Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÃO DO CUIDADO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTOS, SÃO PAULO

EARLY DIAGNOSIS OF BREAST CANCER: PERCEPTION OF THE CARE OF DOCTORS OF THE SANTOS FAMILY HEALTH STRATEGY, SÃO PAULO

Daniela dos Santos Lopes Homenko[1]
Cristina dos Santos Cardoso de Sá[2]
Maria Fernanda Petroli Frutuoso[3]

RESUMO - O estudo verificou a opinião sobre as práticas do cuidado da saúde da mulher, com ênfase no câncer de mama, de 17 médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) em unidades com mais de uma não de funcionamento na cidade de Santos, SP, por meio de pesquisa com abordagem qualitativa. Dentre os participantes, houve proporção semelhante entre homens e mulheres, com média de idade de 45,9 (14,13) anos, sendo a maioria de estrangeiros participantes do Programa Mais Médicos. A maior parte dos médicos refere como práticas relacionadas à saúde da mulher, atendimentos individuais e solicitação de exames preventivo, mamografia e ultrassom transvaginal. Em relação ao diagnóstico precoce, o serviço especializado de saúde da mulher recebe, mensalmente, uma listagem com as mamografias suspeitas e realiza busca ativa dessas mulheres, inicialmente pelo sistema de cadastro do município dos atendimentos/agendamentos em outros serviços e, posteriormente, por contato com as unidades básicas a fim de saber se essas pacientes já foram convocadas e encaminhadas para a referência ou se já se encontram em acompanhamento. Os casos confirmados

[1] Médica Ginecologista da Prefeitura Municipal de Santos, Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). danielaslopesgo@hotmail.com;
[2] Professora Doutora – Programa de pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista;
[3] Professora Doutora – Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP) – Campus Baixada Santista; Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

para câncer são encaminhados para acompanhamento multiprofissional em serviço especializado. As dificuldades apontadas pelos médicos quanto aos cuidados à saúde da mulher dizem respeito às dimensões relacionadas aos profissionais/rede de cuidado - insuficiência de ações de educação e a necessidade de especialista ginecologista na ESF - e às mulheres atendidas, ou seja, a responsabilização das usuárias pelo seu cuidado em saúde e a preferência pelo atendimento por médicas por vergonha.

Palavras-chave: Saúde da família; Saúde da mulher; Médicos generalistas; Câncer de mama; Detecção precoce de câncer.

ABSTRACT - This study verified the opinion about the practices of women's health care, with emphasis on breast cancer, of 17 Family Health Strategy's general practitioners of units with more than one year of operation in the city of Santos, SP, through a qualitative approach. Among the participants, there was a similar proportion between men and women, with a mean of age of 45.9 (14.13) years, with the majority of foreigners participating in the Mais Médicos Program. Most doctors refer to practices related to women's health, individual care and request for preventive exams, mammography, and transvaginal ultrasound. Regarding the early cancer diagnosis, the specialized women's health service receives a monthly list of suspected mammograms and performs an active search of these women, initially by the municipal registry system of the appointments in other services and, later, by contact with the primary health care units in order to know if these patients have already been called and referred for reference or if they are already under follow-up. The confirmed cases for cancer are referred for multiprofessional follow-up in specialized service. The difficulties pointed out by doctors regarding women's health care concern the dimensions related to the professionals/care network – insufficiency of group education actions and the need for a gynecologist specialist in the ESF – and related to the women – the responsibility of their own health care and the preference for women doctors for shame.

Keywords: Family health; Women's health; General Practitioners; Breast cancer; Early detection of cancer.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a sétima causa de morte em mulheres brasileiras e a primeira entre as neoplasias malignas, conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Sua incidência é mais que o dobro do que a segunda neoplasia mais frequente, a de colo de útero. O aumento da incidência do câncer de mama no Brasil pode estar associado ao crescimento e melhoria do diagnóstico e as altas taxas de mortalidade são atribuídas ao diagnóstico avançado da doença. O diagnóstico tardio (estadiamento III e IV) pode estar relacionado à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema público de absorver a demanda e à baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo em diferentes níveis de atenção, que permitam encaminhamento adequado dos casos suspeitos (MEISTER & MORGAN, 2000, ALVES et al., 2017, VASCONCELOS-SILVA et al., 2018).

A detecção precoce de uma doença é possível por meio de treinamento para o diagnóstico em pessoas sintomáticas ou do rastreamento (triagem) em populações assintomáticas. As diretrizes nacionais do INCA incluem, para detecção precoce, exame físico entre 40 e 50 anos e mamografia apenas quando o exame físico mostrar alterações. Dos 50 aos 69 anos a mamografia deve ser realizada a cada dois anos, ou segundo recomendação médica e acima de 69 anos não há recomendação (INCA, 2017).

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), junto a Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), acompanham a tendência internacional e defendem, em suas diretrizes, a triagem mamográfica bienal a partir dos 40 anos, anual entre os 50 aos 69 anos e, de acordo com as expectativas da vida da mulher, após os 70 anos de idade (JACOME, 2011).

O rastreamento mamográfico sempre suscitou controvérsias, especialmente quanto à idade de início. Recentemente, estudos como os da Colaboração Cochrane têm questionado a recomendação de rastreamento mamográfico em função do sobre diagnóstico, situação em que a pessoa é diagnosticada com uma condição que jamais lhe causaria sintomas ou morte (TESSER, 2016). Apesar da discussão a respeito da eficácia da mamografia nas últimas décadas, os programas que envolvem a prevenção e controle do câncer de mama devem estimular o início do rastreamento mamográfico em idade apropriada e promover medidas que estabeleçam taxas crescentes de adesão e repetição dos exames (MARCHI, 2010). Mesmo sendo considerado o método diagnóstico mais

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

adequado, a mamografia apresenta-se como exame radiológico de alto custo e não está acessível a toda a população, principalmente entre mulheres de menor nível socioeconômico (BATISTON, 2009).

