



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA -
PPGSC



TACIANA LEÃO PONTES

**Avaliação da Rede de Atenção ao Câncer de Colo Uterino: um estudo na perspectiva da
integralidade**

RECIFE-PE
2016

TACIANA LEÃO PONTES

**Avaliação da Rede de Atenção ao Câncer de Colo Uterino: um estudo na perspectiva da
integralidade**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Coorientadora:

Prof^ª. Dr^ª Keila Silene de Brito e Silva

RECIFE-PE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

P814a	<p>Pontes, Taciana Leão. Avaliação da rede de atenção ao câncer de colo uterino: um estudo na perspectiva da integralidade / Taciana Leão Pontes. – 2016. 115 f.: il.; quad.; 30 cm.</p> <p>Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2016.</p> <p>Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Integralidade em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Neoplasias do colo do útero. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2017-230)

TACIANA LEÃO PONTES

**Avaliação da Rede de Atenção ao Câncer de Colo Uterino: um estudo na perspectiva da
integralidade**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 31/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Profª Drª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra - Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Examinador Interno: _____

Prof. Dra. Sandra Valongueiro Alves – Hospital das Clínicas (UFPE)

Examinador Externo: _____

Profª. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse - Departamento de Saúde Coletiva do CPqAm/FIOCRUZ.

À minha guerreira, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre guiar os meus caminhos, iluminar as minhas escolhas e por proporcionar mais uma conquista em minha vida.

Aos meus pais Aparecida e Albérico, que com todo amor, sempre acreditaram em mim, vibrando a cada passo meu. Vocês são minha fortaleza.

À minha querida irmã Juliana, por todo apoio e parceria, me auxiliando e amparando nos momentos de aflição. Minha eterna admiração. Ao meu cunhado Luiz Claudio pela torcida.

Ao meu amor Victor Hugo, companheiro nas viagens para João Pessoa, obrigada pelo estímulo e pelo afeto, leveza e felicidade dos nossos momentos.

Aos meus familiares sempre presentes em minha vida, partilhando momentos de alegria.

À minha orientadora Prof^a. Adriana Falangola pela acolhida, por sua generosidade, competência, cuidado e compreensão para a chegada do meu momento. Seus sábios ensinamentos contribuíram para meu amadurecimento. Sou imensamente grata.

À minha coorientadora Prof^a. Keila Brito por todo o comprometimento, paciência, carinho e atenção dedicados a mim e a meu trabalho. Sou muito grata pela sua valorosa contribuição.

Aos meus amigos, parceiros que fui conhecendo ao longo dessa vida e estabelecendo fortes laços. Valeu pela torcida! Vocês são importantes no meu caminhar.

Aos colegas da turma do mestrado, a inesquecível coorte 2014 do PPGSC, pelos agradáveis momentos de construção e sabedoria compartilhados.

À Vick e Nathalia, companheiras de mestrado, pela parceria nos momentos de aflição e alegrias.

Ao Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde – GPEPS, pelas oportunidades de construção do conhecimento.

A tod@s que fazem o PPGSC/UFPE pela colaboração e apoio.

Aos meus colegas de trabalho do HAM/PE e HC/PE pela compreensão e torcida para conclusão desta etapa.

Aos munícipes de João Pessoa – PB que participaram diretamente da pesquisa e aos que contribuíram indiretamente para que ela fosse possível.

RESUMO

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde na efetivação dos seus princípios, a integralidade ainda apresenta limites e desafios importantes que precisam ser superados. O modelo fragmentado de atenção à saúde traz consequências danosas ao sistema e não é capaz de acompanhar os desafios sanitários atuais e nem de atender às condições crônicas. Neste sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem uma importante estratégia para modificar a conformação do sistema de saúde, numa tentativa de superar essa fragmentação da atenção. Nessa estratégia, as ações e serviços de saúde estão distribuídos em diferentes densidades tecnológicas e se articulam por meio de mecanismos de apoio técnico e logístico na busca da integralidade do cuidado. Na discussão dessa temática, o Câncer de Colo Uterino (CCU) se apresenta como uma condição para avaliação da rede, pois além de ampla magnitude no cenário epidemiológico, tem sua inclusão entre as redes prioritárias do Ministério da Saúde e seu cuidado perpassa os diferentes níveis de atenção. Nesse contexto o presente estudo tem como objetivo avaliar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um município, sob a perspectiva da integralidade na linha de cuidado ao Câncer de Colo Uterino (CCU). Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas com auxílio de um roteiro elaborado pela pesquisadora. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Categorias temáticas foram criadas e posteriormente agrupadas sob os critérios de potencialidades e limitações da rede de CCU do município, para o alcance da integralidade. Dentre os resultados encontrados, verificou-se a existência de um fluxo formal entre os pontos da rede, refletindo de forma positiva na continuidade do cuidado. No intuito de fortalecer essa rede, foram identificadas iniciativas de gestão, como a adesão a alguns programas ministeriais. Na APS, apesar de acesso facilitado, foi identificada uma baixa resolutividade, principalmente pelo excesso de encaminhamentos realizados para a atenção secundária. A contrarreferência apresentou-se de forma não institucionalizada, ocorrendo apenas em alguns casos. Além disso, foi observada uma sobrecarga dos serviços do município por demandas de cidades vizinhas. Desta forma, admite-se que o controle efetivo deste câncer está relacionado à estruturação de uma rede de saúde que permita acesso aos diferentes níveis de atenção, desde o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção até as ações de reabilitação. Identificar potencialidades e limitações na rede corresponde a uma ferramenta importante para aprimorar a atenção ao CCU.

Palavras-Chaves: Integralidade em saúde. Serviços de saúde. Neoplasias do colo do útero.

ABSTRACT

In spite of the advances of the Unified Health System (SUS) regarding the concretization of its principles, the implementation of integration is still quite limited, and great challenges are yet to be overcome. The fragmented system of health care poses harmful consequences on itself and is not capable of keeping up with the present sanitary challenges and with the assistance of chronic conditions. Thus, the Networks of Health Care (RAS) are an important strategy for the transformation of the health system, as they wish to overcome the fragmentation of health care. In a network-organized system, the actions and services are distributed within different densities and technologies, articulated through mechanisms of technical and logistic support aimed at integrating care. In this context, Endometrial Cancer (CGU) is a condition that should be taken into account in the evaluation of the network, due to its large epidemic feature and to the fact that it is a priority for the Health Ministry, which means that attention to it involves different levels of care. That being said, the present study wishes to evaluate the RAS of a town from an integrated perspective of CGU care. Hence, it is an evaluative piece of research with a case-study qualitative approach. The data were collected through individual semi-structured interviews with the help of guidelines assembled by the researcher. For the data analysis, the content analysis technique was used. Thematic categories were created and later grouped according to the potentials and limitations of the town's CGU network. Among the findings, a formal flux between the networks' zones was observed, which has a positive reflex for the continuation of the medical care. In order to strengthen the CGU care network, some initiatives were identified, such as the joining in some ministerial programs. At Primary Health Care (APS), despite the facilitated access, results were not satisfying, mostly due to the excess of follow-ups designated to secondary attention. Counter reference appeared in a non-institutionalized form and happened in few cases. Moreover, the following were observed: an overload of services that the town hired from nearby cities and the absence of an agreement. Hence, the effective control of this type of cancer is related to the structuring of a health network that allows access to the different levels of care, from the development of promotional actions and prevention to rehabilitation actions. Identifying the potentials and limitations of the network is an important tool for the improvement of CGU care.

Key-words: Integration in health care. Health services. Uterine cervical neoplasms.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxos entre serviços da rede de atenção ao câncer de colo uterino de João Pessoa/PB, 2016.....	37
Figura 2 - Componentes e comunicação da Atenção Primária de João Pessoa/PB, 2016.....	39
Quadro 1 - Procedimentos disponíveis nos serviços de atenção secundária. João Pessoa/PB, 2016.....	41
Quadro 2 - Potencialidades e Limitações da Rede de Atenção ao CCU. João Pessoa /PB, 2016.....	43

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CadSUS – Cadastro Nacional de Cartão SUS

CDSUS – Carta de Direitos dos Usuários da Saúde

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

CAIS – Centro de Atenção Integral a Saúde

CAISI – Centro de Atenção Integral ao Idoso

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CCU – Câncer de Colo Uterino

CEDC – Centro de Diagnóstico do Câncer

CF - Constituição Federal

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia saúde da Família

HNL – Hospital Napoleão Laureano

HPV – Papiloma Vírus Humano

HSVP – Hospital São Vicente de Paula

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MC – Município Chave

MEQ – Monitoramento Externo da Qualidade

MS - Ministério da Saúde

MCTI – Ministério da Ciência Tecnologia e Inovação

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PB – Paraíba

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PPI- Programação Pactuada Integrada

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RISS – Redes Integradas de Serviços de Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAD – Serviço de Assistência Domiciliar

SCTIE – Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO – Sistema de Informação do Colo

SISMAMA – Sistema de Informação da Mama

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNACON – Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia

USF – Unidade Saúde da Família

ZT – Zona de Transformação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.....	16
3.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA INOVADORA	19
3.3	O CÂNCER DE COLO UTERINO (CCU) E SUA LINHA DE CUIDADO.....	25
3.4	PESQUISA AVALIATIVA E O USO DA CONDIÇÃO MARCADORA	28
4	OBJETIVO	31
4.1	OBJETIVO GERAL.....	31
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5	METODOLOGIA	32
5.1	TIPO DE ESTUDO	32
5.2	LOCAL DO ESTUDO	33
5.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	33
5.4	COLETA DOS DADOS.....	34
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	35
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICO LEGAIS	36
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1	DESENHO E DESCRIÇÃO DA REDE.....	38
6.2	POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DA REDE PARA O ALCANCE DA INTEGRALIDADE.....	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 90, representou uma mudança na forma de se discutir saúde, além de trazer uma outra visão na organização de seus serviços. Desde a sua criação até os dias atuais são implantadas estratégias com intuito de fortalecer esse sistema público que tem como desafio acompanhar as modificações ocorridas no cenário da saúde brasileira.

