

CAMINHOS PERCORRIDOS NA DETECÇÃO, DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CANCER DE MAMA

Ingridi de Mello Freitas¹

Marcia Maria Ribeira Lopes Spessoto²

RESUMO

O estudo tem como objetivo geral conhecer os serviços de atenção primária, secundária e terciária no atendimento à mulher diagnosticada com Câncer de mama, no município de Dourados/MS. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, com a participação de sete enfermeiras atuantes nas três esferas de atendimentos a saúde: nas Estratégias de Saúde da Família, Centro de Atendimento a Mulher e Serviço de Oncologia. Na coleta de dados foram realizadas entrevistas gravadas e posteriormente transcritas e estudadas a partir da análise de conteúdo. A partir dos resultados obtidos foram construídas três categorias de análise de acordo com os serviços de saúde: o movimento relacionado ao câncer de mama a partir das Estratégias de Saúde da Família, a intermediação da atenção especializada na conduta à mulher, e o tratamento específico ao câncer de mama, executado na oncologia. Os enfermeiros entrevistados nas unidades básicas usam como estratégia de detecção do câncer de mama o exame clínico das mamas, que é realizado durante a coleta de preventivo, ou diante da queixa ou pedido da mulher. Sobre o processo de referência e contra-referência foi citado pelos enfermeiros do nível primário que o mesmo tem funcionado adequadamente em relação ao tratamento das alterações mamárias, já o enfermeiro do nível terciário observa que essa via de comunicação precisa ser melhorada. O tempo transcorrido do atendimento pelo mastologista, à conclusão do diagnóstico do câncer de mama, e o início do tratamento na oncologia foi dito como não tão demorado, respeitando os 60 dias estabelecido por lei entre o diagnóstico estabelecido e o início do tratamento. Observou-se a carência de protocolos de normas e rotinas do atendimento a mulher com câncer de mama, observado em todas as unidades de atendimento, desde o nível primário até o terciário. O estudo espera contribuir para discussões na área, auxiliando a gestão municipal nas ações voltadas à saúde da mulher, mais especificamente ao câncer de mama.

Palavras chave: Neoplasia da Mama; Enfermagem; Assistência a Saúde.

¹Estudante do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados;
Email: yngrydymell@hotmail.com

²Orientadora Professora Mestre do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados;
Email: marciam@uems.br

1 INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama (CM) é uma neoplasia maligna consequente de uma proliferação descontrolada de células anormais, sendo sua ocorrência atribuída a fatores genéticos, ambientais e fisiológicas, bem como a práticas dos hábitos de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

É uma das patologias mais temidas entre as mulheres devido à sua alta incidência, e relaciona-se com os efeitos causados ao psicológico da mulher, atingindo deste modo sua autoestima, autopercepção de imagem, aspectos referentes à sexualidade entre outros. O CM é o segundo tipo de câncer mais incidente no mundo e o primeiro nas mulheres (BRASIL, 2006^a).

Mesmo sendo uma doença com boas perspectivas de diagnóstico e tratamento, os índices de mortalidade por CM continuam altos no Brasil, sendo considerada a possibilidade de que a doença seja diagnosticada tardiamente (BRASIL, 2006^a).

A taxa de mortalidade por CM, em nível de população mundial, demonstra um crescimento considerável, sendo a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 óbitos por 100 mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas, com 12,7 e 12,62 óbitos por 100 mil mulheres em 2009 (INCA, 2012).

Diante da magnitude dos casos de CM, as políticas públicas de saúde têm se preocupado com o seu avanço e se organizado no sentido de combater sua morbimortalidade.

Em 1983, o Ministério da saúde concebeu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), agregando como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O PAISM compreendia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação abrangendo a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST), cânceres de colo de útero e de mama, além de outras especificidades verificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

Em 1997 foi desenvolvido pelo INCA um Programa Nacional de rastreamento do câncer de colo uterino e de mama chamado Viva a Mulher, que teve como objetivo

diminuir a mortalidade e os danos físicos, psíquicos e sociais ocasionados pelo câncer, proporcionando à mulher maior facilidade de acesso ao diagnóstico precoce da doença para tratamento e reabilitação da mesma (Brasil, 2004).

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), ratificando e ampliando o olhar do PAISM, visando a assistência à mulher no que se refere a clínica ginecológica, no Pré-Natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, bem como outras necessidades pertinentes de acordo com o perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2006^d).