Com o objetivo de identificar mulheres que se encontram em estágio precoce da doença, os programas de rastreamento para câncer de mama têm como ator importante os profissionais que atuam na atenção básica, que devem estar aptos a identificar alterações mamárias por meio do exame clínico das mamas (ECM), sendo este realizado não só como parte do exame ginecológico de todas as mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde, mas em qualquer outra oportunidade (BRASIL, 2004). Batiston (2009) em estudo realizado em unidades de Saúde da Família em Dourados, MS aponta que, no cenário atual, a maior parte dos profissionais da atenção básica à saúde não incorporou o ECM em suas práticas.

Considerando a elevada prevalência de câncer de mama em mulheres, a oportuna discussão sobre detecção precoce desta doença com vistas à garantia de maior sobrevida às pacientes e a atenção básica em saúde, como lócus importante para ações de saúde da mulher, este artigo objetivou estudar as práticas de saúde da mulher, com ênfase a detecção e cuidado do câncer de mama por médicos da atenção básica do município de Santos, SP.

MÉTODO

Foi realizado estudo com abordagem qualitativa, com médicos generalistas de Unidades da Saúde da Família (USF) do município de Santos, São Paulo com mais de um ano de funcionamento. A Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade teve início em 2002 e até dezembro de 2016 o município contava com 37 equipes de ESF com cobertura de 30,4% da população (BRASIL, 2017). Cabe ressaltar que, no momento do estudo, das 21 equipes em funcionamento há mais de um ano, 10 estavam localizadas nas regiões de maior vulnerabilidade social da cidade de Santos.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a fim de caracterizar o perfil dos profissionais, avaliar as práticas do cuidado da saúde da mulher, com ênfase no câncer de mama, incluindo as práticas para o diagnóstico precoce da doença, bem como as facilidades e dificuldades apontadas pelos médicos no que diz respeito tanto à saúde da mulher como no cuidado no câncer de mama.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

As entrevistas, gravadas e transcritas posteriormente, foram realizadas entre julho e agosto de 2016 no local de trabalho dos médicos, em horário previamente acertado com o médico e/ou chefia, mantendo a privacidade. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Foram apresentadas as ideias centrais e os trechos das entrevistas para as seguintes categorias que emergiram da análise dos dados: (1) saúde da mulher: práticas, dificuldades e facilidades; (2) há diagnóstico precoce de câncer de mama?: dificuldades, facilidades e sugestões dos médicos da atenção básica.

Para a categorização dos profissionais participantes foram apresentados dados demográficos de nacionalidade, sexo, idade, bem como o país de formação e a especialidade médica. As falas foram identificadas com a letra E (entrevista), seguida de número ordinal.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (parecer n° 1.575.589 de 05 de junho de 2016) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos médicos estudados

Dos 21 médicos convidados, três não aceitaram participar da pesquisa e um estava afastado por motivo de doença. Nota-se, entre os entrevistados, proporção semelhante entre homens e mulheres, com média de idade de 45,9 (14,13) anos.

Quanto à formação, a maioria (n=9) era estrangeira com formação médica fora do país, participantes do Programa Mais Médicos (PMM) e um dos médicos brasileiros teve formação fora do Brasil. Entre os médicos brasileiros (n=8), três possuem especialização em Saúde da Família. Entre todos os entrevistados um fez residência em ginecologia e obstetrícia e três em pediatria (Quadro 1).

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Quadro 1 - Perfil demográfico e de formação dos médicos entrevistados.

E	Nacionalidade	Sexo	Idade (anos)	País de formação	Especialidade
1	Brasileira, RS	Masculino	70	Brasil	Saúde Pública
2	Brasileira, SP	Feminino	36	Brasil	Saúde da Família
3	Cubana	Masculino	42	Cuba	Mais Médicos/ Saúde da Família
4	Boliviana	Feminino	43	Bolívia	Mais Médicos
5	Brasileira, PB	Feminino	66	Brasil	Anestesia
6	Brasileira, SP	Feminino	35	Brasil	Saúde da Família
7	Nigeriana	Masculino	32	Rússia	Mais Médicos
8	Brasileira, SP	Feminino	45	Brasil	Ginecologia/Obstetrícia
9	Cubana	Feminino	48	Cuba	Mais Médicos
10	Boliviana	Masculino	72	Bolívia	Pediatra
11	Boliviana	Masculino	37	Bolívia	Mais Médicos
12	Brasileira, SP	Feminino	66	Brasil	Pediatria
13	Peruana	Masculino	42	Peru	Mais Médicos
14	Venezuelana	Masculino	29	Venezuela	Mais Médicos
15	Brasileira, SP	Feminino	49	Brasil	Pediatria
16	Dominicana	Feminino	35	República Dominicana	Mais Médicos
17	Brasileira, SP	Masculino	30	Cuba	Mais Médicos/ Saúde da Família

Saúde da mulher: práticas, dificuldades e facilidades

A maior parte dos médicos refere, como práticas relacionadas à saúde da mulher, atendimentos individuais e solicitação de exames, considerados básicos por um dos médicos *"preventivo, mamografia, ultrassom transvaginal, que é o básico que a gente pede"* (E15). Aparecem, ainda, referências a realização de pré-natal, planejamento familiar, atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças em grupo, como parte das ações da saúde da mulher (Quadro 2).

Em algumas unidades é a enfermeira quem realiza a coleta dos citopatológicos e alguns profissionais referem examinar a mama. Para um deles, ensinar o autoexame das mamas é parte sempre presente no cuidado à mulher *"ensino as pacientes a se cuidarem, ensino o autoexame para cada uma"* (E12). Já para outro profissional (E13), o que norteia o exame das mamas é o protocolo bienal e a realização do exame anualmente depende da presença de fatores de risco.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Somente um dos profissionais afirma não realizar o exame preventivo, justificado pela grande quantidade de pessoas acompanhadas, mas solicita a realização de mamografia e ultrassom e refere examinar a mama em caso de sintomas e se der tempo *"se vem pela mama, porque se dá tempo, eu examino, se tiver algum sintoma, eu examino"* (E16).

