

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

Marta Rovey de Souza – IPTSP/ UFG

Emily Nayana Melo – SMS-GO

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Com a tendência de aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional espera-se um aumento dos casos de câncer, principalmente em países em desenvolvimento (JEMAL et al, 2011). Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer (INCA, 2014).

Estimativas mundiais da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), registram o câncer de mama como o mais incidente em mulheres tanto em regiões mais ou menos desenvolvidas. Com exceção dos tumores de pele não melanoma, esta neoplasia representou 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres de regiões menos desenvolvidas e a segunda causa de morte por câncer em mulheres de regiões mais desenvolvidas (Figura 1) (FERLAY et al, 2013).

Já o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo. Cerca de 85% da carga global ocorre nas regiões menos desenvolvidas, sendo responsável por quase 12% de todos os cânceres femininos. É o responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano, sendo que 9 em cada 10 mortes ocorrem nas regiões menos desenvolvidas (Figura 2) (FERLAY et al, 2013). Com exceção do câncer de pele não melanoma, é o tipo de tumor com maior potencial de prevenção e cura, quando é diagnosticado de maneira precoce (INCA, 2014).

Seguindo a tendência mundial, os cânceres de mama e de colo do útero são os tipos mais recorrentes entre as mulheres brasileiras (BRITO-SILVA et al, 2014). Quando comparadas aos países em desenvolvimento, as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil exibem valores intermediários, entretanto são elevadas em relação às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem

estruturados. Quando estas taxas se referem ao câncer de mama, no Brasil também são registrados valores intermediários, porém o intervalo entre as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama nos países desenvolvidos são maiores, indicando maior alcance das ações de diagnóstico precoce e rastreamento, além de maior acesso a diagnóstico e tratamento oportunos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os principais fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama estão relacionados a idade, fatores endócrinos e genéticos. Possuem maior risco as mulheres com história de menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se for prolongada por mais de cinco anos (INCA, 2011a; THULER, 2003). A idade é o principal fator de risco, com aumento significativo das taxas de incidência até os 50 anos (INCA, 2014). Logo, a estratégia mais recomendada para a detecção precoce deste câncer é o rastreamento por mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos (INCA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero a persistência da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Porém, apesar da infecção pelo HPV ser necessária, não é suficiente para a evolução da doença. Logo, são também apresentados como fatores de risco para essa doença o início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, imunossupressão e uso prolongado de contraceptivos orais (INCA, 2008). A maneira mais efetiva ao controle dessa neoplasia continua sendo o rastreamento pelo exame citopatológico de colo uterino.

Diante dos dados apresentados, políticas públicas têm sido implementadas com vistas à redução da morbimortalidade por essas neoplasias, com políticas assistenciais na área de saúde da mulher. Dessa forma, podemos citar o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) que foi implantado e implementado no Brasil na década de 90 (BRITO; NERY; TORRES, 2007).

Com a implantação do PAISM, as ações para a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama se inserem nas políticas públicas, abordando um cuidado com as mulheres além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal (INCA, 2011b). Fruto da luta feminista, o

PAISM construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura na perspectiva materno-infantil. O Programa propôs-se a atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural conforme as necessidades dessa população (COELHO et al, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) atualizando e adequando as necessidades presentes no decorrer de 20 anos às proposições do PAISM (COSTA, 2009). A nova política mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, desde a atenção ao pré-natal, parto e puerpério até o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, e abrange demandas de saúde da mulher de acordo com necessidades identificadas anteriormente.

Prioridade nas políticas públicas de saúde, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama torna-se um desafio para o alcance da integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica (AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). As estratégias efetivas de controle dessas doenças incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos e devem ser ofertados em uma rede de serviços em tempo oportuno e com qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os desafios enfrentados para a consolidação da Atenção Básica vão além do controle dos cânceres do colo do útero e da mama. É necessário melhorar os processos assistenciais nesse nível de atenção e consolidar a integração da Atenção Primária à Saúde à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis (FAUSTO et al, 2014).