Em 2006, o Pacto Pela Saúde foi elaborado tendo como objetivo estabelecer ações e prioridades que buscam enfrentar os principais problemas de saúde que atingem o município, e entre suas prioridades, foi elencado o controle do câncer mama (BRASIL, 2006^d).

A operacionalização da rede de serviços de atenção primária, voltada ao atendimento à saúde da mulher no Brasil, vem sendo realizada desde a década de 1990, pelo Programa de Saúde da Família, intitulado a partir de 2006, como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

As ESF estão inseridas na rede de atenção primária da saúde municipal, desenvolvendo ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e acompanhamento, incluindo as atividades relacionadas ao câncer de mama (BRASIL, 2011).

Entre as atividades realizadas pela ESF no que se refere à prevenção primária do CM está a acessibilidade de informações pertinentes no que se refere ao controle dos fatores de risco reconhecidos, conscientização da população sobre a importância do autoexame das mamas (AEM), e a realização Exame Clínico das Mamas (ECM) (BRASIL, 2006^a).

Além destes, são utilizadas como estratégia para detecção, rastreamento e diagnóstico do CM o exame de mamografia (MMG) e ultrassonografia (USS), sendo recomendado pelo Ministério da Saúde a realização da MMG a mulheres com faixa etária entre 50 a 69 anos com o máximo de dois anos entre os exames (BRASIL, 2013).

Segundo o INCA (2013^a) são definidas linhas de cuidado para o paciente com câncer que devem assegurar intervenções na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e os cuidados paliativos. A linha de cuidado ao câncer de mama tem a intenção de assegurar o acesso humanizado e integral às ações e serviços pertinentes a promover a prevenção do câncer de mama, acessibilidade ao diagnóstico precoce e tratamento apropriado e qualificado em tempo hábil.

Diante da gravidade da situação e da preocupação das políticas de saúde no que se refere ao câncer de mama, questiona-se: como vem sendo desenvolvido em Dourados, Mato Grosso do Sul, o atendimento à mulher com câncer de mama? Como ocorre a captação nos serviços de saúde? De que forma se dá a oferta do diagnóstico e o tratamento para as mulheres com câncer de mama? Como os serviços de saúde organizam-se no sistema de referência e contra referência dos casos de câncer de mama? Dessa forma, o presente estudo elencou como objetivo geral conhecer os serviços de atenção primária, secundária e terciária no atendimento a mulher diagnosticada com câncer de mama, no município de Dourados/MS. Tendo como objetivos específicos identificar o caminho percorrido pela mulher dentro dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, conhecer as estratégias utilizadas pelos níveis de atenção à saúde no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, compreender o sistema de referência e contra-referência entre os níveis primário, secundário e terciário, referente ao câncer de mama e cotejar as normas e procedimentos dos serviços de saúde, com as orientações do Ministério da Saúde para o atendimento à mulher com câncer de mama.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de corte transversal. De acordo com Turato (2003) o método qualitativo visa dar ênfase no que torna o indivíduo único, bem como de que forma isso está contextualizado levando a formulação de hipóteses, e teorias. O enfoque qualitativo trata cada caso de forma peculiar, respeitando suas limitações, importando-se primariamente com o transcorrer do estudo e não com o resultado propriamente dito de forma que não pode ser quantificado.

A prática em saúde e a pesquisa de caráter qualitativo requerem de forma geral atenção e contato direto com o indivíduo de forma a procurar e averiguar situações cientificamente, observando-se caracteres físicos externos e fatos relatados, bem como o ambiente, entre outros fatores condicionantes (TURATO, 2003).

O estudo foi realizado com quatro enfermeiras de Saúde da Família, duas enfermeiras responsáveis pelo Centro de Atendimento a Mulher (CAM), e uma enfermeira responsável pela Oncologia, situados no município de Dourados-MS. Totalizando sete profissionais enfermeiras.

O CAM é o serviço de atenção especializada voltado à mulher, ofertando serviços de MMG, USS mamária, pélvica e abdominal, densitometria óssea, mastologista, patologia cervical, planejamento familiar e pré-natal de alto risco. Assim como a Oncologia, o CAM atende os 33 municípios que estão dentro da macrorregião de Dourados.