O processo de transição demográfica acelerada juntamente com a transição epidemiológica trouxe consigo uma mudança no perfil das doenças, refletindo na atual situação de saúde no Brasil. Há um predomínio importante das condições crônicas se comparado a períodos anteriores. Mudanças nos padrões e estilos de vida, redução dos níveis de fecundidade e mortalidade com um aumento da expectativa de vida e uma urbanização acelerada tem influência direta para este predomínio (MENDES, 2011).

Para o enfrentamento dessas condições crônicas é necessário um sistema de saúde articulado que supere a fragmentação das ações de saúde, proativo, que considere a continuidade do cuidado e valorize o princípio da integralidade ainda tão esquecido na prática (MENDES, 2011).

Apesar dos avanços no sistema de saúde no âmbito da universalidade com a ampliação do acesso, a integralidade ainda apresenta limites e desafios importantes que precisam ser superados. Um dos fatores que influencia tal limitação está relacionado à dicotomia que havia anteriormente à Constituição Federal de 1988 entre ações preventivas e assistenciais, não havendo articulação entre essas práticas (CAMPOS, 2003; NEVES; ACIOLE, 2011).

A busca para compreender o princípio da integralidade e seus obstáculos, resultou na produção de vários estudos sobre essa temática por diversos autores.

Hartz e Contandriopoulos (2004) apontam a integralidade da atenção como eixo prioritário da avaliação dos serviços e sistemas de saúde. Defendem que este princípio remete à integração de serviços por meio de redes assistenciais, considerando a interdependência dos atores e organização, tendo em vista que nenhum desses elementos isolados dispõem da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde da população.

Cecílio (2009) apresenta a integralidade da atenção em duas dimensões: focalizada e ampliada. É na dimensão ampliada que é discutida a integralidade na perspectiva de redes, objeto de reflexão de novas práticas e fruto de uma articulação entre serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas.

Para Mendes (2011) rede de atenção corresponde a uma estrutura poliárquica, com organização horizontal dos serviços de saúde, onde a atenção primária é apresentada como o centro de comunicação entre os pontos da rede, visando a garantia da continuidade da assistência ao usuário.

Em grande parte dos países da América Latina, dentre eles o Brasil, a implantação das redes integradas de serviços de saúde (RISS) tem sido uma importante estratégia na reformulação dos sistemas de saúde. Essa reformulação tem como objetivo melhorar o acesso, aperfeiçoar a coordenação e continuidade assistencial e aumentar a eficiência nos cuidados ofertados à população (VIACAVA et al. 2004).

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram regulamentadas por meio da Portaria 4.279/2010. Nesta foram definidas redes prioritárias (temáticas), dentre elas a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, com ênfase no combate ao câncer, a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero (BRASIL, 2010).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INCA/MS), o câncer de mama e do colo do útero são os tipos de câncer com maior incidência no Brasil para o sexo feminino, por isso o foco nas duas patologias nessa rede temática. No Brasil o Câncer de Colo do Útero (CCU) é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com altas taxas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2015).

Considerando que o combate efetivo deste câncer está relacionado à estruturação de uma rede de saúde que permita o acesso aos diferentes níveis de atenção (BRASIL 2010), torna-se cada vez mais importante o desenvolvimento de estudos que discutam as redes de atenção à saúde no cuidado ao CCU. Neste sentido, avaliar e conhecer a RAS nessa linha de cuidado permite a identificação das potencialidades e limitações para o fortalecimento do cuidado integral ao CCU.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- o processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil que teve como consequência um novo perfil de morbimortalidade no país, caracterizado pelo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
- que o cuidado de DCNT pautado na integralidade depende da organização de um modelo de atenção estruturado em Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- o câncer de colo do útero (CCU) como o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com alto potencial de prevenção e cura se diagnosticado e tratado adequadamente;
- que o controle efetivo do CCU depende de uma rede de saúde bem estruturada que permita acesso aos serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Justifica-se o presente estudo que se propõe a avaliar a rede assistencial, tendo como base a linha de cuidado ao CCU, visto a magnitude deste agravo, bem como sua inclusão entre as redes prioritárias do Ministério da Saúde. A pertinência do estudo está na potencialidade que têm os seus resultados em possibilitar uma discussão acerca da garantia do direito à saúde, inscrita na Constituição Federal, e da efetivação dos princípios do SUS, especialmente a integralidade.

PERGUNTA CONDUTORA:

Como está organizada a RAS na linha de cuidado ao CCU no município de João Pessoa?

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

No Brasil, a construção de um sistema de saúde universal, acessível e integral fez parte de uma trajetória de intensas lutas da sociedade civil em busca de uma saúde de qualidade. Nesse contexto o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi a mais expressiva mobilização reivindicatória e traz consigo inúmeras mudanças conceituais e organizacionais para o setor saúde, alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse aos anseios da população no âmbito da saúde enquanto direito de cidadania (MACHADO et. al., 2007).

A partir de 1985 com a redemocratização do país e final da ditadura militar, instalou-se um cenário favorável ao desenvolvimento de mudanças na política de saúde do Brasil. No ano de 1986, intensificou-se a RSB, sendo convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, fazendo com que a questão da saúde fosse assumida pela correlação de forças existentes na sociedade, após anos de negligência do estado (PAIM, 2009).

A RSB além de defender saúde como direito de todo cidadão propunha uma mudança muito além de uma reforma setorial: buscava transcender o setor saúde, pretendendo intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde considerando a articulação intersetorial, com objetivo de melhorar as condições e qualidade de vida da população (PAIM, 2008).

A saúde assegurada como direito de todos e dever do Estado foi garantida com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a chamada constituição cidadã, e fortalecida pelas bases do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição definiu um SUS universal, com integralidade das ações, descentralizado e com participação social (BRASIL, 1988). Dessa forma, passa a ser responsabilidade do Estado prover assistência à saúde a todos os indivíduos, e de forma integral, não devendo ser necessário o pagamento direto de recursos pelo usuário do SUS e seus familiares, para a garantia de ações e serviços de saúde requeridos em sua terapêutica.

A luta pela construção desse sistema público de saúde no Brasil com a garantia dos seus princípios fez parte dos sonhos e conquistas de uma geração que buscava em seus ideais os valores da equidade e da democracia. O SUS é a expressão, no campo da saúde, da aspiração de um país justo e do compromisso com a cidadania (MENDES, 2011).

A participação dos sujeitos no processo de reivindicação de seus direitos torna-se fundamental para o fortalecimento do SUS, porém, a existência das desigualdades social e econômica, diferenciam as formas de organização para a conquista desses direitos. Segundo Carvalheiro (1999), a defesa do SUS e dos seus princípios constitucionais, precisa ser preservada para que haja cada vez mais um envolvimento da sociedade brasileira na conquista de um sistema de saúde fundado nos princípios éticos do humanismo e da solidariedade.

O embasamento do SUS foi construído a partir de três pilares: a universalidade, a equidade e integralidade da atenção. Referente à integralidade na saúde, esta implica em reconhecer o cidadão como um ser integral dentro do seu contexto, numa visão mais abrangente do ser humano, considerando sua abordagem nos diversos níveis de atenção, desde o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção até reabilitação da saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Pinheiro (2009) considera a integralidade num caráter polissêmico atentando para a permanente interação entre os atores, nos quais aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados

A integralidade ainda se destaca como um princípio que não foi efetivamente incorporado na organização do sistema e no cotidiano da atenção apesar dos avanços alcançados no sistema de saúde brasileiro (GIOVANELLA et al, 2009; SPEDO, 2009).

As discussões acerca da integralidade ganharam impulso por meio do dispositivo legal que regulamentou a Lei nº 8.080/90, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011. Dentre outras deliberações, este institui a organização dos serviços de saúde em rede como estratégia para assegurar a continuidade e integralidade na assistência (BRASIL, 2011a).

A integralidade é um dos princípios fundamentais não apenas no sistema de saúde brasileiro, mas de vários países desenvolvidos, tais como o Sistema Nacional de Saúde britânico, o sueco, o canadense, o alemão, assim como sistemas latino-americanos, como a Costa Rica e Colômbia (ARRUDA, 2012).

A integralidade é entendida por Nietzsche (2000) como uma identificação dos sujeitos na sua totalidade, mesmo que não seja possível seu alcance de forma plena considerando todas as suas dimensões e vertentes.

Mattos (2004) traz algumas contribuições importantes acerca da integralidade na saúde e destaca três conjuntos de sentidos que estariam relacionados à ela: a) no âmbito das políticas de saúde; b) organização dos serviços; c) boas práticas dos trabalhadores da saúde.

No que se refere às políticas de saúde a integralidade está pautada na resposta governamental que é dada a necessidade de articulação e integração entre as práticas preventivas e assistenciais. A organização dos serviços de saúde está estruturada na tentativa de superar a fragmentação da atenção, articulando os serviços, considerando que a integralidade não é apenas uma atitude, mas uma forma de organizar o processo de trabalho. A maneira com que os trabalhadores da saúde são formados também está relacionada ao sentido na integralidade na medida em que estes trabalhadores são entendidos como essenciais para a efetivação deste princípio, reconhecendo a necessidade de superação das práticas fragmentadas e reducionistas dando lugar a uma prática integral que considere o usuário na sua totalidade (MATTOS, 2009).

Cecílio (2009) apresenta duas dimensões para a integralidade: focalizada e ampliada. Numa concepção mais local, a integralidade focalizada estaria restrita a uma unidade de saúde, num esforço de trabalhadores e equipe na atenção ao usuário considerando suas diversas necessidades de saúde.