Uma política de saúde integral, voltada para grupos específicos, precisa considerar a totalidade do ser humano como objeto do cuidado em saúde e a existência de saberes e práticas de saúde acumulados e organizados em redes de serviços que produzem ações de saúde tendo em vista esse cuidado (SOUTO, 2008).

Assim, há evidências mundiais e brasileiras de que a melhor forma de conquistar a integralidade é através das Redes de Atenção a Saúde (RAS) em diversos territórios e construídas por regiões de saúde articuladas. Assim, o MS reuniu esforços na implantação de RAS e no fortalecimento da AB, pois compreende que esse processo representará um

avanço na organização do SUS, nos seus resultados e na sua avaliação pela população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As linhas de Cuidado dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama englobam um conjunto de ações e serviços de saúde, determinados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização capazes de atuar onde esses cânceres são de alta relevância epidemiológica e social. Envolvem intervenções na promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abordando diferentes pontos de atenção à saúde que consigam bons resultados clínicos, a custos adequados e embasado em literatura científica disponível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além de ter como atributos o primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, cabe a Atenção Básica coordenar e organizar o cuidado nas RAS, acompanhando os usuários longitudinalmente, mesmo quando estes necessitam de cuidados especializados ou de internação (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica como nível primário do sistema de atenção à saúde se organiza como porta de entrada do sistema e prioriza a função resolutiva dos problemas de saúde mais frequentes, para que assim os custos econômicos sejam reduzidos e as demandas da população sejam atendidas, restritas às ações de atenção de primeiro nível (CONASS, 2015).

Uma AB qualificada, organizada e integrada com os demais níveis de atenção garante um controle efetivo dos cânceres do colo do útero e da mama. Nesse contexto, o Ministério da Saúde reafirma como prioridade o controle dessas neoplasias lançando em 2011 o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, investindo na ampliação da linha de cuidado e articulando para o avanço do planejamento de ações de controle desses dois tipos de câncer, na busca de uma atenção integral à saúde da mulher no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Programas como o controle das neoplasias de colo uterino e da mama devem ter seu desempenho avaliado, e isso se faz por indicadores de qualidade (PINHO; JODAS; SCOCHI, 2012). Para isso, faz-se necessário a monitorização e avaliação dos sistemas de

saúde regionalizados, que possam fornecer dados para o planejamento em todos os níveis de gestão do SUS (DUARTE et al, 2015).

A avaliação deve abordar aspectos da estrutura, processo e resultado, que se interligam e permitem que cada um as use de acordo com as suas necessidades. A estrutura responde pelos recursos humanos, físicos e financeiros. O processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Os resultados são mudanças no estado de saúde do indivíduo, bem como as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos e a satisfação do usuário diante do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1997).

No SUS, a avaliação é um componente da gestão em saúde que adquire reconhecimento traduzido na existência de múltiplas iniciativas direcionadas para sua implementação. Tem como escopo fundamental garantir suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e reorientar ações e serviços desenvolvidos, julgar a implantação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e medir o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas acerca do estado de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Logo, a qualidade da atenção dos serviços de saúde tornou-se imprescindível tanto tecnicamente quanto socialmente. A população exige principalmente dos órgãos públicos, a qualidade dos serviços que a ela são prestados. Esta exigência resulta na criação de normas e estruturas de avaliação e controle da qualidade assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Assim, para consolidar o sistema de saúde com vistas à construção de redes assistenciais em atenção básica eficazes e resolutivas, coerentes com os níveis de atenção mais complexos, torna-se necessário o desenvolvimento de mecanismos que garantam a qualidade. Então, é de fundamental importância priorizar a qualificação das equipes técnicas em medidas de práticas e capacidades específicas, mas também para a aquisição de competências avaliativas (FELISBERTO, 2004).