Como critérios de inclusão, os enfermeiros deveriam trabalhar nos diferentes níveis organizacionais do SUS, sendo esses primário (ESF), secundário (atendimento especializado) e terciário (oncologia), desenvolvendo ações referentes a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama. E o critério de exclusão foi não estar inserido nos níveis de atendimento primário, secundário e terciário de atendimento à mulher.

Inicialmente foi realizado contato precedente com os enfermeiros por meio de telefonemas onde os mesmos se disponibilizaram e agendaram um horário para a realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, que foram compreendidas sob a ótica da análise de conteúdo. As variáveis investigadas foram relacionadas à conduta dos serviços de saúde no que se refere à captação precoce dos casos de câncer de mama, diagnóstico, tratamento e referência e contra-referência, a partir da realidade dos serviços de atenção primária, secundária e terciária.

A entrevista é uma técnica que visa a valorização da comunicação verbal bem como meio de coleta informativas que se relaciona com determinada temática (MYNAIO, 2004).

Laville e Dionne (1999) afirmam que a análise de conteúdo é um método aplicado em dados apresentados em forma de discurso, que abrange textos de vários tipos de documentos como respostas obtidas em perguntas abertas. Sendo seu princípio definido na demonstração da estrutura e dos elementos desse conteúdo para esclarecer características distintas do mesmo e extrair um sentido e ou significado.

Os enfermeiros entrevistados das ESF estão identificados no texto da seguinte maneira: E1, E2, E3, E4. Os enfermeiros do CAM estão identificados como C5, C6, e o enfermeiro do serviço de Oncologia, como O7.

A seguinte pesquisa corresponde aos preceitos Éticos, em conformidade à Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Para tal, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), para parecer e aprovação por meio do Parecer N.136.826 em 01 de novembro de 2012 CEP/UFMS.

Assim sendo para a execução da entrevista os enfermeiros foram elucidados sobre o conteúdo do estudo e assinaram o Termo de consentimento Livre e esclarecido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As sete profissionais entrevistadas são graduadas em Enfermagem. Quatro atuam como enfermeiras de Estratégia de Saúde da Família, duas atuam no CAM, nas funções de coordenação e administração da unidade, e uma atua no serviço de Oncologia. A partir das respostas elencadas, podem-se construir três categorias de análise, de acordo com os serviços de saúde: o movimento relacionado ao CM a partir das ESF, a intermediação da atenção especializada na conduta frente à mulher com câncer de mama e o tratamento específico ao câncer de mama, realizado na oncologia, que serão discorridos a seguir.

4.1 O MOVIMENTO RELACIONADO AO CM A PARTIR DAS ESF

Observou-se que os enfermeiros entrevistados das unidades básicas de saúde utilizam como estratégia de diagnóstico precoce do CM o ECM, que geralmente é realizado durante a coleta de preventivo, ou mediante a queixa ou pedido da paciente, sendo este executado na rotina da unidade pela enfermeira e por vezes pelo médico, sendo que três destas unidades atuam por agendamento e uma por livre demanda.

Segundo Thuller, Leal, Costa (2003) os programas de rastreamento para CM têm como objetivo identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença. Existem três estratégias disponíveis para rastreamento do CM: MMG, ECM e AEM.

Quanto a conduta de atendimento e encaminhamento da mulher com resultados de exames alterados (clínico ou de imagem), foi explícito pelos entrevistados que em caso de alteração nos resultados, a mulher é encaminhada via SISREG ao mastologista, que atende no CAM. Quando o mastologista informa à paciente sobre o diagnóstico de CM esta é reencaminhada a ESF, também via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

O SISREG é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (BRASIL, 2008). No município estudado, ele está implantado apenas na regulação dos serviços de nível primário e secundário.

De acordo com as entrevistadas, a atenção básica segue a orientação da Secretaria Municipal de Saúde de ofertar a MMG, a cada dois anos, a todas as mulheres a partir dos 50 anos. Abaixo da idade dos 50 anos, somente em casos de suspeita ou alterações no exame clínico das mamas, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que apesar do direito garantido a todas as mulheres a partir dos 40 anos, da realização de MMG, conforme a Lei 11.664/2008 que entrou em vigor em 29 de abril de 2009, o Ministério da Saúde manteve a recomendação citada acima, e que é seguida pelo município (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Com relação ao serviço de referência e contra referência os entrevistados afirmam que esse processo vem ocorrendo adequadamente no que se refere ao tratamento das alterações mamárias, conforme a fala de E3:

“Assim que ele é diagnosticado é feita a biopsia e já é encaminhado direto para a oncologia, e é rápido se passa pelo mastologista ele já encaminha e vai tudo pelo CAM, e pela UBS também já insere na oncologia a oncologia também manda a contra referencia, eu vejo que nessa parte da oncologia funciona a contra-referência” (E3).