Cabe pontuar que a menção sobre o câncer de mama esteve presente nos relatos de todos os profissionais entrevistados quando questionados sobre as práticas relacionadas à saúde da mulher, fato que pode ter tido a interferência da assinatura do TCLE, quando os médicos tomaram conhecimento de que se tratava de uma investigação sobre o tema.

Nota-se que na maioria das unidades existe um dia específico para o atendimento à saúde da mulher. Para um dos profissionais a presença de ginecologistas ajudaria especificamente nas dúvidas quanto à reposição hormonal, "*eu gostaria, é lógico, que tivesse uma ginecologista que me ajudasse mais, porque eu só fico meio perdida na reposição hormonal"* (E2), enquanto para outro atender só ginecologia em um dia específico é estímulo e aprendizado, dado que não é *"especialista na área"* (E5).

Verificou-se, nas ESF, atendimento considerado fragmentado voltado à saúde da mulher, com consulta específica e agendada para atendimento ginecológico, coleta de preventivo e solicitação de exames como a mamografia como o processo de trabalho nos moldes da atenção básica organizada de modo tradicional (unidades básicas de saúde com especialidades médicas – ginecologia, pediatria e clínico geral). Em algumas USF fica sobre a responsabilidade da enfermagem a coleta de citopatológico e um profissional afirmou não realizar a coleta pela alta demanda de pacientes. Não foram relatadas estratégias de vigilância da população alvo para a realização de exames da saúde da mulher nas USF.

Esses achados corroboram com estudo realizado em município goiano que indica que a ESF não funciona como deveria. A integralidade de assistência fica prejudicada pela lógica que direciona as ações desenvolvidas, ainda majoritariamente constituídas de ações programáticas. Assim, as instâncias estaduais, federais e municipais, estabelecem ações de saúde destinadas a grupos específicos, guiadas por agravos, faixa etária ou gênero. Essa lógica, pouco colabora para o reconhecimento de necessidades singulares e práticas mais integrais, uma vez que uma pessoa pode ser mulher, tabagista, estar grávida, ser hipertensa, e para cada um dos problemas são

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

propostas determinadas ações, nem sempre articuladas e coordenadas pelas equipes ou por um trabalhador de referência (SANTANA, 2013)

De acordo com Franco (2003), para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar. A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde. A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, na qual a assistência deve ser multiprofissional, operando por meio de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, em que a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado.

Segundo Limongi (2008), a ESF, baseando-se em seus princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, além de estar em íntimo contato com a comunidade, constitui o "lugar natural" para o desenvolvimento da vigilância em saúde. O planejamento e a programação das ações de vigilância em saúde na atenção primária são pontos fundamentais para que se construa uma rede de saúde articulada, hierarquizada e regionalizada. A vigilância em saúde, que tem como um dos seus objetivos a análise da situação de saúde, é imprescindível na ESF, com intuito de analisar, planejar e executar as práticas de cuidado em um território/população a partir dos problemas encontrados.

Cabe pontuar que a Prefeitura Municipal de Santos há três anos implantou o PDR (Participação direta dos resultados) como sistema de indicadores de desempenho para suporte aos contratos de gestão de metas e resultados, que inclui a realização de exames de mamografia e citopatológicos de colo de útero, sendo que, em 2016, as metas foram alcançadas parcialmente gerando a necessidade de se pensar estratégias para que os profissionais alcancem as metas na totalidade. Esta perspectiva contribui, intencionalmente, para o direcionamento de práticas profissionais que incorporam o pedido de exames, como a mamografia, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

Outra questão a ser pontuada é o manejo hormonal, citado como tema a ser abordado pelo ginecologista, pois pacientes com sintomas climatéricos, patologias como o sangramento uterino disfuncional e miomatose uterina, por exemplo, muitas vezes necessitam da prescrição da medicação hormonal e avaliação custo-benefício desse tipo de tratamento em relação ao câncer de mama levando em consideração fatores de risco como a história familiar.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

As dificuldades apontadas pelos médicos quanto aos cuidados à saúde da mulher dizem respeito a duas dimensões relacionadas aos profissionais/rede de cuidado e às próprias mulheres atendidas.

Na primeira dimensão apontam a falta do ginecologista de apoio para discussão e resolução de casos na própria unidade, o encaminhamento para especialidades entendido como 'apelo' quando o profissional da atenção básica não consegue dar resolução ao caso, *"a gente apela para as instituições de referência, Instituto da Mulher, Casa da Gestante, Hospital"* (E1).

O Instituto da Mulher e Gestantes (SEIMGE) é um ambulatório de especialidades de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria Municipal de Saúde. Um equipamento de atenção especializada à saúde da mulher em que, por meio de equipe multiprofissional é responsável pela realização de exames como colposcopia e ultrassonografia, apoio às mulheres com câncer ginecológico, ações de planejamento familiar e acompanhamento de mulheres que optam por métodos contraceptivos definitivos. No que se refere às gestantes, a unidade concentra o atendimento às pacientes de risco, incluindo adolescentes.

Outro centro de apoio as pacientes com câncer de mama é o Instituto NeoMama, entidade sem fins lucrativos criada com o objetivo de proporcionar maior estruturação para o enfrentamento da doença, assim como a reabilitação e readaptação total da mulher vitimada pelo câncer de mama. Esse Instituto e a Prefeitura de Santos são parceiros nas ações de prevenção do câncer de mama realizada durante o Outubro Rosa.

Diante desta organização da rede de atenção à saúde da mulher do município, os entrevistados apontam que o especialista (ginecologista) apoiador nas equipes de saúde da família para discussão de casos aumentaria a resolutividade da atenção básica e evitaria encaminhamentos desnecessários aos outros níveis de atenção à saúde, *"nem tudo precisa ser encaminhado para o Instituto da Mulher e muita coisa a gente acaba encaminhando, porque a gente não tem nenhuma referência na unidade para ginecologia"* (E8). Por outro lado, ainda que um dos profissionais aponte facilidade de acesso das mulheres aos equipamentos de atenção básica, parece haver demora para chegada ao nível secundário, responsável por ações *"mais profundas"* (E7).