Diante do exposto, este estudo pretende investigar como a Atenção Básica desempenha seu papel como coordenadora do cuidado no controle dos cânceres do colo do útero e de mama na formação da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no Estado de Goiás.

A Atenção Básica rege-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, é a principal forma de acesso dos usuários aos serviços de saúde prestados e coordena as RAS. Os cânceres do colo do útero e da mama são as principais neoplasias que atingem as mulheres no mundo, Brasil e Unidades da Federação como o Estado de Goiás e políticas públicas tem sido adotadas para o controle destes agravos como a criação da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama. Dessa forma, esta pesquisa propõe analisar como a Atenção Básica executa seu papel como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no Estado de Goiás considerando os dados do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo e Período de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, de corte transversal. As informações foram obtidas a partir do banco de dados de base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo. A coleta de dados da pesquisa nacional foi realizada em dezembro de 2013 a março de 2014 por meio de entrevista eletrônica.

O PMAQ-AB é um programa do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde voltado para a melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, definido pela portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Este programa está organizado em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento (Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio Institucional); Avaliação Externa; e Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

A etapa de avaliação externa consiste no levantamento de informações que contemplam a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e estudo de base populacional, sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em saúde. Paralelamente à avaliação externa do PMAQ-AB, realizou-se um censo para avaliar a estrutura de todas as UBS do território nacional. Esta avaliação foi realizada por pesquisadores de instituições de pesquisa e de ensino superior, conformando seis consórcios, numa parceria com o Ministério da Saúde. O estado de Goiás faz parte do consórcio composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal, cuja coordenação geral está localizada na Universidade Federal de Pelotas – RS e a coordenação local na Universidade Federal de Goiás (UFG).

2.2 Local de Estudo

O estudo utilizou a base de dados obtida na pesquisa vinculada ao PMAQ-AB, segundo ciclo, para o Estado de Goiás, abrangendo todos os municípios que aderiram ao programa. O Estado de Goiás está localizado na região Centro-Oeste do Brasil e ocupa uma área de 340.111,780 km². É o 7º Estado do País em extensão territorial. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso. Goiás possui 246 municípios e envolve quase todo o Distrito Federal (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2013). Segundo projeção intercensitária de 2012, o Estado de Goiás apresenta uma população de 6.154.996 habitantes.

2.3 Sujeitos da Pesquisa

Participaram do estudo 975 Unidades Básicas de Saúde dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam ao módulo I e 1179 profissionais que responderam as entrevistas do módulo II da terceira fase da pesquisa, que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ. A avaliação externa do PMAQ-AB somente foi efetuada nas UBS que a solicitaram, por meio da adesão voluntária ao Programa. Não foram incluídas as UBS localizadas em presídios, escolas, unidades móveis, nem as fluviais.

2.4 Variáveis do estudo

Para realizar a análise quanto aos serviços de atenção ao câncer do colo do útero e da mama oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde do estado de Goiás participantes do PMAQ-AB, foram utilizadas as variáveis descritas no Quadro 1 que estão subdivididas por bloco.

2.5 Análise de Dados

Para proceder a análise dos dados por meio do Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 19.0, estes foram transportados para uma planilha do Excel. A seguir, cada bloco de variáveis correspondente ao módulo I e II do instrumento de coleta de dados referente a atenção ao câncer do colo do útero e da mama (Quadro 1) foi checado para assegurar consistência das informações no banco de dados. Para o cálculo dessas variáveis foi utilizada a medida de frequência simples.

Quadro 1 - Variáveis de estudo divididas por módulos e blocos, segundo os módulos de avaliação externa do PMAQ-AB.