A partir desta pesquisa pode-se observar o quanto é importante a necessidade dos serviços de assistência a saúde trabalharem em conjunto em forma de rede, pois assim é possível o manejo de informações e articulação do sistema de referência e contra-referência.

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços se refere a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde. A hierarquização dos serviços se relaciona à possibilidade de organização das unidades segundo seu grau de complexidade tecnológica dos serviços, estabelecimento uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações (TEIXEIRA, 2011).

Em relação ao tempo de demora para a realização da mamografia, da data da solicitação até a realização do exame, as respostas dos entrevistados foram distintas sendo realizada uma média para classificá-la de cerca de dois meses.

“Isso é relativo, às vezes é rápido , as vezes demora mas geralmente demora de 15, 20 a 40 dias, as vezes eu colocava no sistema e já ficava pronto, mas as vezes demora por que antes o aparelho estava quebrado” (E1).

“ Em média de 45 a 60 dias” (E2).

“Em média de 45 a 60 dias” (E3).

“A mamografia é rápida, inclusive esse mês de outubro rosa teve alguns encaminhamentos para a mamografia e foram realizados nesse mutirão, então a mamografia ela é muito rápida no máximo por dois meses” (E4).

É imprescindível a existência de formas de identificação da doença em fase precoce, quando ainda não está clinicamente aparente, para que desta forma se permita uma abordagem terapêutica eficaz, alterando seu curso ou minimizando os riscos associados com a terapêutica clínica e potencializando um prognóstico favorável a mulher. A detecção precoce de uma doença pode ser realizada através da educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas, ou do rastreamento em pessoas assintomáticas (WHO, 2002).

Do tempo de demora em relação ao atendimento pelo mastologista no caso de resultados alterados nos exames iniciais de MMG e USS mamária, observou-se que não houve um consenso por parte das entrevistadas nas respostas:

“Não sei, porque depende do resultado, se o resultado da mamografia for categoria 2 ou 3 é mais rápido, se for categoria 1 demora mais, vai depender da justificativa do médico que ele coloca no receituário se é rápido ou não, se for uma coisa bem grave é mais rápido, é dependendo da justificativa do médico, se ele justificar de forma correta é rápido” (E1)

“Esse é um atendimento demorado, eu não posso te dizer com precisão porque faz tempo que a gente não tem casos aqui, mas é uma média de 3 ou 4 meses ou mais de espera” (E2).

“Cerca de 20 dias” (E3).

“Mais ou menos 2 meses, se estiver alterado não tem como, ele tem que ser rápido, nós entramos no SISREG e pedimos pra agendar, depois de agendado cerca de 15 dias no máximo” (E4).

Pode-se verificar que não há uma concordância no que concerne ao conhecimento das Enfermeiras sobre o atendimento pelo mastologista após a obtenção dos resultados alterados iniciais, notando-se desta forma uma dificuldade no que se

refere ao conhecimento das profissionais no decorrer da realização do diagnóstico e escolha do tratamento a ser empregado.

Os entrevistados apontaram que após o atendimento pelo mastologista bem como da conclusão do diagnóstico de CM, o tempo para o início do tratamento na oncologia tem sido relativamente pequeno:

“Eles falam que geralmente em 15 dias já tem que atender” (E1).

“Essa é uma resposta que eu não tenho dados, porque isso já foge da minha competência, isso já foge pra um nível secundário e terciário [...] já parte pra um nível secundário [...]” (E2).

“Uns 15 dias no máximo é bem rápido a parte de oncologia ” (E3).

“É imediato porque o paciente esta com o problema esta com CA e tem que ser rápido o agendamento e o atendimento” (E4).

A fala de E1 é corroborada pela de E3, no sentido de que o período que se refere a realização do início do tratamento pela oncologia é de cerca de 15 dias, afirmando as mesmas que este processo ocorre de forma rápida.