Os médicos parecem conhecer a rede e optar por encaminhar a mulher ao especialista pela ausência de apoio na atenção básica. O número de equipes da ESF em Santos passou de 21 em 2015, para 37 em dezembro de 2016, com implantação de três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1, em 2015, com profissionais das áreas de Educação Física, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Não há médicos

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

especialistas nesses núcleos, ainda que seja possível incorporar o ginecologista, por exemplo, nas equipes de apoio.

As USF mais antigas da cidade ainda não dispunham de ginecologista apoiador e em algumas unidades, que fizeram a transição recente de UBS para USF, possuíam um ginecologista e pediatra como apoio no serviço, cuja função ainda não estava clara em decorrência dos processos de trabalho singulares de cada unidade. O ginecologista chamado apoiador, lotado na USF, tem agenda de atendimentos de gestantes em algumas unidades, enquanto em outra o pré-natal é de responsabilidade dos generalistas e os atendimentos ginecológicos ficam por conta do ginecologista.

Ainda na dimensão relacionada aos profissionais/rede de cuidado, os entrevistados apontam como dificuldades a falta de médicos que resulta na descontinuidade do cuidado (E11) e a impossibilidade de realizar o *"exame ginecológico completo de cabo a rabo"* porque nas unidades *"tudo muito corrido"* (E15).

A maioria dos médicos do estudo são estrangeiros oriundos do PMM, alguns com pouco tempo de formação e experiência na saúde pública. A necessidade de médicos para a ESF sempre foi uma questão importante e a criação do Programa, em 2013, contribuiu para a expansão e o desenvolvimento da Atenção Básica, incluindo a mais adequada formação profissional, de acordo com as demandas da população e a melhor distribuição dos médicos no território nacional. Destaca-se que o PMM está organizado em três eixos: provimento emergencial, qualificação da infraestrutura e mudança da formação e que a implantação recente do Programa ainda tem importantes desafios na infraestrutura da atenção básica e na formação destes profissionais, assim como os efetivos impactos poderão ser melhor avaliados em médio e longo prazo (GIRARDI et al., 2016; PINTO et al., 2017).

Não obstante, pesquisas constatam: redução importante do número de municípios com escassez de médicos; implantação predominante naqueles com maior vulnerabilidade social; aumento do acesso aos serviços de atenção básica à saúde, tanto entre os municípios que historicamente tinham dificuldade de provimento de médicos nas suas equipes da ESF, como naqueles em que a fixação desses profissionais era empecilho ao bom desempenho, pois sua presença era intermitente; impacto positivo em indicadores de produção; convergência com outros programas de melhoria da qualidade da atenção básica; satisfação dos usuários; escopo de prática dos participantes evidenciando necessidade de mudanças estruturais nas UBS para que a polivalência da atenção básica atinja graus mais avançados; e reflexões sobre os processos de

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

aprendizagem e tutoria e a forma como impactam positivamente no cotidiano das equipes. Desafios permanecem e são destacados, como a substituição parcial de médicos de equipes preexistentes, desigualdades regionais na distribuição, incipiência de vínculos estáveis para a fixação de profissionais em áreas remotas e desfavorecidas e ausência de definição de carreira de médicos de atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (FACCHINI, 2016).

Em Santos ainda não havia avaliação sobre o PMM realizada pela gestão municipal sobre produção, práticas e satisfação dos usuários. Ressalta-se que, no presente artigo, não foram observadas diferenças entre os discursos dos médicos participantes e não participantes do PMM.

A dimensão relacionada às mulheres aponta para a responsabilização das usuárias para o cuidado em saúde, a preferência pelo atendimento por médicas por vergonha. Há menção à sobre a falta de comprometimento das mulheres com sua saúde, especialmente no acompanhamento, na medida em que os profissionais entendem que a atenção básica oferta, ao menos, ações de prevenção, *"pelo menos a prevenção, elas têm aqui, bem pertinho da sua casa"*(E3).

As dificuldades apontadas pelos médicos, como por exemplo, a resistência à consulta com médico do sexo masculino, podem culpabilizar as mulheres pela falta de cuidado, incluindo a não realização de exames e do acompanhamento do tratamento proposto, ainda que nas unidades haja busca ativa dos casos alterados pelas equipes de saúde.

Segundo Camargo-Borges (2008), com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos trabalhadores de saúde, a culpabilização pelos fracassos nos cuidados em saúde pode mudar de lado. O que antes era culpa do sistema, pela falta de profissionais e de serviços disponíveis, passa a ser culpa do usuário que, ao ter acesso aos serviços e ações ofertadas, não assume o autocuidado seguindo o tratamento indicado. Ainda segundo o autor, há que se levar em conta a complexidade da realidade local e do cotidiano popular que faz das práticas de autocuidado algo mais complexo do que a simples adesão a determinado tratamento prescrito.

Pensar a não adesão como forma de autocuidado, e não como falta de compromisso com a saúde, possibilita reconhecer o usuário como aliado na luta pela promoção da saúde nas comunidades. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento à

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

saúde, para que possa haver a possibilidade de co-responsabilização pelos cuidados (CAMARGO-BORGES, 2008; OHL et al., 2016, RODRIGUES et al., 2018).

É importante considerar que na perspectiva da saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes em dada realidade constituem iniquidades a serem enfrentadas visando diminuir a vulnerabilidade de certos grupos populacionais, ilustradas pelos determinantes sociais da saúde. O empoderamento aparece como peça-chave na promoção da saúde desde a Carta de Ottawa, em 1986, e é entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde. Está relacionado também com a equidade, condições reais que as pessoas têm a seu favor para obter condições de vida adequadas. O empoderamento requer o diálogo entre o profissional da saúde e a comunidade, de modo a identificar necessidades que levem a uma intervenção em virtude do que a comunidade precisa, contando com seu protagonismo na fixação da agenda da promoção da saúde. Nesse sentido, ações intersetoriais, envolvimento do controle social e escuta as necessidades dos usuários podem ser articuladas nos contextos singulares, visando estabelecer compromissos e projetos para a melhoria das condições do acesso da população aos serviços locais de saúde, incluindo as mulheres (TADDEO, 2012).