MÓDULO	BLOCOS	VARIÁVEIS
MÓDULO I	Equipamentos e materiais	Foco de luz para exame ginecológico; Mesa para exame ginecológico com perneira.
	Insumos para a atenção à saúde	Espéculo descartável; Escovinha endocervical; Espátula de Ayres; Fixador de lâmina; Lâmina de vidro com lado fosco; Porta lâmina.
MÓDULO II	Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde	Utilização de protocolos; Mamografia para mulheres de 50 a 69 anos.
	Ordenamento e Definição de Fluxos	Referências e fluxos definidos
	Tempo estimado de espera dos Usuários para Atendimento Especializado de Consultas e Exames	Mamografia
	Atenção ao Câncer do colo do útero e da mama	Coleta do exame citopatológico; Seguimento das mulheres depois do tratamento realizado; Estratégias de divulgação/sensibilização para a realização do exame citopatológico; Estratégias de divulgação/sensibilização para a realização do exame das mamas

	Promoção da Saúde	Oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas ao câncer do colo do útero e da mama
--	-------------------	---

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa permitiu a análise da estrutura e processo da Atenção Básica à Saúde na assistência aos cânceres do colo do útero e da mama no Estado de Goiás. Para melhor apresentação dos resultados, estes serão exibidos da seguinte maneira: Assistência ao câncer do colo do útero na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás; Assistência ao câncer de mama na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás; Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção aos cânceres do colo do útero e mama.

3.1 Assistência ao Câncer do Colo do Útero na Atenção Básica em Saúde no Estado de Goiás

Considerando os eixos listados por Donabedian na avaliação de serviços de saúde (1997) – estrutura, processo e resultado – foi investigado a disponibilidade dos equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização da coleta do exame colpocitológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Goiás. Em 96% das UBS haviam mesa para a realização do exame ginecológico, em 95,2% haviam foco de luz e 83,8% tinham disponíveis todos os insumos necessários para a realização do exame citopatológico do colo do útero como espécuro descartável, espátula de Ayres, escovinha endocervical, lâmina com lado fosco, porta-lâmina e fixador celular.

Na garantia de que a detecção precoce do câncer de colo uterino seja executada, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar abastecida de equipamentos, materiais e insumos, para que o fluxo de atendimento as usuárias não seja interrompido. Segundo recomendação do Ministério da Saúde (2002; 2006a; 2013), o material permanente a constar na unidade é maca ginecológica, foco, mocho e pinça de Cherron. Os insumos necessários para a coleta são: aventais, lençóis, luvas de vinil, ginecológica ou de látex, espéculos de tamanhos variados, pinças de Cherron, espátulas de Ayre, escovinhas endocervicais (do tipo Campos-da-Paz), lâminas de vidro com extremidade fosca, frasco porta-lâmina ou caixa para transporte de lâminas, solução fixadora (spray, gotas) ou álcool, formulários de

requisição do exame citopatológico (e histopatológico se a unidade realizar biópsias de colo do útero), fita adesiva e papel para a identificação dos frascos e lápis.

Percebe-se que não há uma totalidade na disponibilidade dos itens pesquisados nas UBS goianas. Estudos corroboram para essa realidade como os de Tomasi et al (2015) e Silva (2015), que também utilizaram os dados da pesquisa Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2012). Nestes foram analisados a disponibilidade de equipamentos, insumos e materiais necessários para a coleta do exame citopatológico do colo do útero em UBS do Brasil e de Goiás, respectivamente.

No estudo de Tomasi et al (2015) a disposição de todos os equipamentos, materiais e insumos utilizados na coleta do exame Papanicolaou estava presente em 49% das UBS pesquisadas, enquanto que 83,8% desses mesmos itens estavam dispostos nas UBS do estado de Goiás no segundo ciclo da pesquisa. Logo, apenas metade do serviço de Atenção Básica (AB) no Brasil apresentou estrutura adequada para a realização do exame de detecção precoce do câncer de colo do útero.

No estudo realizado em Goiás, 79,9% das UBS dispunham de mesa com perneira e 77,7% de foco de luz. Algumas UBS apresentaram de forma irregular insumos indispensáveis para a realização do exame citopatológico como mostra trabalho de SILVA (2015). Observa-se uma melhor adequação da estrutura nas UBS do Estado de Goiás quando comparadas as UBS brasileiras.