Por mais comprometida e envolvida que seja a equipe de saúde, a integralidade não pode ser plena em um espaço singular do serviço, visto que seu alcance está na dependência de outros atores. Tal fato aponta para a integralidade ampliada, num sentido mais macro, pensada como objeto de rede, correspondendo à articulação entre os serviços de saúde com diversas densidades tecnológicas de acordo com as necessidades em cada momento, além de transcender o setor saúde, considerando a importância de uma articulação intersetorial (CECÍLIO, 2009).

Algumas propostas de organização dos serviços e das práticas têm buscado melhorias na atenção à saúde. Dentre estas propostas, é destacada a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A atenção primária surge com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde, tendo a integralidade como um de seus princípios fundamentais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, tornando-se ferramenta estruturante dos sistemas municipais de saúde, na busca pela mudança do paradigma assistencial e encarada como alternativa de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde ganhando status de estratégia de reorientação assistencial, definida como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2011b; SOUZA, 2001).

Apesar das melhorias alcançadas com a expansão da atenção básica e dos avanços na disseminação dos pressupostos que embasam essa estratégia, a fragmentação das ações e dos serviços ainda é uma realidade que deve ser encarada com atenção. Este cenário leva a necessidade de buscar alternativas para uma estruturação sistêmica do SUS (SHIMIZU, 2013).

A efetivação da integralidade constitui um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde. A superação da fragmentação da saúde por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde parece ser uma alternativa para o alcance deste princípio na medida em que as práticas na lógica de rede estão embasadas na articulação das ações e serviços de saúde considerando o indivíduo de forma integral (MENDES, 2011).

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA INOVADORA

Apesar de aparentemente recente, as primeiras discussões acerca da organização de redes no sistema de saúde tendo como preocupação a fragmentação da atenção, foram apresentadas pelo Relatório Dawson publicado na Inglaterra em 1920, num contexto pós Primeira Guerra Mundial. Dentre os objetivos deste relatório, destaca-se organizar a oferta de serviços de saúde para a população de acordo com suas necessidades. Esta nova organização estaria pautada na integração entre as ações de medicina preventiva e curativa (SILVA, 2011).

Para operacionalização desses objetivos, o relatório propôs um sistema de saúde formado por serviços domiciliares, centros de saúde primários localizados em vilas, centros de saúde secundários localizados em cidades maiores com serviços de atenção especializada, serviços diagnóstico, centros para internação, hospital de referência, meios de transporte e fluxos estabelecidos. Esses componentes estariam organizados visando uma atenção integral (OPAS 2008).

Além da organização estrutural de serviços de saúde, este documento contempla a importância de estabelecer um sistema uniforme de histórias clínicas, caso fosse necessário encaminhar um paciente para outro serviço, numa lógica de continuidade do cuidado.

Nesse contexto, a discussão atual acerca das redes de atenção à saúde remete ao referencial teórico do Relatório Dawson na medida em que já trazia em seus escritos conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, territorialização, vínculos, referência, coordenação pela atenção primária além de considerar mecanismos de integração como sistemas de informação e transporte. Além dessas questões, visualiza a concentração de serviços de forma regionalizada como uma medida de estabelecer economia de escala e

qualidade dos serviços, adotando mecanismos de referência quando necessário (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

Respeitando as particularidades de cada localidade, o modelo de organização em redes foi sendo adotado por exemplo, em países da Europa e Canadá, que construíram sistemas universais de saúde. Segundo Silva 2011, países que adotam sistemas nacionais de saúde com acesso universal apresentam condições mais favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas.

Nos países da América Latina, as reformas nos sistemas de saúde incluíram a formação de Redes Integradas de Serviço de Saúde (RISS), com objetivo de proporcionar a ampliação do acesso, da continuidade assistencial e melhoria da eficiência da atenção à saúde da população (VIACAVA et al. 2004).

A organização dos sistemas de saúde em redes constitui uma estratégia para melhoria do acesso, atenção integral e continuidade assistencial. No Brasil tomando como referência a experiência de países que construíram sistemas universais, a lógica de redes também fez parte da construção do SUS. A Constituição Federal (CF) de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, trouxe como princípios fundamentais a descentralização e integração com formação de redes assistenciais. O conceito de Redes de Atenção à Saúde já estava contido na CF de 1988 em seu artigo 198 onde dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Com o advento do processo de municipalização na década de 1990, a discussão de redes integradas deixou de ser o eixo da atenção, só retornando ao centro do debate a partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e um pouco mais à frente em 2006 com a criação do Pacto pela Saúde. Este trouxe com mais força a temática da regionalização e o aperfeiçoamento de redes (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006).

Com o aumento das doenças crônicas em consequência ao envelhecimento populacional e mudanças no estilo de vida, faz-se necessária a adoção de um sistema de saúde que seja capaz de responder as novas e diferentes demandas, trazendo em suas práticas a integralidade da atenção (SILVA, 2011). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas ultrapassam um percentual de 60% devendo atingir cerca de 80% nos países em desenvolvimento no ano de 2020. O modelo de atenção à saúde vigente centrado nas

ações curativistas, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O Brasil é caracterizado pela diversidade de contextos regionais, com marcantes diferenças socioeconômicas e distintas necessidades de saúde da população. Seu perfil epidemiológico, assim como de outros países em desenvolvimento é caracterizado por uma tripla carga de doenças (crônicas, infecciosas e relacionadas à violência) com forte predomínio das condições crônicas (OUVERNEY, 2008; MENDES, 2011).

Este cenário requer que além do foco na atenção às condições crônicas, o sistema de saúde contemple a atenção as condições agudas e o manejo às causas externas. É necessário um sistema não fragmentado, que trabalhe na lógica de um cuidado contínuo ao usuário com estabelecimento de vínculos mais estáveis e duradouros nas linhas de cuidado.

Na prática o que tem se observado é um sistema segmentado, numa pulverização das ações e serviços de saúde. Essa segmentação é observada em diferentes países e pode ser evidenciada pela presença de lacunas assistenciais, precariedade do financiamento público em saúde, incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de saúde da população, modelo de atenção à saúde vigente que não acompanha a ascensão das doenças crônicas, gerando a crise no sistema de saúde, fragilidades na gestão do trabalho com precarização de vínculos, escassez de recursos humanos e ações de promoção em saúde pouco incorporadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) destaca algumas causas para a fragmentação da atenção: programas focalizados, modelo de atenção centrado na doença, ênfase na atenção hospitalar, insuficiência e má distribuição de recursos (OPAS 2008).

Na América Latina a concepção seletiva para acesso aos serviços de saúde tem sido apontada como causa para a fragmentação, com repercussão negativa na continuidade do cuidado. A focalização da APS limitada a população de baixa renda e a não garantia de acesso aos serviços de maior complexidade, também são fatores importantes para aumentar essa segmentação (CONILL; FAUSTO, GIOVANELLA, 2010).

Os sistemas fragmentados são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, sem comunicação. Dessa forma são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. São reativos e funcionam com ineficiência, baixa efetividade e baixa qualidade. Além de não resolutivos os sistemas fragmentados são voltados

para as condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas gerando resultados insatisfatórios (MENDES, 2011; TEIXEIRA, 2006).

Nesse contexto as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem uma importante estratégia para modificar a abordagem do sistema de saúde, numa tentativa de superar essa fragmentação da atenção. Essa conformação tem a potencialidade de ampliar acesso e reduzir desigualdades na medida em que oferece condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade em saúde, além de promover atenção condizente com as necessidades do usuário. A implantação das RAS provoca mudanças significativas no modelo de atenção à saúde vigente e alerta para a necessidade da construção de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Segundo Castells (2000), as redes constituem nova forma de organização social do Estado, na busca de cooperação entre unidades dotadas de autonomia, com necessidade de existência de fluxos e interação de todos os elementos integrados dessa rede.

A busca por uma maior integração do sistema ganhou discussão com a publicação da Portaria GM 399/2006 do Pacto pela Saúde. Este aborda questões relacionadas ao acordo entre gestores do sistema de saúde no fortalecimento do processo de regionalização além de apontar a estruturação do sistema na lógica de Rede como caminho para o alcance dos princípios doutrinários do SUS. (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é entendida como a organização das ações e serviços de saúde de diferentes tecnologias, que se articulam por meio de mecanismos de apoio técnico e logístico na busca da integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010). O conteúdo e as orientações dessa portaria estão fundamentados no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS).

O Decreto 7508/2011 também em seu texto define as Redes de Atenção à Saúde como conjunto organizativo de ações e serviços de saúde de diferentes complexidades que se comunicam para o alcance da integralidade da assistência (BRASIL, 2011a).

A racionalização dos gastos em saúde, otimização de recursos, melhor aproveitamento da oferta assistencial bem como a disponibilidade de uma atenção condizente com as necessidades de saúde do usuário são algumas vantagens da implantação das RAS. Esta

conformação trabalha na lógica de economia de escala, economia de escopo, ampliação do acesso, eficiência econômica e qualidade em saúde (SILVA, 2011).

Inovar o processo de organização do sistema de saúde, por meio do desenvolvimento da RAS, tem se mostrado uma solução para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nesse contexto a Atenção Primária a Saúde (APS) tem sido enfatizada por vários autores como uma importante aliada na implantação e adequado funcionamento da RAS (CONILL, FAUSTO, GIOVANELLA, 2010). Experiências têm demonstrado que a organização da RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica (FERNANDES, 2009).

O objetivo da RAS é promover a continuidade do cuidado por meio da integração sistêmica de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, melhorando dessa forma o desempenho do sistema no que se refere à qualidade da atenção e a resolutividade dos problemas em saúde da população (BRASIL, 2010).