Taddeo (2012) refere que a educação requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, já que o objetivo não é apenas compreensão da informação, mas o incentivo as pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar as soluções para si e lidar com eles de forma eficaz. No cotidiano das unidades pode não haver espaço para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, na medida em que são priorizadas medidas clínicas assistenciais.

Neste estudo, esta questão pode ser ilustrada pelo profissional que atribui a ausência de dificuldades nos cuidados relacionados à saúde da mulher ao uso de protocolos, *"e qualquer coisa a gente vai direto no protocolo, porque ele está ali, tudo está escrito"* (E14), o que pode, por exemplo, priorizar consultas individuais, realização de exames e prescrição medicamentosa, distanciando-se da complexidade de cuidar da saúde de mulheres em territórios de elevada vulnerabilidade.

Foram poucas as facilidades apontadas pelos profissionais, como o vínculo com a equipe e as atividades de promoção de saúde que se retroalimentam e *"quebram tabus"* (E17).

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Quadro 2–Práticas da saúde da mulher na ESF, dificuldades e facilidades enfrentadas pelos médicos entrevistados.

Ideia central	Trecho da entrevista
Práticas de saúde da mulher	"Tem um dia mais voltado para atender mulher que eu priorizo, obviamente, os exames de mamografia, ultrassom transvaginal e preventivo. A gente colhe, as enfermeiras também, mas se precisar, a gente colhe. Eu gostaria, é lógico, que tivesse uma ginecologista que me ajudasse mais, porque eu só fico meio perdida na reposição hormonal." (E2) "Colho preventivo, examino mama. A gente tem um dia que atende só ginecologia, até para estimular, até para aprender também. Porque eu aprendo também, mas não sou especialista na área." (E5) "A gente realiza as consultas de ginecologia e prevenção, promoção da saúde e faz o pré-natal de baixo risco. Eu sempre colhi preventivo; mama continuo examinando sempre. Ensino as pacientes a se cuidarem, ensino o auto-exame para cada uma." (E12) "A função que temos aqui é ver o planejamento familiar, prevenção de câncer uterino, câncer de colo, câncer de mama. As mamas examino dependendo dos fatores de risco, porque depende daquilo que ela tiver, a cada ano, mas você vai ter a cada dois anos, segundo o protocolo. E se encontramos alguma alteração, dependendo da idade, pedimos ultrassom e mamografia." (E13) "Com esse negócio da saúde da família, quando a mulher vem, eu acabo perguntando de tudo. Como tem o prontuário e eu gosto de deixar tudo anotado, então, eu posso voltar e ver, por exemplo, quando foi a última vez que fez os exames relativos à saúde da mulher: preventivo, mamografia, ultrassom transvaginal, que é o básico que a gente pede." (E15) "Eu aqui não faço preventivo, porque não dá, aqui a população é sobre aumentada; na consulta do preventivo é pedida a mamografia e o ultrassom. Como a enfermeira não pode pedir, senão em campanha, para fazer mamografia, eu tenho que assinar. Se vem pela mama, porque se dá tempo, eu examino, se tiver algum sintoma, eu examino." (E16)
Dificuldades e facilidades dos profissionais quanto à saúde da mulher	"Eu não tenho uma melhor formação na parte de ginecologia, mas a gente procura dar uma resolução possível aqui mesmo, quando a gente não consegue dar resolução, a gente apela pras instituições de referência, Instituto da Mulher, Casa da Gestante, Hospital." (E1)

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

	"A dificuldade maior para prevenção está na pessoa. Às vezes não está na estrutura da unidade [...] As dificuldades estão nas atitudes das mulheres, porque pelo menos a prevenção, elas têm aqui, bem pertinho da sua casa." (E3) "Eu acho que as mulheres têm o acesso fácil. As dificuldades que eu acho que eu tenho que às vezes é processo que demora para chegar no nível secundário, se precisar de algumas coisas mais profundas." (E7) "A dificuldade que eu vejo é justamente na parte ginecológica, porque eu vejo que é assim, nem tudo precisa ser encaminhado para o Instituto da Mulher e muita coisa a gente acaba encaminhando, porque a gente não tem nenhuma referência na unidade para ginecologia." (E8) "A falta de médico. Porque, pelo que eu soube, quando eu cheguei aqui acho que estava há seis meses sem médico e pelo mesmo período não tiveram uma continuidade." (E11) "Dificuldades é que em muitos casos algumas mulheres se intimidam quando são examinadas, preferem que sejam examinadas por uma mulher." (E13) "Eu acredito que não tem uma grande dificuldade, porque é assim, têm os protocolos, e qualquer coisa a gente vai direto no protocolo, porque ele está ali, tudo está escrito." (E14) "Estavam habituadas com o ginecologista, já há muitos anos, então, você acaba se habituando. Aí, quando mudou, de ter que fazer com os outros médicos, aí vem a questão da vergonha. Aqui é tudo muito corrido, então, às vezes estão muito atropelados os horários, a gente acaba não fazendo aquele exame ginecológico completo de cabo a rabo. Mas, quando há possibilidade, sim, não é que nunca examina." (E15) "As facilidades, hoje, eu acho que o vínculo com a equipe, que tem bastante, acho que as atividades em promoção também ajudam a fazer um vínculo entre elas também e quebrar muito tabu. E o acesso também." (E17)

Há diagnóstico precoce de câncer de mama?: dificuldades, facilidades e sugestões dos médicos da atenção básica

A gestão de políticas e programas municipais envolvendo a Saúde da Mulher nos últimos anos é de responsabilidade do Grupo Técnico, composto por cinco

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

profissionais de diferentes departamentos envolvidos na vigilância e cuidado às mulheres, vinculado ao Departamento de Atenção Básica. O atendimento à mulher santista é realizado por ginecologistas nas UBS e por médicos da ESF e no nível secundário de atenção à saúde, o município conta com três mastologistas no SEIMGE para consultas especializadas e acompanhamento dos casos suspeitos. Há, ainda, hospitais de referência para cirurgias e tratamentos oncológicos como quimioterapia e radioterapia.