Apesar de não haver uma totalidade das UBS do Estado de Goiás equipadas de forma adequada, observa-se uma melhora na disponibilidade dos equipamentos, materiais e insumos entre o primeiro e segundo ciclos da pesquisa nacional, com aumento de 79,9% para 96% da disponibilidade mesa para exame ginecológico e de 77,7% para 95,2% para a disponibilidade de foco de luz. Essa realidade pode ser reflexo do esforço de gestores e equipes na aquisição dos itens necessários na detecção precoce do câncer do colo do útero.

Entretanto, somente unidades de saúde devidamente equipadas podem cumprir integralmente os procedimentos da ação estudada, já que a disponibilidade do conjunto dos itens listados caracteriza-se como situação ideal para a coleta do exame citológico na UBS (TOMASI et al, 2015). A descontinuidade na oferta de insumos e equipamentos resulta em irregularidade na oferta do serviço, dificulta o acesso das mulheres ao serviço e favorece a baixa cobertura do exame Papanicolaou (COELHO et al., 2012).

O estudo também permitiu análise do processo da atenção ao câncer do colo uterino na AB por meio da avaliação das ações das EAB como apresenta a Tabela 1, em que 92,5% das EAB afirmaram que realizam a coleta do exame colpocitológico, 80,3% mantinham o registro das mulheres que se enquadravam na realização do exame, mas apenas 49,9% mantinham o registro das mulheres com resultado de exame alterado e que haviam sido encaminhadas para outros níveis de atenção. Quanto à busca ativa das mulheres faltosas, 69,2% desenvolviam essa ação.

Tabela 1. Ações desenvolvidas pelas EAB relacionadas ao exame citopatológico do colo do útero no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB		Total	
	n	%	N	%
Possuem o registro das mulheres elegíveis para o exame	947	80,3	1179	100
Realizam a coleta do exame	1091	92,5	1179	100
Realizam busca ativa das mulheres com exame atrasado	816	69,2	1179	100
Possuem o registro das mulheres com exame alterado que foram encaminhadas para outros pontos de atenção	589	49,9	1179	100

Fonte: PMAQ-AB – Goiás, 2013-2014.

Sabe-se que a coleta do exame Papanicolaou é o principal método e o mais utilizado no rastreamento do câncer de colo do útero. Associado ao tratamento da lesão intra-epitelial é a medida mais efetiva na detecção precoce desse câncer, pois reduz em 90% a incidência do câncer invasor do colo do útero, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (MENDONÇA et al, 2008). Mas para o alcance dessa redução, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda cobertura de, no mínimo, 80% da população alvo (25 a 64 anos) e padrão de qualidade do exame, tornando-se os componentes mais importantes no âmbito da Atenção Básica para a redução da incidência e da mortalidade pelo câncer de colo do útero (WHO, 2014).

O câncer do colo do útero é uma condição clínica com grande potencial de prevenção e cura devido sua evolução lenta e com etapas bem definidas. Assim, permite detectar as

alterações ainda na fase inicial, facilitando o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz (SILVA, 2013).

No estado de Goiás esse ideal de cobertura caminha lentamente, a razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos está abaixo do indicado pelo Ministério da Saúde para se atingir 100% da população feminina rastreada em 3 anos. Os valores estão bem abaixo de 0,3 exames/mulher/ano. Cabe ressaltar que esse indicador apresenta algumas limitações, pois não indica se houve repetição do exame pela mesma mulher durante os 3 anos (INCA, 2014).

É na Atenção Básica que as ações preventivas de educação em saúde, detecção precoce e encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade devem ocorrer. Mesmo após a cura, o acompanhamento da usuária ainda permanece sob responsabilidade da AB para que assim se previna recidivas (BOTTARI, VASCONCELLOS, MENDONÇA, 2008).