A RAS é caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS. Considera a importância da oferta do cuidado multiprofissional, destacando o compartilhamento de responsabilidades com os resultados sanitários e econômicos obtidos. Nesse ordenamento a APS é entendida como eixo estruturante, onde se realiza e coordena o cuidado nos demais pontos de atenção, considerando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas de saúde (BRASIL, 2010).

Para Mendes (2011) é necessário qualificar e empoderar a atenção primária para o desenvolvimento de seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. O fortalecimento da atenção primária depende de um conjunto de fatores os quais se destacam: a) disponibilidade de médicos generalistas qualificados para cuidar da saúde da comunidade; b) ações de saúde abrangentes e articuladas; c) exercer o papel de gerenciamento do cuidado (SILVA, 2011). Também é importante a estruturação e organização dos demais pontos de atenção para que estes estejam plenamente articulados à APS na garantia da construção linha de cuidado integral (MENDES, 2011).

As RAS apresentam três elementos constitutivos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção. Como primeiro elemento da rede, uma população adscrita é sua razão de ser. Essa população deve ser conhecida pela RAS e estar

sob sua responsabilidade. É destacado nesse processo a APS na responsabilidade de articular-se intimamente com esta população (MENDES, 2011).

O segundo elemento constitutivo da RAS é sua estrutura operacional composta por cinco componentes: 1) APS como centro de comunicação; 2) os pontos de atenção secundários e terciários; 3) sistemas de apoio (diagnóstico, tratamento, assistência farmacêutica); 4) sistemas logísticos (acesso regulado, transporte, prontuário clínico) e 5) sistema de governança. Uma rede bem estruturada precisa conter esses componentes funcionantes, com a garantia de comunicação e fluxos entre esses componentes principalmente entre a APS e os pontos de atenção (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Todos esses pontos de atenção são igualmente importantes no alcance dos objetivos e se diferenciam, pelas suas distintas densidades tecnológicas (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde, terceiro elemento da RAS, deve estar pautado nas necessidades de saúde da população. Os modelos podem estar organizados baseados nas condições agudas incluindo-se nele o atendimento dos eventos agudos e agudização das condições crônicas, ou baseado nas condições crônicas. Este último destaca a importância das ações de promoção e prevenção, considerando o aumento das condições crônicas no quadro epidemiológico (MENDES, 2011).

Segundo a portaria 4.279/2010, alguns atributos são necessários para o funcionamento da RAS, dentre eles são destacados a população e território definidos, com conhecimento das suas necessidades em saúde, estabelecimentos de saúde com diferentes escopos, APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial, recursos humanos suficientes e comprometidos com o alcance dos objetivos da rede. (BRASIL, 2010).

A partir da organização de redes é possível racionalizar gastos, otimizar recursos numa ideia de economia de escala, promovendo um melhor aproveitamento da oferta assistencial e uma atenção condizente com as necessidades do usuário (SILVA, 2011).

Para que seja possível a oferta de uma assistência de qualidade e com eficiência por parte da RAS, atendendo as necessidades de saúde da população, a elaboração de contrato de gestão faz-se necessária, na medida em que esse instrumento permite a formalização de compromisso entre reguladores/financiadores e prestadores de serviços, na pactuação de

demandas qualitativas e quantitativas com definição de responsabilidades entre os entes. Esse mecanismo de contratualização deve conter critérios e instrumentos que permitam o processo contínuo de monitoramento e avaliação dos resultados obtidos. Esse modelo de contrato de gestão esta pautado em contratualizar não apenas cuidados, mas a saúde em seu nível mais amplo, considerando suas dimensões, obtendo macroeficiência no sistema na tentativa de superar as criticidades em saúde (BRASIL, 2010).

Silva (2011) aponta alguns desafios para a organização das redes dentre eles o baixo financiamento público gerando a escassez de recursos, dificuldades inerentes ao processo de descentralização das ações e serviços e fragilidades na formação dos profissionais para atuação no sistema público. Destaca ainda que a organização de redes regionalizadas e integradas no SUS está relacionada ao aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre esferas de governo e fortalecer a APS para coordenar o cuidado e ser ordenadora da rede.

O desenvolvimento da RAS é ratificado como tática de reestruturação do sistema de saúde tanto em relação à forma como se ela organiza quanto na produção de resultados positivos na atenção à saúde representando uma estratégia para consolidação do SUS como política pública na garantia de direitos constitucionais e de cidadania (BRASIL, 2013a).

Para que seja possível o conhecimento das potencialidades e limitações da rede, é importante impulsionar o desenvolvimento de estudos que permitam esse desbravamento. A utilização do CCU como condição traçadora/marcadora é apontada por Bottari et al.(2008) e Brito-Silva (2013) como importante estratégia para conhecer e avaliar a atenção à saúde nessa linha de cuidado.

3.3 O CÂNCER DE COLO UTERINO (CCU) E SUA LINHA DE CUIDADO

O câncer no Brasil apresenta uma importância epidemiológica sendo encarado como um problema de saúde pública. Sua magnitude no contexto social, as condições de acesso da população à atenção oncológica, bem como os elevados custos com a alta complexidade refletem a necessidade da estruturação de uma rede de serviços que possa garantir atenção integral nos diversos níveis de atenção a toda população (BRASIL, 2013a).

Os altos índices de morbidade e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil justificam a necessidade de implantação de estratégias efetivas para controle dessas

doenças, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção do agravo, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos quando necessários (BRASIL, 2013a).

No cenário mundial o câncer do colo do útero é apontado como o terceiro tipo de câncer mais frequente na população feminina, sendo responsável por aproximadamente 530 mil casos novos por ano. Esse tipo de câncer também ocupa uma importante posição como causa de mortalidade sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008).

No Brasil o CCU é o segundo tipo de câncer mais incidente entre mulheres excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma; o primeiro tipo de câncer mais incidente, corresponde ao câncer de mama. Para o ano de 2015 foram estimados 15.590 casos novos de câncer de colo do útero com um risco estimado de 15 casos a cada 100 mil mulheres. Na região nordeste este tipo de câncer ocupa a segunda posição como o mais incidente entre as mulheres com taxa de 18 casos a cada 100mil mulheres. Com exceção do câncer de pele, é o tipo de câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2015).

Este tipo de câncer apresenta uma forte relação com as condições de pobreza, desigualdade social e econômica. Mulheres pertencentes ao seguimento menos favorecido economicamente, apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do CCU. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, o cotidiano dessas mulheres associado a precariedade das condições de vida acompanham o conhecimento limitado sobre a prevenção da doença o que corrobora para prevalência e incidência deste agravo (CARVALHO, 2004).

Considerando este cenário de alta incidência e mortalidade é de responsabilidade dos gestores e profissionais de saúde realizar ações de controle desta neoplasia que possibilitem a integralidade do cuidado, articulando as ações de acesso à detecção precoce e tratamento de qualidade em tempo oportuno (BRASIL, 2013a).

O câncer do colo do útero acontece quando há replicação desordenada de seu epitélio de revestimento comprometendo o tecido adjacente, podendo ou não invadir outras estruturas no desenvolvimento de metástases. Apresenta duas categorias dependendo do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide mais comum responsável por 80% dos casos e o adenocarcinoma, mais raro atingindo o epitélio glandular. Este câncer apresenta desenvolvimento lento podendo não apresentar sintomas na fase inicial (BRASIL, 2015).

A infecção pelo HPV é definida como causa necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento do CCU (IARC, 2007). Entre os HPVs de alto risco oncogênico, destacam-se os subtipos 16 e 18, responsáveis por 70% dos casos de câncer do colo do útero (SMITH et. al., 2007).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero estão a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, multiparidade, uso de contraceptivos orais além do tabagismo. A idade também está relacionada ao desenvolvimento deste tipo de câncer já que acomete mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos (BRASIL, 2015).

A incidência desse câncer está relacionada, além da exposição das mulheres aos fatores de risco, à falta de efetividade de um programa de rastreamento (BASTOS, 2011). Países que iniciaram programas de rastreamento organizados na década de 60 demonstraram algumas práticas que estariam relacionadas à redução ou não na incidência e mortalidade por CCU dentre elas estão alta cobertura da população alvo, cumprimento da periodicidade recomendada para o rastreamento, boa qualidade na coleta e interpretação do material (GUSTAFSSON, 1997).

O rastreamento oportuno do câncer de colo uterino no Brasil vem acontecendo desde 1998, por meio do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. O programa adota o exame citopatológico como teste de rastreamento e o exame histopatológico para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2002).

Considerando a importância deste agravo no contexto da saúde pública brasileira, o governo vem priorizando seu controle por meio da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Portaria 874 de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b). Também faz parte dessa estratégia de combate ao câncer a elaboração do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e o Plano de Ação para Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (BRASIL, 2011c).

O câncer do colo do útero é passível de cura quando detectado precocemente. Essa característica favorece a redução das taxas de mortalidade da doença, quando o controle deste câncer é efetuado por meio de ações efetivas de rastreamento da população assintomática (WHO, 2007). Seu alto potencial de prevenção e cura é atribuído por se tratar de uma doença de evolução lenta, com etapas bem definidas em cada fase o que auxilia na detecção precoce das lesões proporcionando tratamento oportuno (BRASIL, 2015).

Em estudos realizados foram identificados alguns fatores que contribuem para a não realização do exame de rastreamento do CCU, o Papanicolaou, dentre eles são destacados a idade avançada, baixa renda familiar, baixa escolaridade, mulheres pretas ou pardas (AMORIM et al, 2006; BRISCHILIARI et al, 2012). Em outro estudo, estar fora da faixa etária prioritária, baixa renda familiar e ausência de união estável foram apontados como fatores de risco para a não realização do exame (BORGES et al, 2012).