O protocolo de rastreamento de câncer de mama no município recomenda mamografia anual a partir dos 40 anos de idade para mulheres sem fatores de risco para a doença, rastreamento anual a partir dos 35 anos para aquelas com fatores de risco e realização de ultrassom de mamas como complementação diagnóstica da mamografia para melhor elucidação diagnóstica. O ambulatório de Mastologia da SEIMGE estabeleceu fluxo para encaminhamento dos pacientes das UBS que necessitam de avaliação: os resultados das mamografias chegam às unidades de atenção básica e, a partir do diagnóstico, mulheres com mamografias BI-RADS 4 e 5 consideradas suspeitas devem ser encaminhadas com urgência para o serviço de referência. As pacientes com mamografia BI-RADS 3 (achados provavelmente benignos), assim como nódulos palpáveis em mama e axila, descarga papilar espontânea, alterações da pele e mamilo devem ter consultas agendadas na rotina com o mastologista.

Mensalmente a SEIMGE recebe uma listagem com as mamografias suspeitas e realiza busca ativa dessas mulheres, inicialmente pelo sistema de cadastro do município, no qual constam os atendimentos e agendamentos em outros serviços e, posteriormente, por contato com as unidades básicas a fim de saber se essas pacientes já foram convocadas e encaminhadas para a referência ou se já se encontram em acompanhamento. Os casos confirmados para câncer são encaminhados para acompanhamento multiprofissional.

Dentre suas ações do município destacam-se a campanha “Outubro Rosa”, em parceria com o Instituto Neo Mama, que visa à detecção precoce do câncer de mama por meio de conscientização a respeito da doença com aumento da realização de mamografias no município. Nos últimos anos, durante o mês de outubro, foram solicitadas 2130 mamografias em 2013, 2791 em 2014, 3184 em 2015 e 2855 em 2016 (DOM Santos, 2016).

Neste contexto, os médicos apontam como dificuldades para o cuidado do câncer de mama relacionadas ao pudor ou falta de informação das mulheres que

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

impedem a realização de exames e acompanhamento, com impacto direto no diagnóstico precoce da doença (Quadro 3).

Um dos profissionais refere medo ao fazer o exame físico da mama, apontando que em outro país se sentia com respaldo jurídico para atuar *"na Argentina eu tinha seguro contra más práticas sempre"* (E4).

Para o diagnóstico precoce do câncer de mama, a disponibilidade de um "roteiro" (E8) indicando as mulheres que deveriam fazer mamografia e a organização de um sistema de vigilância, *"uma planilha de quem precisa fazer mamografia e dessas pacientes serem chamadas da mesma forma que se faz pro preventivo..."* (E8) foi apontado como sugestão de um dos médicos.

Aos moldes das ações de cuidado da saúde da mulher, os médicos apontam a falta de tempo para o ECM e reiteram a falta do ginecologista para discussões de caso, tanto para aspectos ginecológicos em geral, como para o câncer de mama, como dificuldades enfrentadas.

Entre as facilidades, os médicos reiteram a disponibilidade de realização de exames, *"liberados facilmente, dependendo do critério"* (E13).

A totalidade dos médicos reconhece a SEIMGE como referência da atenção secundária e a maioria relata como facilidade o encaminhamento das mulheres ao serviço de especialidade citado. De acordo com Erdmann (2013), o acesso aos serviços de atenção secundária tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o "gargalo" na efetivação da Rede de Atenção à Saúde e o aumento da resolubilidade na atenção primária depende do acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária.

Segundo Franco (2003), maior resolutividade da assistência prestada em nível das UBS poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente, os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na atenção básica.

Na prática, a atenção especializada na saúde da mulher (SEIMGE) não deveria ser referência para uma "segunda-opinião" do médico generalista como foi observado, em algumas falas, pois há sobrecarga de agenda que poderiam ter sido resolvidos na atenção básica, muitas vezes pela falta do especialista para discussão do caso ou não incorporação do especialista à equipe de saúde. O desnecessário encaminhamento para a

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

especialidade pode acarretar falta de vagas, agendamentos para médio prazo e deslocamentos desnecessários dos pacientes.

Diversos estudos discutem o papel ordenador do cuidado da atenção básica e, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou da ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a "contratransferência" para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO, 2003; SERRA e RODRIGUES, 2010;VIANA et al, 2018).

Nota-se que, nos depoimentos dos médicos, a unidade encaminha sem dificuldades a paciente para a atenção secundária, mas não há menção sobre a efetivação de mecanismos de contrarreferência, com impacto direto na manutenção/acompanhamento do cuidado no nível básico de atenção.

A dificuldade de médicos examinarem mulheres, apontada nas práticas de cuidado à saúde da mulher aparecem novamente, na perspectiva do câncer de mama e uma das médicas aponta como facilidade o fato de ser mulher (Quadro 3).

Outra facilidade é o contato direto, em caso de dúvidas, com o Instituto da Mulher o que reforça o aspecto do cuidado em rede. Ainda que haja facilidade para realização de exames, os médicos apontam que o retorno/acompanhamento, por parte das mulheres, podem ser dificultadores do cuidado.

Quando questionados sobre sugestões à gestão central de saúde do município sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama, os profissionais reiteram a necessidade de ginecologistas apoiadores/de referência nas unidades. Este profissional auxiliaria no cuidado de *"casos mais complicados, mais complexos..."* (E4) e com *"uma outra visão dos casos, talvez pudesse pedir alguns outros exames que a gente não pode pedir e teria um direcionamento melhor para os pacientes e não necessariamente encaminhar direto para o Instituto da Mulher"* (E8).

