizando todas as mulheres, principalmente as que pouco frequentam o serviço de saúde, a realizar os exames e acima de tudo, garantir a entrega dos resultados para que se houver algum tipo de alteração o tratamento inicial seja realizado o mais rápido possível.⁽²¹⁾

Esforços devem ser priorizados de forma a garantir: a inclusão no rastreamento de todas as mulheres das faixas etárias recomendadas; valorização, identificação e mobilização das mulheres que pouco frequentam o serviço de saúde; a melhoria da qualidade dos exames e o diagnóstico, bem como o tratamento adequado a todos os casos detectados.

Q4 - ESTRUTURA FÍSICA

Durante as entrevistas das treze unidades em estudo, três unidades relataram ter espaço físico para atividades educativas e para coleta do exame. Sendo que dessas, uma unidade está habilitada com salas para realização desse procedimento, mas não dispunha de profissional.

Alguns profissionais afirmaram não ter dificuldades quanto ao espaço físico, o qual é de grande importância para uma assistência com qualidade.

E2 - *“Com certeza, a gente tem um auditório enorme aqui, que a gente pode estar fazendo atividades”.*

E7 - *“Aqui a gente não tem espaço. Você já viu como o posto é minúsculo e precisamos de reforma. Está tudo muito deteriorado [...]. A sala nem é tão ruim assim, mas, por exemplo, essa mesa aí corre o risco até do paciente cair. Paciente obeso mesmo é uma dificuldade para deitar nessa mesa [...]”.*

E6 - *“Não é um espaço adequado, né? Às vezes, a gente faz adaptações com os biombos, que não dá essa individualidade à mulher. A gente não tem lençóis para cobrir elas, para garantir que ela não vá ficar exposta. A gente não tem equipamento, por exemplo, para colposcopia. Nosso colposcópio está quebrado há milhares de anos e nunca foi consertado [...]”.*

E5 - *“Aqui na unidade nós dispomos de material, sala para realização desse exame, mas não dispomos do profissional.”*

O problema de muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, o que torna desumanizante pela má qualidade no atendimento. Encontramos até em uma unidade que não realiza o exame preventivo por falta de profissional na unidade. Ou seja, há uma subutilização da proposta inicial das Políticas de Saúde da Mulher, em que se observa: fila para marcação de consultas e deficiência dos recursos humanos.

Acreditamos que se houvesse uma reorganização estrutural nas unidades, a cobertura de atendimento poderia ser ampliada, já que mesmo com todas as dificuldades relatadas pelos profissionais (E6 e E7), existe um comprometimento por parte destes em atender a sua população. Em conformidade, Savassi⁽²²⁾ enfatiza a importância da reorganização dos serviços de saúde como uma forma de melhor atender a população de maneira individualizada e humanizada.

Q5 - A CONTRARREFERÊNCIA

Quando questionados sobre a contrarreferência foi identificada a inexistência dessa etapa do tratamento.

E10 - *“Infelizmente a contrarreferência, não chega.”*

E3 - *“Você sabe que é uma coisa inexistente do meu tempo de vida. Assim eu só vi umas duas contrarreferências [...]. Por escrito mesmo não, agora eles encaminham de boca [...].”*

E1 - *“Nunca, nunca, nunca recebi, mas não é porque é enfermeiro não, nem a do médico, nem quando o médico manda, vem a contra-referência”.*

E11 - *“Nem sempre, ficam lá e a gente nem sempre tem esse retorno”.*

A portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005,⁽²³⁾ definiu a rede de atenção oncológica composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência

de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, a partir dessa portaria o atendimento aos pacientes oncológicos deveriam seguir ao princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de hierarquização e regionalização, onde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam referenciar as mulheres nas unidades de alta complexidade e estas contra referenciá-las à UBS, respeitando dessa forma a integralidade do atendimento. Percebeu-se que esta forma universal de atendimento à mulher que apresenta uma neoplasia, não está sendo executado de maneira eficaz. Existindo a necessidade de cobrança por parte dos gestores o cumprimento da portaria tanto pelas UBS quanto pela alta complexidade no que tange a referência e contrarreferência.⁽²⁴⁾

Q6 - OUTRAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS

Três entrevistados apontaram como outras dificuldade a falta de materiais para efetivar o exame preventivo.

E1 - *“A dificuldade que a gente tem é de material, porque muitas vezes a gente está sem forro para maca, às vezes acaba o lençol, às vezes acaba o espelho [...]”.*

E2 - *“Às vezes deixamos de fazer um preventivo porque não tem um saco de lixo [...]”.*

Outro fator mencionado foi a questão do município fazer a supervisão da realização correta do exame: se os profissionais estão buscando treinamento para uma coleta adequada e quanto a seriedade do laboratório.

E8 - *“Eu questiono ao município por que a gente tem um baixo índice de HPV e de repente NIC I, NIC II aparecem. Então assim já foi questionado até junto ao distrito a seriedade do laboratório, né? Se a gente faz uma coleta bem feita, se procura treinamento pra estar realizando, pra estar fazendo uma coleta adequada, satisfatória [...]”.*

Uma entrevistada alegou a dificuldade de adesão por conta do exame não ser o completo:

E6 - *“A maior dificuldade que a gente tem é a falta de profissionais na unidade, que façam esse preventivo completo colposcopia, citologia e microflora. A gente faz aqui no posto eventualmente, né? Em alguns momentos, por conta de estrutura de pessoal, só fazemos citologia e microflora, que já é alguma coisa. Mas não é o exame completo. Então, assim, a maior dificuldade é essa. Pra elas partirem para outros locais, pra ficar de porta em porta, vendo um posto que realize o exame completo. Então, na maioria das vezes, a gente perde essa mulher, elas logo perguntam: é completo? Quando não é completo, ela diz: então me desculpe, mas não vou fazer o exame.”*

Evidenciamos que os entrevistados têm visto o exame de prevenção de câncer uterino como uma obrigação de suas atividades profissionais e não revela uma real preocupação com a prevenção, devido a maneira mecanicista que relatam tal prática, corroborada na fala E6 e E8. A falta de uma logística de funcionamento só fortalece a desmotivação tanto dos profissionais, quanto das pacientes confirmados através das falas E1, E2, E8. Entende-se que o melhor acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais para alcançar êxito ao pleno atendimento à mulher, para isso demanda mudanças nos serviços de saúde com ampliação da cobertura e atuação plena do papel do enfermeiro.