O cuidado ao câncer de colo uterino deve está organizado na estratégia de linhas de cuidado. Estas se referem ao estabelecimento do percurso assistencial com objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse contexto, a linha de cuidado ao CCU resulta na organização das ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização. A linha de cuidado ao CCU está organizada a partir de alguns componentes que garantam a integralidade da assistência considerando desde ações preventivas até as curativas e reabilitadoras. Tem a finalidade de garantir à mulher acesso às ações e serviços para prevenção do câncer, acesso ao rastreamento de lesões precursoras, diagnóstico precoce e tratamento adequado em tempo oportuno; todos de maneira humanizada e integral (BRASIL, 2013a).

Para o controle deste agravo, tem sido cada vez mais frequente o desenvolvimento de pesquisas avaliativas com o objetivo de realizar um julgamento acerca da assistência prestada, com intuito de apontar as lacunas nesse processo do cuidado ao câncer do colo do útero, considerando que este está na dependência de uma rede de atenção à saúde bem estruturada.

3.4 PESQUISA AVALIATIVA E O USO DA CONDIÇÃO MARCADORA

A prática da avaliação em estudos acadêmicos como forma de obter um maior conhecimento acerca de uma realidade vem tomando proporções importantes. Nessa prática, são consideradas as interações entre os sujeitos que estão inseridos num contexto, suas vivências e práticas, o que contribuem para uma concepção mais abrangente e que irão influenciar nos resultados obtidos desse processo avaliativo (ARREAZA; MORAES, 2010).

O processo de avaliação como componente das práticas em saúde pública corresponde a uma forma de valoração sistemática baseada em critérios, que irão permitir o levantamento de informações e emissão um julgamento de valor acerca do objeto estudado, para que seja possível a tomada de decisão sobre programas e práticas em saúde (PATTON, 1997).

Apesar de se reconhecer a existência de inúmeras definições de avaliação, é consenso a concepção de que avaliar consiste em emitir um juízo de valor acerca de uma intervenção,

visando uma tomada de decisão. Esse processo avaliativo pode ocorrer baseado em critérios e normas constituindo uma avaliação normativa ou se valer da aplicação de procedimentos metodológicos, científicos numa elaboração de uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

A pesquisa avaliativa corresponde à aplicação sistemática de procedimentos originários das ciências sociais com objetivo de fazer julgamentos sobre intervenções baseados em critérios previamente definidos, com a utilização de procedimentos metodológicos, analisando as bases teóricas, e o processo operacional dentro de um determinado contexto (CONTANDRIOPOULOS 2006).

A pesquisa avaliativa é uma estratégia importante para a qualificação das políticas e programas sociais, destacando-se o compromisso político de quem solicita e de quem a realiza, apresentando como potencialidade sua aplicação em diferentes realidades (MACIEL; BORDIN; FERNANDES, 2011).

Segundo Tanaka e Melo (2004) o conhecimento aprofundado de cada contexto para realização do processo avaliativo, possibilita entender melhor uma realidade para que seja possível analisar e julgar algo com maior embasamento, com a finalidade de modificar a situação problema mediante tomada de decisão.

No meio acadêmico, a realização de pesquisas que tem a pretensão de avaliar a qualidade da assistência prestada tem sido cada vez mais frequente. Nesse contexto, a utilização de traçadores tem se mostrado como uma boa estratégia para obtenção desde propósito. O uso desta técnica avaliativa permite inferir a qualidade da atenção à saúde. Alguns parâmetros devem ser elencados para classificar uma condição como traçadora/marcadora dentre eles, ser um evento de fácil detecção, permitir desvendar os entraves num sistema (BOTTARI *et al.*, 2008; CAMPOS, 2005).

A definição de um traçador/marcador atende a alguns critérios: apresentar impacto para os afetados, evento prevalente que proporcione coleta de dados em uma população restrita, ocorrência variando de acordo com o tipo de assistência prestada, além de prevenção, diagnóstico e tratamento bem definidos cientificamente. A ocorrência dessas condições traçadoras permite avaliar o processo de assistência em todos os níveis da atenção (KESSNER; KALK; SINGER, 1992).

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a utilização da condição marcadora nas pesquisas avaliativas permite uma análise de todos os serviços que estão envolvidos no seu processo do cuidar, aumentando o potencial de utilização dos resultados.

Considerando esses critérios, o câncer de colo uterino apresenta-se como uma boa condição marcadora, atendendo aos requisitos apresentados; tem um programa instituído, é prevalente, possui fácil detecção, ações de prevenção conhecidas e tratamento definido. Alguns autores como Bottari et.al. (2008), Brito-Silva et al (2014), também utilizaram em seus estudos esta patologia para avaliar a qualidade da atenção à saúde.

O programa de controle do câncer de colo uterino envolve todos os níveis de atenção no seu cuidado, com ênfase nas ações preventivas e de detecção precoce, que se concentram na atenção básica, portanto, apresenta as características necessárias a uma abordagem que considere condição marcadora.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um município, sob a perspectiva da integralidade na linha de cuidado ao Câncer de Colo Uterino (CCU).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenhar a oferta de serviços na linha de cuidado ao CCU no município;
- Identificar as potencialidades e limitações da RAS na linha de cuidado ao CCU.

5 METODOLOGIA

A proposta do presente estudo faz parte de uma pesquisa avaliativa intitulada *Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo*. A pesquisa foi aprovada no edital Nº 41/2013 - chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit – Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde: conhecimento para efetivação do direito universal à saúde.

Esse estudo se propôs a estudar a organização da rede assistencial de saúde por meio das linhas de cuidado, mais especificamente em relação ao Câncer de Colo Uterino (CCU).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, desenvolvida com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso.

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção, tendo como recurso a utilização de métodos científicos. Baseado em critérios previamente definidos, os estudos avaliativos auxiliam a tomada de decisão para modificar a situação problema (CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA; MELO, 2004).

A tipologia escolhida foi o estudo de caso único e descritivo. O estudo de caso corresponde a uma estratégia de pesquisa empírica acerca de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado de seu contexto. Na abordagem dessa estratégia, o pesquisador se concentra em uma ou em um número reduzido de unidades de análise. Sua potência explicativa depende da profundidade da análise e não de sua quantidade (YIN, 2005). É único considerando que o município estudado corresponde a um caso significativo, sendo, portanto, chamado de Município-Chave (MC) em que dados coletados forneceram informações sobre a realidade local, no que diz respeito à estruturação da rede de atenção à saúde, na linha de cuidado ao CCU.

A realização da pesquisa qualitativa permite um maior conhecimento e aprofundamento de uma realidade. É rica em contexto pois considera em seu processo de investigação as relações humanas, crenças, valores, percepção, estando implícita a subjetividade. Seus resultados não são generalizáveis (MINAYO, 2010; TANAKA; MELO, 2004).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

No desenvolvimento do projeto, foi realizado um levantamento quantitativo na base de dados do DATASUS e do INCA, sobre a incidência de câncer de colo uterino, bem como da cobertura de Papanicolaou, nos estados do nordeste brasileiro. Por meio desse levantamento foi identificado o estado da Paraíba, uma das localidades do Nordeste que apresentou menor incidência de CCU e maior cobertura de Papanicolaou.

João Pessoa foi o município escolhido para maior conhecimento e aprofundamento do estudo, na identificação das potencialidades e limites da rede de atenção à saúde na linha de cuidado ao câncer de colo uterino. O município de João Pessoa é o principal centro financeiro e econômico do estado da Paraíba. Apresenta uma população estimada para o ano de 2015 de 791.438 habitantes, destes 385.732 são mulheres segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A escolha do município foi baseada nas seguintes características: João Pessoa apresenta uma maior concentração do número de exames de Papanicolaou realizados no estado, é sede da primeira Macrorregional de Saúde, compõe a primeira Gerencia Regional de Saúde. Neste município está localizado o Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC), serviço de referência estadual para a detecção precoce do câncer de colo de útero e mama, disponibilizando atendimentos e procedimentos médicos especializados. O CEDC é um Complexo de Saúde, em que estão inseridos, laboratório de citopatologia, de anatomia patológica, clínica especializada e serviço de diagnóstico por imagem. Também é o responsável pelo monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos realizados na rede pública de toda a Paraíba.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Durante o processo de investigação para início da pesquisa foram identificados oito atores estratégicos para contribuir com o estudo: três representantes da gestão do município, relacionados com a organização da RAS na linha de cuidado ao CCU (Coordenação de Atenção Básica, Coordenação de Saúde da Mulher e Diretoria de Regulação); três profissionais dos serviços de saúde, atuantes nas unidades de diferentes densidades tecnológicas (Unidade Saúde da Família, serviço de atenção especializada, responsável pelo diagnóstico precoce e tratamento de lesões precursoras e serviço de atenção terciária, responsável pelo tratamento do CCU); dois diretores assistenciais (unidade de atenção secundária e unidade de atenção terciária).

5.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, orientadas por um roteiro elaborado pela pesquisadora com base nos critérios para estruturação de redes assistenciais (Apêndice A). Cada grupo de entrevistado (gestores municipais, profissionais dos serviços de saúde, diretores assistenciais), foi submetido a uma pergunta inicial, visando obter as seguintes informações: organização da rede na linha de cuidado ao câncer de colo uterino no município; prática assistencial do profissional inserido na linha de cuidado ao CCU; inserção do serviço de saúde na rede.

Além de orientadas pela pergunta inicial, as entrevistas foram guiadas por tópicos norteadores, que orientaram os rumos das falas, auxiliando no andamento da investigação e na obtenção dos resultados. De forma adicional, durante as visitas ao campo, surgiu a oportunidade de conversa informal com os diretores assistenciais dos serviços. Por trazerem em suas falas elementos que contribuíam para o estudo, optou-se por inclui-los como participantes, nas entrevistas.

As entrevistas foram previamente agendadas por meio de contatos presenciais, contatos telefônicos e correio eletrônico, com a finalidade de obter de um melhor aproveitamento do tempo, bem como do seu conteúdo. Foram realizadas visitas aos locais de coleta antes das entrevistas, para reconhecimento do campo de estudo e identificação de elementos que pudessem contribuir durante a investigação.