Nas falas dos entrevistados foi recorrente o desejo de ginecologistas apoiadores/de referência na atenção básica. A noção de apoio matricial em saúde, que no presente artigo se refere ao ginecologista, consiste em assegurar retaguarda especializada e suporte técnico e pedagógico às equipes da ESF para o atendimento de problemas de saúde, no caso câncer de mama. Este arranjo da organização do trabalho em saúde não prescinde de constante diálogo para estabelecimento de critérios para atuação do apoio e definição de responsabilidades para cada trabalhador, seja da atenção básica ou especializada e não deve ser estratégia de fomento da fragmentação do

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

cuidado. Cabe pontuar que a origem do termo apoio matricial se dá a partir da ideia de relações horizontais e dialógicas entre equipe de referência (no caso da ESF) e especialista (no caso ginecologista) (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CASTRO e CAMPOS, 2016).

Neste contexto, a ESF se torna uma prática ampla e complexa, necessitando de equipe com preparo técnico bastante diversificado. Em Santos, no início da implantação da ESF não existiam na rede médicos especialistas em medicina de família e comunidade, e foram convidados a trabalhar nas primeiras unidades os médicos da rede que tinham afinidade com o serviço ou já tinham trabalhado com saúde pública. À medida que o tempo foi passando foram abertos concursos para médicos generalistas, pois a quantidade de médicos especialistas ainda é muito pequena, o que ainda faz prevalecer o modelo hegemônico e médico centrado, pois a maioria dos profissionais que atuam na ESF não teve formação para promoção de saúde e trabalho em equipe. Com a chegada dos médicos estrangeiros do PMM, nota-se atuação diferenciada desses profissionais pela formação mais generalista.

Dados recentes apontam para a progressiva institucionalização e expansão da medicina de família e comunidade enquanto especialidade médica, incluindo o aumento significativo nos números de programas de residência pelo Brasil. Cabe, contudo, ressaltar que a taxa de ocupação das vagas dos programas dessa residência no Brasil, em 2015, foi de 26,3%. Na discussão da formação nesta especialidade, estratégica para a consolidação da ESF, aspectos relativos aos vínculos trabalhistas e à carreira destes médicos parecem relevantes (DA SILVA JUNIOR, 2016).

Estratégias de educação permanente em saúde (EPS) são outras sugestões referidas pelos profissionais por meio das ideias de *"capacitação"* (E1), *"duas atividades por ano para nos atualizarmos"* (E4) e *"palestras"* (E13).

Problematiza-se aqui, que a EPS pode se configurar para além do desenvolvimento de habilidades e incorporação de novos procedimentos e conhecimentos no cotidiano do trabalho. Pode configurar-se a partir das relações orgânicas entre ensino e trabalho em saúde, qualificando as práticas a partir de problemas concretos da rotina profissional resultando em trabalhadores aptos para a resolução dos problemas, em uma aposta de aprendizagem no e pelo trabalho (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Ações relacionadas ao cuidado em grupos, dificultadas pelo insuficiente espaço físico da unidade, bem como ações no território, *"trabalho mais de rua"* (E6), ilustram

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

sugestões relacionadas à promoção e vigilância em saúde, que podem compor com atendimentos individuais.

O Outubro Rosa foi mencionado como estratégia de conscientização da população sobre o câncer de mama. Ressalta-se que o movimento conhecido como Outubro Rosa nasceu nos Estados Unidos, na década de 1990, para estimular a participação da população no controle do câncer de mama. A data é celebrada anualmente com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer de mama e promover a conscientização sobre a importância da detecção precoce da doença (INCA, 2016).

Durante o mês de outubro, a SMS organiza diversas atividades de promoção de saúde nas unidades de saúde, além de autorizar a solicitação da mamografia pelos enfermeiros e de proporcionar maior número de vagas para a realização dos exames mamográficos. Os médicos entrevistados reconhecem a campanha como estratégia de promoção de saúde e educação permanente, além dos grupos e de capacitações sobre câncer de mama. Outra possibilidade seria a discussão do tema com os tutores do PMM para que o assunto fosse tópico abordado nas reuniões ou em plataforma de educação à distância.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Quadro 3 – Dificuldades, facilidades e sugestões dos médicos da ESF quanto às práticas relacionadas ao câncer de mama.

Ideia central	Trecho da entrevista
Dificuldades e facilidades em relação ao câncer de mama	"Às vezes, por uma questão de pudor, de pudor de pessoal, as mulheres não querem passar com um médico." (E1) "Talvez pela correria ou pela dinâmica do dia, a gente esquece de oferecer para ela o exame físico da mama, que é tarefa da atenção básica. Sinto muita, muita falta de um ginecologista não só para discutir o caso de câncer de mama, mas para a ginecologia em geral." (E3) "Dificuldade em relação ao exame físico, porque, na verdade eu não quero fazer exame físico da mama porque eu tenho medo. Na Argentina eu tinha seguro contra más práticas sempre." (E4) "A gente tem muita disponibilidade para fazer os exames de rotina e para pedir os exames de imagem, mamografia e a ultrassom quando tem necessidade. A dificuldade que a gente tem aqui é do retorno, do acompanhamento, delas entenderem a importância de fazer esses exames periodicamente." (E6) "O que eu acho que devia ter era um roteiro certinho, uma planilha de quem precisa fazer mamografia e dessas pacientes serem chamadas da mesma forma que se faz pro preventivo, para você fazer uma melhor organização [do diagnóstico precoce do câncer de mama]." (E8) "Eu acho que a falta de informação é um pouco menor hoje, mas ainda existe, principalmente nas mulheres mais velhas, falta de informação para fazer o autoexame de mamas." (E17) "A facilidade é que eu sou médica mulher e às vezes, a mulher tem mais confiança com uma médica que com um médico; a população acima de 50 anos ou acima de 45 anos tem outra mentalidade e elas não gostam de mostrar suas partes íntimas, não gostam de mostrar seus seios e então, isto também é uma dificuldade." (E3) "Eu acho que não há dificuldades no caso de câncer de mama, porque quando eu tenho qualquer coisa, dúvida, eu ligo, peço pra enfermeira ligar pro Instituto." (E5) "Para o câncer de mama, as facilidades são os exames, que são liberados facilmente, dependendo do critério." (E13)