Diante dessas informações, percebe-se que as ações desempenhadas pela AB no que tange medidas de rastreamento do câncer do colo uterino precisam ser ampliadas, principalmente nas ações de busca ativa das usuárias e no registro das que foram encaminhadas para outros pontos de atenção, para que assim se construa um rastreamento organizado.

Os fatos elencados só reforçam a realidade brasileira, em que o rastreamento do câncer do colo do útero é predominantemente oportunístico. Com isso as equipes de saúde acabam prestando assistência às mulheres que estão presentes nas unidades, não direcionando o atendimento para a população de maior risco. Estudo de Corrêa, Villela e Almeida (2012) corroboram para essa realidade. Pesquisa realizada em Manaus-AM mostrou que dos motivos apresentados pelas mulheres para realização do exame Papanicolaou 66,2% relataram a procura espontânea pelo exame, enquanto que o restante se dividiu entre recomendação médica e queixas ginecológicas. Assim, a população estudada estava inserida em atendimento oportunístico realizando o este exame não com o objetivo de auto-cuidado em relação ao câncer, mas sim em busca de tratamento de outras condições clínicas.

Outras ações de assistência ao câncer de colo uterino foram investigadas. Como apresenta a Tabela 2, 79,2% das EAB afirmaram que realizam atividades de educação em saúde e de promoção da saúde, 51,4% seguem protocolo de estratificação de risco e 78,7% realizam busca ativa das mulheres com câncer de colo do útero.

Tabela 2- Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao câncer de colo do útero no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB		Total	
	N	%	n	%
Desenvolvem ações educativas e de promoção da saúde para as mulheres	935	79,2	1179	100
Possuem protocolo de estratificação de risco para o câncer de colo do útero	606	51,4	1179	100
Realizam busca ativa de mulheres com câncer de colo do útero	929	78,7	1179	100

Fonte: PMAQ-AB - Goiás, 2013-2014.

O Programa de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama envolve todos os níveis de atenção na sua linha de cuidado, mas é importante destacar a relevância que as ações preventivas e de detecção precoce concentradas na Atenção Básica tem neste processo. A Atenção Primária à Saúde (APS) pode evitar o aparecimento da doença, através da intervenção em seus fatores de risco, estimulando o sexo seguro, alimentação saudável e diminuição da exposição ao tabaco (GUIMARÃES et al, 2012). Estima-se que hábitos saudáveis como alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequados, possa-se reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer no Brasil (INCA, 2009)

É importante o investimento na informação e sensibilização das mulheres na prevenção do câncer uterino e também conscientizar essa população sobre a importância da realização do exame colpocitológico para que se construa um programa de rastreamento e aumente o alcance das mulheres mais excluídas (CORRÊA;VILLELA;ALMEIDA, 2012). Faz-se necessário estimular a população feminina a motivar suas próprias metas de saúde e comportamentos, a aprender sobre saúde e doença, com estratégias de intervenção e de apoio, com aconselhamento e supervisão contínua (CASARIN; PICCOLI, 2011).

A falta de protocolos pode resultar em baixa resolutividade da AB gerando sobrecarga de pacientes na atenção secundária e terciária. Segundo Brito-Silva (2013), encaminhamentos inadequados geralmente ocorrem devido a insegurança dos profissionais na análise dos resultados de citologia, podendo estar associada a: falta de informação dos profissionais da AB diante do protocolo a ser seguido para cada diagnóstico; desconfiança do laboratório acerca dos resultados obtidos; além da falta de materiais e insumos para dar continuidade a alguns casos nas próprias UBS.

3.2 Assistência ao Câncer de Mama na Atenção Básica à Saúde no Estado de Goiás

Na assistência ao câncer de mama foi analisado o processo de trabalho das EAB. Como pode ser observado na Tabela 3, 84,8% solicitam o exame de mamografia, 39,6% possuem o registro das mulheres com indicação para a realização deste exame e 40,8% registram quais as mulheres com exame de mamografia alterado foram encaminhadas para outros de níveis de atenção.