Nota-se que o que ocorre na prática em relação ao tempo de execução da mamografia e início do tratamento da doença está de acordo com o que é preconizado pela lei No 12.732/2012. Sendo seu início ocorrendo em um prazo de até 60 dias conforme o que é preconizado.

No entanto, destaca-se que de acordo com os entrevistados, o tempo decorrido entre a solicitação da MMG, sua realização, retorno à unidade básica, constatação de alterações mamárias, encaminhamento, agendamento e atendimento pelo mastologista até o diagnóstico final de câncer de mama, decorre-se quatro meses, no mínimo, em que a mulher caminha pela rede de serviço, com uma suspeita diagnóstica grave, que pode alterar toda a sua vida.

Sobre as estratégias utilizadas para o acompanhamento da mulher com CM, nota-se uma distinção referente as respostas, duas entrevistadas citam que é realizada por meio da visita domiciliar desempenhada especificamente pelos agentes comunitários de saúde, e duas apenas afirmaram que o acompanhamento é realizado por meio de visitas domiciliares, não sendo detalhados especificamente os profissionais que participam da mesma, ou então por meio da busca ativa da mulher pela unidade.

“Acompanhamento é conforme ela vai vindo aqui na unidade, porque conforme ela é diagnosticada com câncer fica mais na oncologia e a clinica da mulher que acompanha, mas se ela vem na unidade ela é

atendida e também mais pela visita domiciliar que os agentes de saúde acompanham” (E3).

“A mulher com câncer de mama tem que se fazer a visita domiciliar, e ela têm que encontrar apoio da família e da equipe” (E4).

Atenção domiciliar é uma série de ações executadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articula promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia (Giacomazzi, Lacerda; 2006).

A Atenção Domiciliar em Cuidados Oncológicos pode ser realizada durante todo o processo de tratamento do câncer, seja ele cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, usada de forma conjugada ou isolada, variando de acordo com o tipo celular do local do tumor, bem como seu grau de invasão (BRASIL, 2006).

Deve-se destacar que o tratamento requer uma estrutura médico-hospitalar, bem como recursos humanos qualificados que integrem equipes multiprofissionais do nível de alta complexidade em oncologia, com os profissionais de saúde do nível de atenção básica, através de planos de ações referentes aos cuidados do indivíduo em questão (BRASIL, 2006^a).

Sobre a realização de reconstrução mamária nenhum dos entrevistados soube dizer sobre as condutas e procedimentos para a realização da mesma.

Em relação à Saúde do homem nota-se que não às atividades direcionadas para a prevenção e o diagnóstico do CA de mama.

“Só se ele vem com a queixa e observou alguma alteração” (E1).

“Com o homem a gente quase não trabalha, o que a gente faz é no HIPERDIA a gente trabalha sempre câncer de colo uterino e mama para a mulher, a gente trabalha o câncer de mama e próstata para o homem, não tem nenhuma atividade específico para o homem, é quando ele apresenta alguma queixa” (E2).

“Não, para a prevenção e diagnóstico não” (E3).

“Não (E4) ”.

Como o CM é mais comum em mulheres, muitos homens não notam, nem mesmo sabem que podem desenvolver esta doença. Isto pode retardar o diagnóstico e como resultado, alguns cânceres não são percebidos até que estes tenham progredido a

um estágio tardio. Logo, quando o câncer é diagnosticado no mesmo estágio entre homens e mulheres, as taxas de sobrevivência se assemelham (American Cancer Society, Cancer Facts & Figures, 2008).

O diagnóstico da neoplasia mamária masculina requer também métodos como a mamografia, bem como o uso para confirmação histológica do mesmo o PAAF e o PAG. O tratamento no caso dos homens segue o estabelecido para a neoplasia mamária feminina, podendo compreender inicialmente procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia e hormonioterapia, pois há uma carência de protocolos próprios que dizem respeito ao tratamento do CM masculino (MOURÃO et al, 2001).

Foi relatado pelos entrevistados a ausência de protocolo e ou atendimento próprio do serviço de atendimento a mulher na atenção básica:

“A gente tem do próprio Ministério da Saúde, agora protocolo da unidade quem faz é a secretária, ela que teria que fazer esse protocolo” (E1).

“A rotina nós temos, mas não é um protocolo uma coisa própria o que existe é um protocolo para toda a rede de atenção básica, agora um protocolo específico a gente segue aquilo que é próprio para rede de atenção básica, e o nosso referencial é o CAM” (E2).