Q7 - RASTREAMENTO OPORTUNÍSTICO

Pode-se identificar nessa pesquisa que o rastreamento oportunístico ainda não é realizado como foi idealizado.

E7 - *“Rastreamento o que? Há... Sim, fazemos isso sim. Inclusive é prioritário no meu atendimento.”*

E1 - *“Como temos uma demanda muito grande, procuro priorizar a queixa principal da paciente. Se*

eu ainda parar para fazer outra coisa a consulta se prolonga e haverá mais e mais mulheres me esperando lá fora...”

E13 - *“Faço sempre que possível, se percebo algo de estranho encaminho.”*

E3 - *“Se me relatar algo de estranho dou uma olhada com mais atenção, do mais faço a palpação das mamas com todas elas.”*

Observa-se que o exame clínico das mamas, juntamente com o exame de Papanicolau, é a prática preventiva do câncer pouco utilizado e até mesmo desconhecido pela maioria dos enfermeiros entrevistados. Destaca-se a necessidade de uma orientação mais efetiva em relação ao método, objetivando mobilizar os profissionais de saúde para a adoção de tais práticas. O reconhecimento da relevância do rastreamento oportunístico do câncer de mama pelos profissionais de saúde e o diálogo dos mesmos com as pacientes podem ajudar a vencer dificuldades e melhorar indicadores de saúde, pois se percebe que apesar do grande número de programas de prevenção de câncer de mama,⁽²⁵⁾ o quantitativo de profissionais de saúde que adotam as práticas preventivas preconizadas ainda é reduzido diante da magnitude do problema tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde coletiva.

CONCLUSÃO

As políticas de assistência a mulher e prevenção dos cânceres de mama e útero ainda estão longe de atingir a excelência inicialmente objetivada pelos diversos programas saúde da mulher. Percebe-se que o papel desenvolvido pelos enfermeiros está atenuado principalmente pela falta de infraestrutura e carência de informação técnica e científica. Sendo necessário criar uma parceria institucional entre a Escola Estadual de Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para organizar treinamento in loco com os profissionais das unidades de saúde do distrito sanitário Cabula/Beiru.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Oncológica. Nota Técnica 26a. Brasília,DF; 2005. p. 7.
2. Fedrizzi EM. Epidemiologia da infecção genital pelo HPV. *Rev Bras Pat Trato Gen Inf* 2011;1(1):3-8.
3. Instituto Nacional de Câncer (BR). Controle do câncer de colo de útero: conceito e magnitude. 2016. [acesso em 2016 fev 11] Disponível <www2.inca.gov.br/Wps/wcm/connect/acoes_Programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa de Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília, DF; 1984. [acesso em 2016 fev 15]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/.../assistencia_integral_saude_mulher.pdf>.
5. Instituto Nacional de Câncer (BR). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
6. Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MAC, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(6):1156-1166.
7. Ministério da Saúde (BR). Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29 Rastreamento. Brasília, DF; 2010. p. 17-21, 71-72.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 2014, Sessão 105. p. 91.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Rodrigues BC. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;149-54.
11. Cownbur S, Carlson MJ, Jodi AL, DeVoe JE. The Association Between Insurance Status and Cervical cancer Screening in community health centers: exploring the potential of electronic health records for population-level surveillance, 2008-2010. *Prev Chronic Dis*. 2013;24:10.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília, DF; 2011.
13. Pontes FP. Adesão das mulheres ao exame de prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa [monografia Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
14. Ezechi CO, Petterson KO, Gabajabiamila TA, Idigbe IE, Kuyoro O, Ujah IAO, et al. Predictors of default from follow-up care in a cervical cancer screening program using direct visual inspection in south-western Nigeria. *Health Serv Res*. 2014;14(143).
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e mama. 2ª ed. Brasília. 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 13.
16. Instituto Nacional do Câncer (BR). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivo/Titulo/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf
17. Santos TBA, Siqueira MFC. Perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolau em um Município da Região do Médio Araguaia Mato-Grossense. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*. 2014;1(11).
18. American Cancer Society. Breast Cancer Prevention and Early Detection. 2015. [acesso em 2016 fev 15] Disponível: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/O3165-pdf.pdf>
19. WHO position paper on mammography screening. 2014.
20. Instituto Nacional de Câncer (BR). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
21. Meira KC, Ferreira AA, Silva CMFP, Valente JG, Santos J dos. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado de Minas Gerais, análise do efeito da idade-período-coorte de nascimento. *Cad. Saúde Coletiva*. 2012;20(3):381-8.

22. Savassi LM. Organização da agenda dos profissionais de saúde da unidade básica de saúde Antônio Caetano Laranjeiras - Betim. [Monografia de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 741/GM de 19 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81.
24. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação. Brasília, DF: OPAS; 2014. p. 24-29.
25. Smith RA, Brawley OW. The National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program: Toward a System of Cancer Screening in the United States. *Cancer*. S16. 2014 August 15. 120: 2617-2619.