Tabela 3. Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao exame de mamografia no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB		Total	
	n	%	n	%
Possuem o registro das mulheres elegíveis para o exame	467	39,6	1179	100
Solicitam o exame	1001	84,8	1179	100
Possuem o registro das mulheres com exame alterado que foram encaminhadas para outros pontos de atenção	481	40,8	1179	100

Fonte: PMAQ-AB - Goiás, 2013-2014.

De acordo com o que foi apresentado, o atendimento das necessidades das usuárias bem como a programação de ações em torno da realização do exame de mamografia na Atenção Básica do Estado de Goiás está aquém do que AB deveria oferecer a sua população, pois mais da metade das equipes pesquisadas não tem registrado a quantidade de usuárias que precisam da oferta desse exame e, conseqüentemente a detecção precoce do câncer de mama torna-se ineficiente.

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

Logo, a partir da adscrição uma determinada unidade de saúde pode prever a população que deverá cobrir e com indicadores de cobertura pode-se medir a capacidade e gerenciamento das unidades, abrangendo até o retorno de resultados de exames à usuária (BOTTARI, VASCONCELLOS, MENDONÇA, 2008). Cadastrar os usuários é a base para o estabelecimento de vínculo de responsabilidade por um grupo de pessoas, e é a maneira pela qual os profissionais de saúde podem acompanhar as necessidades de seus pacientes e o quanto elas são atendidas (Starfield, 2002).

A detecção precoce abrange duas estratégias, o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce é a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença e o rastreamento é a aplicação de teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer (INCA, 2014). No câncer de mama, o rastreamento organizado em mulheres entre 50 a 69 anos, com realização de mamografia a cada dois anos, pode reduzir em até 35% a mortalidade. Para esse feito é necessário uma cobertura populacional igual ou superior a 70% da população alvo (INCA, 2011).

A melhoria no rastreamento populacional acima dos 40 anos pode estar associada ao aumento das taxas de incidência do câncer de mama na cidade de Goiânia, no período de 1988 a 2003. Este estudo, realizado por Freitas-Junior et al (2008,) a partir de dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia, revelou um aumento significativo nas taxas de incidência bruta e padronizada do câncer de mama na maioria das faixas etárias pesquisadas, com destaque para a faixa etária de mulheres de 50 a 69 anos, que registrou um aumento de incidência de 277%. Outra hipótese apontada para esse aumento foi o uso de terapia hormonal para mulheres no climatério e após a menopausa.

A mamografia é um exame diagnóstico para o câncer de mama e deve ser solicitado pelo profissional de saúde da UBS, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres, como visita domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Porém, nem todas as equipes pesquisadas afirmaram que solicitam este exame para sua população.

Apesar de 84,8% das equipes solicitarem o exame de mamografia para as usuárias, uma parcela, mesmo que pequena, não é beneficiada por este serviço. Logo, não é assistida por medidas de detecção precoce ou recorrem ao sistema privado para o atendimento dessa necessidade em saúde.

Em artigo de revisão sobre as ações de rastreamento em países de recursos limitados e com entraves na gestão da atenção ao câncer de mama identifica obstáculos para o controle desta neoplasia, como falta de atenção em saúde e educação, ausência de políticas de governos efetivas, entraves sociais, desconhecimento da possibilidade de tratamento e falta de protocolos de acompanhamento (TFAYLI et al, 2010).

Em consonância a essa pesquisa, encontra-se os dados PMAQ-AB segundo ciclo, em que apenas 46,9% das EAB afirmaram possuir protocolo de estratificação de risco para o câncer de mama, 79,2% desenvolvem atividades educativas e de promoção da saúde e 64,2% fazem busca ativa de mulheres com câncer de mama (Tabela 4).

Tabela 4-Ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) relacionadas ao câncer de mama no Estado de Goiás, 2013-2014.