As entrevistas foram realizadas em uma Unidade Saúde da Família, composta por quatro equipes de saúde, sinalizada pelo município como unidade que apresenta um maior número de mulheres cadastradas. Em um serviço de atenção secundária, referência estadual para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino e num serviço de atenção terciária, referência estadual para tratamento oncológico, habilitado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON.

Critérios de Inclusão

- Representantes da gestão: exercer determinada função de gestão relacionada ao cuidado do CCU por no mínimo seis meses e aceitar participar da pesquisa.

Caso houvesse negativa de algum representante da gestão, será entrevistado outro profissional com função semelhante e que exerça atividades relacionadas ao CCU e que possa

contribuir para o estudo.

- Profissionais nas Unidades de Saúde:
 - 1- Unidade de saúde de atenção primária: profissional de nível superior que mais realizou o exame de Papanicolaou e encaminhamento para os centros de referência especializados na atenção ao CCU.
 - 2- Unidades de atenção secundária e terciária: profissional que realize atendimento ginecológico e/ou procedimentos relacionados ao câncer de colo uterino que mais recebeu encaminhamentos das unidades de saúde.

Caso houvesse a negativa de participação do profissional, seria entrevistado o segundo profissional seguindo os critérios de inclusão.

- Diretores assistenciais de Unidades: exercer a função de diretoria assistencial relacionada ao CCU por no mínimo 6 meses e aceitar participar da pesquisa.

Além dos dados empíricos obtidos nas entrevistas com os gestores municipais, profissionais de saúde e diretores de unidades, foram analisados documentos institucionais com objetivo de complementar as informações e triangular os dados. Os documentos consultados foram o Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças Crônicas, Plano Diretor de Regionalização do estado, Plano Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres. Nesses documentos foram extraídas informações relevantes acerca da atenção ao CCU, como dados institucionais, processo de regionalização, conformação das redes de atenção à saúde e situação do CCU no cenário estadual e municipal.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material obtido em campo e em consultas a documentos institucionais, buscou atingir três objetivos: ultrapassar a incerteza na medida em que responde a questionamentos e pressupostos; enriquecer a leitura na busca da compreensão de significações e integrar descobertas nas falas, comportamentos e relações. Para análise de dados de uma investigação qualitativa são conhecidas na literatura algumas modalidades. No presente estudo a modalidade escolhida foi a análise de conteúdo proposta por Bardin (2006).

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise das informações/dados valendo-se do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens. Tem como potencialidade permitir tornar replicáveis e

válidas, inferências sobre dados de um determinado contexto através de procedimentos especializados e científicos. Para Bardin (2006) a execução deste método está organizada em três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Após a gravação e transcrição das entrevistas, os dados foram analisados com base nessa técnica que tem sido cada vez mais frequente na realização de pesquisas com abordagem qualitativa e no campo da saúde. As entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando todo seu conteúdo.

Dentro da técnica de análise de conteúdo, foi utilizada a análise temática que segundo Minayo (2010), é uma das melhores opções de análise de conteúdo para pesquisas qualitativas na área de saúde. Para esta autora é importante transpor o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação dos dados. A utilização de categorias é um aspecto essencial para esse tipo de análise.

Foram trabalhadas categorias indutivas, condensando as falas com base tanto em aspectos teóricos, quanto empíricos, presentes no discurso do participante, e especulativos (subjetividade do pesquisador).

Para elaboração das categorias temáticas, foram feitas leituras exaustivas das entrevistas para criação das rubricas (primeiras classificações dadas ao texto, baseadas, principalmente, na fala do entrevistado); posteriormente, após leituras mais minuciosas, foram transformadas em temas e finalmente em categorias conceituais (BARDIN, 2006).

As categorias emergiram após a leitura, transcrição e análise do material empírico, leituras de referencial teórico, estando presente também a subjetividade do pesquisador. Por meio das categorias temáticas, foi possível identificar a realidade encontrada em João Pessoa no que se refere a rede de atenção à saúde no cuidado ao câncer de colo uterino, considerando todo o contexto do município. As categorias temáticas foram agrupadas e discutidas sob o critério de Potencialidades e Limites encontrados na rede. Após o término e apresentação do estudo, serão providenciados a devolutiva para os participantes e para o município.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICO LEGAIS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPE), CAAE: 30694814.1.0000.5208/ Parecer: 674.336 (Anexo A). O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi entregue, a cada participante, antes da realização

das entrevistas, atendendo às exigências éticas para o desenvolvimento de pesquisa. Ao aceitar a participação, foi solicitada ao entrevistado a assinatura em duas vias dos termos de consentimento, ficando uma sob a guarda do participante e a outra da pesquisadora.

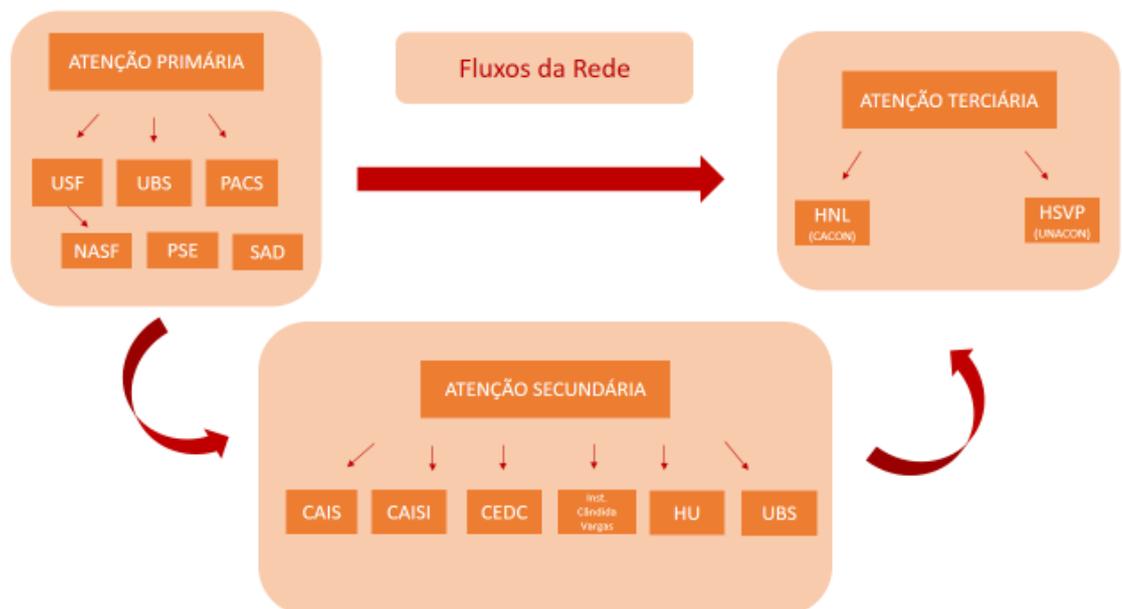
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um primeiro momento será apresentado o desenho e organização da rede do município chave, descrevendo as atividades e os serviços de saúde que compõem a linha de cuidado ao câncer de colo uterino. No segundo momento, serão abordados os achados acerca das potencialidades e limitações da rede para o alcance da integralidade.

6.1 DESENHO E DESCRIÇÃO DA REDE

No que se refere a organização da rede de atenção à saúde na linha de cuidado ao câncer de colo uterino, João Pessoa dispõe no próprio município de serviços de diferentes densidades tecnológicas (Figura 1).

Figura 1- Componentes e fluxos entre serviços da rede de atenção ao câncer de colo uterino de João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nas entrevistas.

Como observado os serviços de atenção ao CCU estão distribuídos na atenção primária, secundária e terciária, cada um de acordo com sua densidade tecnológica representam um importante papel para o manejo adequado deste agravo.

O mapear a rede de serviços de saúde, por gestores e profissionais de saúde, corresponde a uma importante iniciativa para o estabelecimento de referência para os usuários, seguida pela definição de critérios de fluxos e contrafluxos de atendimento (ERDMANN, 2013).

A disposição de serviços de diferentes densidades tecnológicas dentro do próprio município contribui para a continuidade do cuidado e integralidade em saúde na medida em que diminui a possibilidade de fragmentação da atenção. A superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde corresponde a um dos desafios presentes no SUS e deve ser prioridade, visando atender de forma integral as necessidades de saúde da população (LAVRAS, 2011).

A proximidade geográfica entre os centros de saúde além de diminuir a chance de fragmentação da atenção, facilita o deslocamento dos munícipes de João Pessoa na rede aumentando a adesão das usuárias às ações de saúde, contribuindo para o controle deste agravo.

A oferta de uma atenção integral em saúde em tempo e local oportuno, bem como a disponibilização de recursos, está na dependência da organização de serviços em redes, orientados pela atenção primária, e capazes de responder a necessidades de saúde individuais e coletivas (INCA, 2011).

De acordo com os dados obtidos nas entrevistas, foi possível identificar que o sistema de saúde do município está organizado de forma que a atenção primária corresponde a porta de entrada. Essa realidade converge com o recomendado em um sistema organizado em rede, onde as unidades de APS devem ser espaços onde são estabelecidos o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. No Canadá e em vários países europeus a atenção primária é entendida como primeiro nível de um sistema de saúde, com oferta de serviços de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e ordenadora da rede (LAVRAS, 2011).

Segundo Starfield (2002) a APS corresponde ao primeiro contato da assistência, centrada no indivíduo de forma a atender suas necessidades de saúde, coordenando o cuidado nos casos em que o usuário é demandado à outro nível de atenção

No Brasil a APS é definida como um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação nas dimensões individual

e coletiva, por meio de ações estratégicas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária e resolução dos problemas de saúde mais frequentes na população (MS/SAS/DAB, 2006).