Infere-se que a existência de um protocolo próprio de atendimento destinado às condutas referentes à mulher com câncer de mama, desde a captação precoce, bem como as ações pertinentes a prevenção, tratamento e recuperação da mulher, traria benefícios para os profissionais de saúde como um todo, norteando-os para poderem agirem de forma mais efetiva.

4.2 A INTEMEDIAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CONDUTA FRENTE À MULHER COM CM

Os entrevistados que representaram o CAM citaram que a unidade de referência realiza o ECM, no mesmo momento em que o enfermeiro realiza a colpocitologia oncótica, porém não sendo este serviço efetivado como na ESF. Pois na atenção básica, o ECM deve integrar a rede de ações voltadas a todas as mulheres adscritas, como forma de rastreamento das alterações mamárias, sendo essa uma das responsabilidades

da ESF. Já no nível secundário, este procedimento não se torna como de ação obrigatória do serviço, mas por uma opção deste em ofertá-lo às mulheres:

“Aqui nós não temos o serviço efetivado como o ESF que conta volume, metas essas coisas todas, nós não temos esse compromisso, a gente oferta porque a unidade de atendimento a mulher tem que ter. Mas não com aquele compromisso que a gente tem obrigação em fazer, e aí quando o profissional Enfermeiro quando realiza o exame clínico de colo ele já faz o exame clínico das mamas, já fazemos juntos no mesmo momento” (C5).

De acordo com os entrevistados o agendamento da MMG e USS são realizados via SISREG, onde a unidade solicitante entra com o pedido no Sistema, e o serviço de atendimento especializado executa.

De acordo com os entrevistados, o serviço de atendimento às mulheres com CM passa por dificuldades, não funcionando de forma efetiva, acarretados por circunstâncias relacionadas à aquisição de materiais.

O atendimento pelo mastologista após o resultado alterado nos exames iniciais de MMG e USS, segundo os pesquisados, leva cerca de 20 dias, sendo executado pelo SISREG, após encaminhamento do médico do ESF, não existindo reclamações neste aspecto.

Após o atendimento pelo mastologista e recebido o diagnóstico da alteração mamária foi citado que se realiza um termo de justificativa que chega juntamente com o resultado do exame, se o resultado for positivo é feito o termo de justificativa, o paciente é submetido a uma consulta, onde é lançado no sistema e encaminhado ao oncologista. Porém a finalização do tratamento é feita no Hospital do Câncer.

“Nós fazemos um termo de justificativa [quando] chega o resultado, e pegando o resultado ele sendo positivo nós fazemos o termo de justificativa [...] colocamos a paciente em uma consulta, nós mesmos lançamos no sistema ela já vem com o oncologista... Ela não finaliza o tratamento aqui, a cirurgia é feita em outro local, no Hospital do Câncer que seja, e depois ela volta aqui pra fazer o acompanhamento” (C5).

Após a submissão do atendimento pelo mastologista é realizado o diagnóstico do CM. Foi relatado pelos entrevistados que o tempo de demora para atendimento da oncologia é variável, pois os médicos que atuam no CAM também atuam na Oncologia, o que auxilia no processo do encaminhamento, dependendo da gravidade do caso.

O serviço de referência e contra-referência da mulher segundo os entrevistados é precário. Pois nem todas as pacientes que passam pelo CAM e são encaminhadas ao

Hospital do Câncer (HC) dão continuidade ao tratamento, pois a paciente tem a opção de trocar de médico ou mesmo de instituição hospitalar, ou ainda se dirigir a outra unidade para a realização do tratamento, como seria o caso de Barretos.

“O Hospital do Câncer nós temos livre acesso para conseguir as informações, o pessoal é muito acessível, eles mandam as listas com data da cirurgia muito bem detalhada” (C5).

Em relação às estratégias para o acompanhamento da mulher com CA de mama foi relatado que o mesmo é feito por meio do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISCAM), onde são lançadas todas as informações referentes ao tratamento da mulher, além de um livro de registros próprio do CAM, onde constam todas as pacientes com CA de mama, além de todos os resultados obtidos, inclusive os resultados alterados ou não.