Ações	EAB		Total	
	n	%	n	%
Desenvolvem ações educativas e de promoção da saúde para as mulheres	935	79,2	1179	100
Possuem protocolo de estratificação de risco para o câncer de mama	553	46,9	1179	100
Realizam busca ativa de mulheres com câncer de mama	758	64,2	1179	100

Fonte: PMAQ-AB - Goiás, 2013-2014.

Apesar de existir estudos que preveem a possibilidade de melhores chances de cura da doença, para que tratamentos sejam eficientes, a maioria dos protocolos necessita que o diagnóstico do câncer de mama ocorra de maneira precoce (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Desenvolvendo a estratificação de risco da população adscrita pela Atenção Básica, podem ser construídos processos regulatórios que empoderem as EAB na coordenação do cuidado das usuárias com doenças crônicas. Isso pode ser otimizado através de protocolos e diretrizes clínicas, estruturas por meio da construção de uma linha de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

4-Conclusões

- Mais de 95% das UBS possuem equipamentos e materiais utilizados na coleta do exame colpocitológico. Quanto a disponibilidade de insumos utilizados nesse exame, 83,8% das UBS apresentam todos os itens pesquisados.

- As Equipes de Atenção Básica apresentam melhor desempenho na assistência ao câncer de colo do útero quando comparada ao câncer de mama. Na assistência ao câncer de colo do útero: 92,5% realizam a coleta do exame colpocitológico, 80,3% mantinham o registro das mulheres que se enquadravam na realização do exame, 49,9% mantinham o registro das mulheres com resultado de exame alterado e que haviam sido encaminhadas para outros níveis de atenção, 69,2% realizam busca ativa das mulheres faltosas ao exame, 79,2% das EAB afirmaram que realizam atividades de educação em saúde e de promoção da saúde, 51,4% seguem protocolo de estratificação de risco e 78,7% realizam busca ativa das mulheres com câncer de colo do útero.

- Na assistência ao câncer de mama: 84,8% solicitam o exame de mamografia, 39,6% possuem o registro das mulheres com indicação para a realização deste exame e 40,8% registram quais as mulheres com exame de mamografia alterado foram encaminhadas para outros de níveis de atenção, 46,9% das EAB afirmam possuir protocolo de estratificação de risco para o câncer de mama, 79, 2% desenvolvem atividades educativas e de promoção da saúde e 64,2% fazem busca ativa de mulheres com câncer de mama.

Concluindo, a Atenção Básica em Goiás se mostra frágil na coordenação do cuidado aos cânceres do colo do útero e da mama e, conseqüentemente, a ordenação da assistência nos outros pontos de atenção fica prejudicada. É necessário o investimento dos gestores na implantação e implementação de políticas de saúde mais efetivas que visem o fortalecimento da Atenção Básica e a mudança de comportamento das Equipes de Atenção Básica para melhor desempenho de sua assistência à saúde da mulher.

Referencias

BORGES CF; BAPTISTA TWF. **A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53,mar./jun.2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. xx p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRITO-SILVA, K. et al. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso.** Revista Saúde Pública 2014; 48(2): 240-248. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf> Acesso em: 20 out 2014

COELHO EAC. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1073-1083, 2009.

DONABEDIAN A. **The quality of care. How can it be assessed?** Arch Pathol Lab Med. 1997 Nov; 121(11): 1145-1150

DUARTE C. M. R. et al. Proposta de Tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(6):1163-1174, jun, 2015

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 5-8, out 2014

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004

FERLAY J, et al. **GLOBOCAN 2012** v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr> . Acesso: 15 de fevereiro de 2015.

FREITAS-JUNIOR, R. et al. Aumento de 277% na incidência de câncer de mama em mulheres entre 50 e 59 anos: por que essa explosão? **Prática Hospitalar**. Ano X, n. 52 59, p. 17-20, set-out. 2008. Disponível em: <<http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph59/pdf/03.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GIOVANELLA L, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. : il. col., mapas. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa24042014.pdf> Acesso: 07 de julho de 2014.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/> Acesso: 20 fev 2016

SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011.