Assim como a definição brasileira, no município estudado, foi relatado pelos participantes, que nas Unidades de Saúde da Família (USF), um dos componentes da APS, são realizadas atividades de promoção, prevenção e diagnóstico na atenção ao CCU, onde os profissionais coordenam atividades com palestras periódicas, orientações em grupos, abordagem às usuárias nas salas de espera, bem como diagnósticos por meio do exame de rastreio para o CCU.

O exame citopatológico é realizado nas Unidades de Saúde da Família - USF para população de área coberta e nas Unidades Básicas de Saúde - UBS para a população de área descoberta. Segundo relato do gestor da atenção básica, atualmente 86,7% da população de João Pessoa é coberta pela Estratégia Saúde da Família – ESF. Essa cobertura encontra-se acima da média nacional e da média da região nordeste para o ano de 2015, onde foram encontrados 62,5% e 79,3% respectivamente (BRASIL/DAB, 2016). O município também conta com a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, Programa Saúde na Escola – PSE e o Serviço de Assistência Domiciliar – SAD para apoiar as ações realizadas na ESF. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS também está inserido nesse contexto. O NASF realiza atividades de atuação multiprofissional às usuárias no sentido de apoiá-las no seu diagnóstico, o SAD por vezes, auxilia nos casos em que é necessária a utilização de transporte sanitário para usuárias que precisam se deslocar dentro da rede e o PSE realiza atividades de educação nas escolas com enfoque na prevenção do CCU às adolescentes.

As ações desenvolvidas dentro da atenção primária são planejadas no núcleo central, pela coordenação de atenção básica do município, onde são discutidas, juntamente com outras áreas técnicas, estratégias para o controle e enfrentamento do CCU. Estas estratégias ganham capilaridade com os distritos sanitários, responsáveis por interligar secretaria municipal de saúde e unidades de saúde da família. Os apoiadores de distrito são atores fundamentais nessa articulação com as USF.

Figura 2 - Componentes e comunicação da Atenção Primária de João Pessoa/PB, 2016.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base nas entrevistas e documentos institucionais. João Pessoa/PB, 2016.

Quando identificada necessidade de encaminhamento da USF para outro serviço, este é realizado pela regulação municipal, por meio dos pontos descentralizados da regulação. A maioria das USF dispõe de sistema de marcação na própria unidade para agendamento de consultas ginecológicas especializadas, exames e procedimentos como colposcopia, biopsia, Cirurgia de Alta Frequência (CAF). Quando não há disponibilidade de sistema de regulação na unidade, o distrito sanitário assume essa função. Desta forma, o ingresso na atenção secundária e terciária se dá por meio de encaminhamentos geridos pela regulação do município.

A atenção secundária, por sua vez, está subordinada à coordenação de atenção especializada. Diferentes pontos de atenção da rede são responsáveis pela oferta de serviços dessa densidade tecnológica (Quadro 1). São eles: os Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), (CAIS Cristo, Mangabeira e Jaguaribe), onde são realizadas consultas com ginecologistas; o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), responsável pela atenção à saúde das mulheres idosas, com a realização de consultas ginecológicas especializadas; o Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC), um centro de referência estadual, responsável pela realização de consultas ginecológicas especializadas, colposcopia, biopsias de colo uterino e Cirurgias de Alta Frequência (CAF); o Instituto Cândida Vargas, uma maternidade municipal com ambulatórios especializados, responsável pela realização de consultas ginecológicas e colposcopias; o Hospital Universitário Lauro

Wanderley, realizando consultas ginecológicas especializadas e colposcopias e as Unidades Básicas de Saúde- UBS, onde são ofertadas consultas ginecológicas especializadas. A oferta desses serviços para as usuárias é controlada pela central de regulação de João Pessoa por meio do sistema ConquistaTec.

Quadro 1- Procedimentos disponíveis nos serviços de atenção secundária. João Pessoa/PB, 2016

UNIDADES DE SAÚDE	PROCEDIMENTOS			
	COLPOSCOPIA	BIOPSIA	CAF	CONSULTA ESPECIALIZADA
CAIS	-	-	-	X
CAISI	-	-	-	X
CEDC	X	X	X	X
Inst. Cândida Vargas	X	-	-	X
HU	X	-	-	X
UBS	-	-	-	X

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações disponibilizadas pelo município de João Pessoa/PB, 2016.

A atenção secundária é formada pelos serviços especializados com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a atenção terciária. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2010).

Especialmente no nível da atenção secundária, o mapeamento e caracterização da rede de serviços de saúde são úteis aos gestores municipais e regionais para melhor organização da RAS (ERDMANN, 2013). É nessa densidade tecnológica onde são confirmados ou descartados casos de câncer de colo uterino. Baseado com o que é recomendado para este nível de assistência, no que se refere ao CCU, o município chave disponibiliza além de consultas ginecológicas, procedimentos diversos, essenciais para promover uma adequada atenção à este agravo como colposcopia, biopsia, CAF (Quadro 1).

As mulheres que são diagnosticadas com câncer de colo uterino, são encaminhadas aos serviços de atenção terciária. Na rede de serviços do município, fazem parte o Hospital Napoleão Laureano (HNL), classificado como um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON e o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Classificado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON,

ambos habilitados de acordo com a Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre a redefinição dos critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia, bem como definição das condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para sua habilitação.

A atenção terciária é composta por serviços de apoios diagnóstico e terapêutico hospitalares e em conjunto com a atenção secundária, corresponde a referência para a atenção primária dentro da lógica da RAS. No caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia (cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia) e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer (INCA, 2011).

Assim como recomendado, os estabelecimentos de atenção terciária que compõem a rede de João Pessoa, ofertam serviços de radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, cirurgias reparadoras do câncer, bem como exames necessários para detectar o estágio dos tumores e exames pré-operatórios. Após serem encaminhadas de outras densidades tecnológicas, as usuárias são recepcionadas no hospital pelo serviço de triagem, onde são atendidas por médicos especialistas e de acordo com cada caso, são direcionadas ou para o serviço de origem, quando não confirmado o CCU, ou dependendo do estágio da doença, são encaminhadas ao serviço de cirurgia oncológica ou tratamento por radioterapia, quimioterapia ou braquiterapia.

Como pôde ser observado, os diferentes níveis de atenção concentram seus respectivos serviços sem que haja uma integração entre os mesmos (Figura 1). A atenção primária demanda atividades para os níveis de atenção secundário e terciário e a atenção secundária demanda para a atenção terciária. O nível terciário por sua vez absorve esses direcionamentos e não retorna para os serviços demandantes, não havendo, portanto, uma prática de comunicação entre os serviços.

6.2 POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DA REDE PARA O ALCANCE DA INTEGRALIDADE

Os resultados aqui apresentados serão expostos e discutidos em categorias temáticas, que foram criadas considerando os dados empíricos, leituras de referencial teórico e a subjetividade do pesquisador. As categorias foram agrupadas sob o critério de Potencialidades

e Limitações (Quadro 2) identificadas na rede de atenção ao CCU para o alcance da integralidade.

Quadro 2 - Potencialidades e Limitações da Rede de Atenção ao CCU. João Pessoa-PB, 2016

POTENCIALIDADES	LIMITAÇÕES
Acesso facilitado a USF	<p>Baixa resolutividade da APS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais pouco capacitados para atenção ao CCU ▪ Encaminhamentos inadequados para atenção secundária ▪ Inadequada coleta dos exames de Papanicolaou
<p>Rastreamento e acompanhamento oportuno do câncer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aproveitamento de oportunidades para captar pacientes ▪ Monitoramento dos casos ▪ Brevidade para início do tratamento do CCU 	Contrarreferência não institucionalizada
Fluxo formal estabelecido entre os pontos da rede	Necessidade do usuário em construir itinerários de cuidado
	Sistema de Informação do Câncer de difícil operacionalização
Dispositivos de gestão favoráveis ao fortalecimento da rede	Sobrecarga dos serviços municipais por demanda externa
	Visão conflituosa acerca da regulação

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nos dados das entrevistas, leituras complementares e conhecimentos intrínsecos.

POTENCIALIDADES

Acesso facilitado à Unidade de Saúde da Família

A facilidade de acesso à Unidade de Saúde da Família (USF) foi uma das questões encontradas no presente estudo. As falas dos entrevistados apontam para a inexistência de barreiras para atendimento na USF, onde o exame citopatológico é ofertado sem restrições pela equipe.

Apesar de existir uma agenda para coleta da citologia na USF, foi relatado que não há impedimento para a realização deste exame em outros dias ou horários, existindo uma flexibilização de agenda diante da necessidade da usuária, o que facilita seu acesso. Outra questão relatada foi a possibilidade de absorção de demanda do profissional de outra equipe, frente a situações esporádicas, reforçando o conhecimento de todos da unidade sobre a importância de não impor limites para realização do exame de rastreio.

Nós temos a orientação de não fazermos mais um cronograma, com a finalidade de não limitar o acesso dessa mulher, mas de toda forma a gente tem que criar [...]. Na minha vivência, por exemplo, é na quinta-feira à tarde e na sexta-feira de manhã, embora não me impeça de que eu colha um citológico numa segunda, numa quarta, numa terça-feira. Se [...] ela tiver se queixando e ela quiser colher um citológico naquele momento [...], eu não limito o acesso [...]. Existe [...] uma abertura, uma negociação pra que a gente possa atender a de uma colega também, por exemplo, ela tá de férias [...] a gente se organiza pra que não barre a comunidade (Profissional 1).

O município conta com apoio da Universidade Federal da Paraíba no sentido de proporcionar maior oferta e acesso à citologia. A universidade tem um projeto direcionado ao CCU, que envia estudantes dos cursos de enfermagem e medicina juntamente com seus professores para realização da coleta do citológico nas usuárias das USF. Também foi identificado nas entrevistas, uma preocupação da gestão no sentido de ampliar o acesso às unidades que realizam tal exame.