Sobre os atendimentos realizados mensalmente no CAM, referente à MMG e USS mamária e consultas como mastologista é feito um consolidado mensal com todas as mulheres atendidas. De acordo com o consolidado do mastologista o número de atendimentos por mês varia de cerca de 250 a 400. As mamografias são realizadas em dois períodos, sendo que em cada período ocorre cerca de 15 exames, obtendo-se um total de 30 exames ao dia, e de aproximadamente 600 exames ao mês.

A realização de USS mamária é feita por agendamento e de acordo com os entrevistados não está tendo demanda para a realização da mesma, tendo-se diminuído significativamente suas solicitações. Os procedimentos mais invasivos realizados no CAM são a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) e o Core Biopsy (Biópsia Cirúrgica Convencional) ou Punção por Agulha Grossa (PAG).

O PAAF é um procedimento ambulatorial que dispensa o uso de anestesia, este permite o diagnóstico citológico das lesões, sendo mais recomendado pois possui um índice baixo de complicações e agrega baixo custo para sua realização (BRASIL, 2000).

O PAG também é um procedimento ambulatorial, que fornece material histopatológico para o diagnóstico, permitindo dosagens de receptores hormonais. É um procedimento que utiliza anestesia local (BRASIL, 2000).

A questão referente à reconstrução mamaria não foi respondida, pois foi referida pelos entrevistados como de nível hospitalar.

No que se refere sobre as atividades direcionadas ao homem relacionadas à prevenção e diagnóstico do C.A de mama no CAM, a resposta foi negativa.

“ [...] Eu conheço o programa de saúde do homem, mas aqui no CAM a gente não tem porque é um serviço específico direcionado especialmente para a mulher [...]” (C6).

Em relação à existência de protocolos, rotinas ou normas direcionadas ao serviço de saúde ofertado para o atendimento à mulher com CM observou-se que a unidade não é munida do mesmo.

“Não, até porque elas vêm para gente, nós temos que estar pesquisando para saber o que ela tem porque como ela vem da unidade básica pra uma investigação de nódulo então a gente que vai fazer o diagnóstico, se é câncer ou não é câncer [...]” (C5).

Ratifica-se a importância desses instrumentos na organização dos serviços de saúde, pela possibilidade de orientar os profissionais de saúde como um todo, podendo estes agirem de forma mais efetiva na captação precoce de casos de CM, no prognóstico positivo e na efetivação eficaz do tratamento.

3.3 O ATENDIMENTO DA ONCOLOGIA RELACIONADO AO CM

De acordo com o enfermeiro entrevistado do setor da oncologia, a mulher chega diagnosticada com o CM, sendo encaminhada para a cirurgia, podendo ser realizados os seguintes procedimentos: quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Sendo o agendamento da mulher feito pelo SISREG, ou pelo próprio médico do CAM.

Do diagnóstico do CM é previsto um período de sete a dez dias para o atendimento na oncologia, sendo o sistema de atendimento por livre demanda. Tem-se em média cerca de dez novos casos de mulheres com CM por mês, havendo no momento da entrevista, 25 mulheres em tratamento.

Observa-se que o serviço vem atendendo a solicitação da Lei No 12. 732/12 que garante o direito a mulher com CM, do início do seu tratamento em um prazo máximo de até 60 dias, contados a partir do diagnóstico (BRASIL, 2012).

Após a paciente realizar a sua admissão no Hospital do Câncer e ser constatado com CM, a mesma é encaminhada para uma etapa de acolhimento, onde a enfermeira

apresenta o tratamento a paciente, explica a doença e busca esclarecer as principais dúvidas que a mulher possui. Será realizado o diagnóstico do paciente, tipo de câncer, gravidade, além de direcionar todos os exames necessários a mesma. Em seguida o paciente é encaminhado, junto à enfermagem para a marcação de seus exames junto a um programador, que realizará o agendamento de todos os exames solicitados pela junta médica de diagnóstico.

A mulher também é avaliada pelo oncologista clínico e, dependendo do estadiamento do tumor, a mesma é encaminhada para cirurgia ou depois para quimioterapia e radioterapia.

Com relação à existência de protocolos, rotinas ou normas de atendimento próprio do atendimento no serviço de oncologia para a mulher com CM, foi relatado que são seguidos os protocolos internacionais, não sendo específico apenas ao CM e sim, para cada tipo de CM variando de acordo com seu grau histológico e tratamento.

Sobre o protocolo de atendimento a mulher com CM, percebeu-se que há uma variação que é relacionada à avaliação de cada paciente.