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Sugestões para educação permanente sobre diagnóstico de câncer de mama	"Eu acho que seria bom se tivesse capacitação. A presença de um ginecologista de referência. Isso a gente sente bastante falta." (E1) "Um ginecologista de apoio, pelo menos, que um dia na semana para que ele possa ver, digamos, os casos mais complicados, mais complexos. Seria bom, pelo menos, duas atividades por ano para nos atualizarmos." (E4) "Eu acho que precisa para parte médica e para população. Nesse território, especificamente, acho que precisava de um trabalho mais de rua mesmo. Um ginecologista de referência que viesse na unidade um período por semana." (E6) "Se você investir na formação dos grupos eu acho que é importante, mas para isso a gente precisa de espaço físico, que aqui a gente não tem. Eu acho que se tivesse um ginecologista de referência funcionaria bem, seria uma outra visão dos casos, talvez pudesse pedir alguns outros exames que a gente não pode pedir e teria um direcionamento melhor para os pacientes e não necessariamente encaminhar direto para o Instituto da Mulher." (E8) "A nossa plataforma de educação à distância, até agora, até momento, não tivemos algumas palestras sobre o câncer de mama." (E13) "Vocês têm aqui muitas estratégias, aquela do "Outubro Rosa", todo mundo participa. A população sabe dos riscos, todo mundo sabe do câncer de mama, todo mundo sabe fazer o auto toque." (E14) "Aqui, na nossa unidade, falta fazer mais atividade em promoção de saúde, fazer uma mesa ampla de debate aqui mesmo na unidade, para ensinar a fazer um autoexame de mamas de forma ampla e capacitar as pessoas. É tão simples aprender e transferir para outras mulheres, que tenham esse multiplicador." (E17)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos da ESF da cidade de Santos (SP) conhecem as práticas preconizadas na saúde da mulher, especialmente no que diz respeito à consulta individual e realização de exames, presentes no cotidiano de trabalho destes profissionais. Há, conforme mencionado pelos médicos, maior fragilidade nas ações de promoção e vigilância em saúde. Os médicos apontaram como dificuldades para o cuidado das mulheres, predominantemente, a ausência de ginecologista apoiador na atenção básica que evitaria o encaminhamento de casos para os serviços de atenção especializada.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

A rede de cuidado à saúde da mulher é conhecida por todos e a campanha do Outubro Rosa é destacada como estratégia importante de educação permanente. Notou-se que o Programa Mais Médicos proporcionou a contratação de médicos para áreas de maior vulnerabilidade do município que requer a constante reorganização e discussão dos processos de trabalho, incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e os demais equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde da mulher, especialmente no contexto santista, de organização recente da atenção aos moldes da ESF.

As dificuldades apontadas pelos médicos quanto aos cuidados à saúde da mulher dizem respeito às dimensões relacionadas aos profissionais/rede de cuidado - insuficiência de ações de educação e a necessidade de especialista ginecologista na ESF - e às mulheres atendidas, ou seja, a responsabilização das usuárias pelo seu cuidado em saúde e a preferência pelo atendimento por médicas por vergonha.

Especificamente em relação ao câncer de mama, o serviço especializado de saúde da mulher recebe, mensalmente, uma listagem com as mamografias suspeitas e realiza busca ativa dessas mulheres, inicialmente pelo sistema de cadastro do município dos atendimentos/agendamentos em outros serviços e, posteriormente, por contato com as unidades básicas a fim de saber se essas pacientes já foram convocadas e encaminhadas para a referência ou se já se encontram em acompanhamento. Os casos confirmados para câncer são encaminhados para acompanhamento multiprofissional em serviço especializado que podem indicar possibilidades para o diagnóstico precoce, junto a coleta de exame preventivo como prática cotidiana da atenção básica santista.

REFERÊNCIAS

ALVES, Mônica Oliveira; MAGALHAES, Sandra Célia Muniz; COELHO, Bertha Andrade. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. Saúde eSociedade, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 141-154, mar., 2017.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 225 p.

BRASIL. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília, DF,2009.

BRASIL. Histórico de cobertura da Saúde da Família. In: Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 18/06/2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun, 2016.

DA SILVA, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-84, set 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2652, out, 2016.

FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. O trabalho em saúde**:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-34.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerk de Azevedo. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 319-23, jun, 2006.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set, 2016.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 91-9, abr, 2004.

LIMA, Vânia Mara Alves de. Estudos para implantação de ferramenta de apoio à gestão de linguagens Documentárias: vocabulário controlado da USP. Revista Transinformação**,** Campinas, v. 18, n. 1, jan./abr., 2006.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Outubro Rosa 2016. Disponível em: http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/outubro-rosa.asp. Acesso em: 21/08/2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2018. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp. Acesso em: 21/08/2018.

LOPES, Ilza Leite Uso das linguagens controlada e natural em bases de dados: revisão da literatura. Ciência da Informação, Brasília, v. 31, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2002.

MARCHI, Ailton Augustinho; GURGEL, Maria Salete Costa. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia,Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-7, abr, 2010.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Médico de Família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira**.** Revista Brasileira Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 475-82, set, 2009.

OHL, Isabella Cristina Barduchiet al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.69, n.4, p. 793-803, ago, 2016.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 5
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

PINTO, Hêider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface, Botucatu, v.21, Supl. 1, p. 1087-1101, ago, 2017.

RODRIGUES, Ana Renata da Silva et al. Câncer de mama: conhecimentos de usuárias do serviço público de saúde. Temas em Saúde, João Pessoa, v.18, n.2, p. 5-21, 2018.

SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 422-9, abr.-jun, 2013.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 3, p. 3579-3586, nov, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; D'ÁVILA, Thiago Luiz de Campos. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e00095914, mai., 2016.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; SORMUNEN, Tania; CRAFTMAN, Åsa Gransjön. Evolution of Accesses to information on breast cancer and screening on the Brazilian National Cancer Institute website: an exploratory study. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1303-1312, abr., 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1791-1798,jun, 2018.