“Vai depender de cada estágio, de cada retirada ou de cada grau histológico, se vai fazer radio ou não, se vai fazer quimio ou não, se vai fazer cirurgia ou não, se tem metástase [...]” (O7).

Sobre o serviço de referência e contra-referência da mulher com CM, foi referido que embora tenha ocorrido um avanço em sua realização, ainda há a possibilidade de melhora em sua execução. Após o tratamento no HC, a mulher realiza diversos retornos ao hospital, sendo a continuidade do tratamento realizado pela Oncologia. Se houver a necessidade da obtenção de alguma informação pelo CAM, é realizado contato por meio de telefonemas, sendo a devolutiva maior em relação à UBS, e não ao CAM.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa visa contribuir com dados que propiciem conhecer o atendimento ofertado pelo SUS, em relação a todos os níveis de assistência no município de Dourados, à mulher com CM, colaborado para a compreensão do caminhar da paciente pela rede.

As ações em saúde voltadas para a mulher com CM abrangem parcialmente o que é preconizado pelas normas e diretrizes referidas pelo Ministério da Saúde, no entanto, observa-se a necessidade de maior investimento na captação e diagnóstico precoce da doença, uma vez que os dados relacionados à mortalidade da mulher por CM ainda se encontram elevados. Destaca-se que o tempo decorrido entre a suspeita de alteração mamária até a confirmação do diagnóstico de CM ainda é demorado, o que interfere no resultado do tratamento.

Foi possível observar também a deficiência de conhecimento pelas entrevistadas no nível da atenção primária no que se refere ao percurso realizado pela mulher nos serviços de saúde para a realização do diagnóstico e tratamento do CM, além da discrepância de respostas, o que poderia ser corrigido com a determinação e efetivação na prática de um protocolo de normas e rotinas para prevenção, diagnóstico e tratamento para a mulher com CM.

Nota-se que não ocorrem práticas de prevenção e diagnóstico que promovam a captação e detecção precoce do CM no homem, mesmo este tipo de câncer acometendo em menor número a população masculina quando comparado com a feminina, é observado desta forma uma escassez de atenção para o mesmo.

De acordo com esta pesquisa percebe-se que após a detecção a realização do encaminhamento da mulher para realização do diagnóstico e tratamento do CM, o mesmo ocorre de forma efetiva não tendo um período de espera prolongado como o que é trazido por diversas literaturas no que diz respeito ao tratamento do câncer pelo SUS.

Espera-se contribuir para maiores discussões a respeito do tema, suscitando reflexões e auxiliando a gestão do município no sentido de garantir às mulheres atendimento de qualidade em um momento tão delicado em suas vidas.

5 REFERENCIAS

American Cancer Society. Cancer facts e figures Atlanta 2008. Acessado em 16 nov. 2013. Disponível em:

<<http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre o diagnóstico das lesões palpáveis da mama. – Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Instituto Nacional de câncer. (INCA) Controle do Câncer de Mama – Documento de consenso. – Rio de Janeiro, abril 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006^a .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação-Geral de apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais Pactos pela vida, em defesa do SUS, Brasília 2006b .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006c .

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Controle dos cânceres de colo de útero de mama. Brasília, 2006d.

BRASIL. Sistema de Regulação SISREG; Manual do Administrador SISREG III, Brasília, setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oncologia - Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília 2011.

BRASIL. Lei No 12.732/12 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazos para seu início. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de novembro de 2012. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Controle dos cânceres de colo do útero e mama. Brasília, 2013^a.

Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Cuidados Paliativos. Brasília, 2013. Disponível em: <[http //www1.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=474](http://www1.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=474)>. Acesso em: 10 nov. 2013b.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.15, n.4, 2006.

- LAVILLE, C.; DIONNE, J. A reconstrução do Saber. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro; Abrasco; 2004.
- MOURÃO N. M. et al. Expression of c-erbB-2, p53 and c-myc proteins in male breast carcinoma. Braz J Med Biol Res. 2001.
- TEIXEIRA, C. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.
- THULLER L. C. S. LEAL P. R. COSTA C. R. Influência do silicone na gênese do câncer de mama. Rev Bras Cancerol 2003;49(1):9-15. ESTA CITAÇÃO NÃO ESTÁ NA ABNT.
- TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.