[...] nós contamos também com a Universidade Federal da Paraíba, né? Elas tem um projeto que nos enviam mestrandas também e alunas da graduação do curso técnico e do curso superior e elas também desenvolvem um projeto aqui com a unidade. Então essas pacientes que eu te falei que não podem na quinta-feira de tarde, não podem na sexta de manhã, a gente também pode tá triando (encaminhando) para as professoras da universidade [...] (Profissional 1).

A gente tem promovido algumas ações [...] tanto na questão dos dias D, como na questão da rotina diária dentro das unidades né, com salas de espera, reuniões com a comunidade, [...] então toda essa lógica de divulgação de ampliação do acesso pra esse serviço ele é feito pelas unidades de saúde da família em conjunto com as áreas técnicas (Gestor 1).

Como refere Travassos e Martins (2004), acesso está relacionado à entrada do usuário no sistema de saúde, correspondendo a um dos direitos básicos que lhe deve ser garantido. É apresentado como um dos elementos para a garantia da continuidade do cuidado, sendo o acesso resolutivo e em tempo oportuno um desafio para o SUS.

A facilidade do acesso é citada como um princípio da Carta de Direito dos Usuários da Saúde (CDUS), que traz como eixo norteador, acesso e acolhimento (BRASIL, 2000). Segundo Starfield (2004), acesso é permitir o uso oportuno dos serviços, com a finalidade de alcançar os melhores resultados possíveis. Desta forma está relacionado a qualidade desse acesso e a maneira de como o usuário experimenta o serviço de saúde.

No que se refere ao câncer de colo uterino, ter acesso facilitado a Unidade de Saúde da Família (USF) é de fundamental importância para o controle dos casos desta patologia, uma vez que o exame de rastreamento deste câncer é ofertado na atenção primária.

Em estudo realizado com usuárias que apresentaram alteração na citologia oncótica, foi identificado que o acesso à coleta desse exame, atendeu à demanda apresentada e ultrapassou a meta estabelecida pelo programa do câncer de colo uterino. Esse achado é de extrema importância, já que a realização do exame de rastreio se constitui como a porta de entrada das mulheres para o cuidado, no tocante à prevenção e ao tratamento do câncer de colo de útero (CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015).

Diferente do que foi encontrado no presente estudo, Souza et al (2008) relatou dificuldade de acesso ao serviço de saúde por vários motivos, dentre eles baixa cobertura da estratégia saúde da família, falta de profissional, demanda maior do que a oferta. Brito-Silva. et.al (2014), atribuiu a dificuldade de acesso à atenção básica à uma baixa flexibilização no agendamento de consultas, com excesso de procedimentos burocráticos contribuindo para desestimular a usuária na procura do serviço.

Dificuldades dos usuários em acessar a USF determinando a busca de outros serviços de saúde para resolução de seus problemas bem como demora no atendimento, contribuindo para diminuição a credibilidade da ESF, constituíram achados de estudos relacionados ao acesso (CORREA, et. al., 2011; SCHWARTZ et.al., 2010)

O acesso aos serviços de saúde está relacionado à integralidade das ações. Sua falta compromete a finalização do cuidado e a garantia da resolutividade dos problemas dos usuário, fragilizando assim o alcance da integralidade (TAKEMOTO; SILVA, 2007)

Desta forma, promover acesso aos serviços de saúde, favorece o alcance de melhores resultados nas intervenções realizadas, além de possibilitar a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção. O acesso e o acolhimento são fundamentais em qualquer instituição de saúde, especialmente nas unidades da Estratégia Saúde da Família (CORRÊA, et. al. 2011).

Rastreamento e acompanhamento oportuno do CCU.

Para o controle efetivo do CCU é necessário que haja uma articulação entre os diversos níveis de atenção, bem como rastreamento de possíveis casos e monitoramento. A realização desse rastreamento e monitoramento foi identificada nas entrevistas e será discutida

em três sub categorias: aproveitamento de oportunidade para captar pacientes; monitoramento dos casos; brevidade para início do tratamento.

- Aproveitamento de oportunidades para captar pacientes

Durante a investigação, foi identificado nas falas de um dos participantes, que há uma rotina para realização de rastreamento oportuno dentro do serviço; nas reuniões de grupo de gestante, nas salas de espera, nos espaços de acolhimento. É uma estratégia adotada pela unidade para captar pacientes e estimular a realização do exame naquele momento. Nesses espaços de coletividade, são oferecidas ações educativas acerca do câncer de colo uterino, enfatizando a importância da prevenção e diagnóstico precoce. Também são abordadas outras temáticas relacionadas a saúde da mulher, como planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama.

Nós aproveitamos [...] muitas vezes a sala de espera, porque a gente tira aquele turno pra fazer os exames ginecológicos e fazer o Papanicolaou. [...] A gente aproveita que é uma demanda homogênea, pra tá conversando sobre assuntos afins. Então a gente conversa com elas sobre câncer de mama, câncer de colo, DSTs, planejamento assim, as outras temáticas também ligadas à saúde da mulher [...] Essas ações são desenvolvidas na unidade durante todo o ano [...], porque nós temos grupo de gestante em que a gente fala sobre isso, a gente aproveita o gancho [...]. Quase que em todas as oportunidades, a gente aborda esse aspecto, porque a mulher independente de tá grávida é mulher né? (Profissional 1).

Assim como encontrado no município em questão, o aproveitamento de oportunidade corresponde à uma estratégia para otimizar a entrada das mulheres no serviço de saúde, identificando necessidades que ultrapassem a sua queixa inicial (BRITO-SILVA, 2013).

Considerando a baixa adesão ao citopatológico por mulheres com faixa etária mais avançada, Amorim et al. (2006) destacam a importância de aproveitar a demanda dessas mulheres no serviço de saúde em decorrência de outras queixas, para realização do Papanicolaou. Essa prática também foi relatada pelo participante do presente estudo, quando refere aproveitar a presença das usuárias na unidade orientando-as sobre assuntos diversos relacionados à saúde da mulher bem como a importância da realização do citológico.

É necessária a implantação de estratégias que visem melhorar o acolhimento às usuárias na unidade de saúde, realização de atendimentos sem agendamento prévio, horários alternativos e busca ativa de mulheres na faixa etária prioritária (PARADA et al., 2008). Como relatado pelos entrevistados, a unidade apresenta uma flexibilidade de atendimento às usuárias, com a finalidade de acolher essas mulheres e não restringir seu acesso.

A frequência constante em que o tema é discutido na unidade, foi outro ponto relatado, além de ser uma prática e uma fala de todos os que atuam na equipe de saúde. Este achado demonstra que a equipe se encontra alinhada, entendendo a magnitude do problema, contribuindo assim para o controle deste agravo.

[...] as residentes falam, os internos de medicina falam em rodas de conversa, em sala de espera, na sala de espera do acolhimento, enfim, durante todo o ano esse tema é batido e trabalhado. (Profissional 1)

A realização periódica do citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada e eficaz para o rastreamento do câncer do colo do útero. No âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por CCU é importante uma alta cobertura na realização do Papanicolaou para população alvo. A detecção precoce do CCU em mulheres assintomáticas corresponde a principal iniciativa do Programa Nacional de Controle do CCU (INCA, 2011). Nesse contexto, o rastreamento oportuno parecer ser uma boa opção.

Nesse contexto o rastreamento oportuno parece ser uma boa opção, pois como pôde ser evidenciado, ele se apresentou como um recurso efetivo para prática em saúde. Estabelecimentos como USF se mostraram ambientes propícios para que profissionais realizassem atividades de rastreamento oportuno e de intervenções breves voltadas para prevenção do CCU.

As situações oportunas para se considerar a aplicação do rastreamento e das intervenções breves, seriam ações realizadas em locais públicos, campanhas educativas, visitas domiciliares, grupos de gestantes hipertensos, diabéticos. (GONÇALVES et.al, 2011).

Apesar de prática frequente em vários países, dentre eles o Brasil, o rastreamento oportuno tem sido questionado sobre sua efetividade. De acordo com Vale et.al (2010) esta modalidade de rastreamento não tem sido eficiente em reduzir taxas de incidência e mortalidade do CCU, apresenta baixa cobertura, rastreia de forma excessiva um pequeno grupo de mulheres, sendo considerado, portanto, menos custo efetivo.

Por mais que não seja ideal para garantir a efetividade de um programa, o rastreamento oportunístico tem sido apontado como uma alternativa para captar usuárias, não devendo desta forma ser desperdiçada (RIBEIRO et al, 2011).

O rastreamento organizado do câncer do colo do útero é um desafio a ser vencido para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional. No

Brasil, a inexistência atual de um cadastro universal de base populacional consistente dificulta o recrutamento de mulheres como o realizado em países mais desenvolvidos. (INCA, 2011)

- Monitoramento dos casos

Outro ponto encontrado no estudo, foi a prática de monitoramento dos casos de CCU. Uma vez diagnosticados, é necessário que eles sejam acompanhados. O município precisa estar ciente de algumas informações, dentre elas se a paciente foi comunicada do diagnóstico, qual estadiamento encontra-se o tumor, qual faixa etária as pacientes de determinada região estão sendo mais acometidas, em qual localidade há um maior número de casos, bem como se a paciente foi encaminhada para tratamento, e sua adesão. Algumas falas dos participantes puderam ratificar esta prática de monitoramento, por meio de ações e estratégias adotadas pelo município destacando o papel do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

A gente não perde ela de foco já que ela é da nossa área de abrangência. Na grande maioria das vezes ela fica vindo, ela continua vindo na unidade pra nos dar o retorno e a gente fica acompanhando certo e ela repete o citológico. A gente não perde, vamos dizer, o contato com ela (Profissional 1).

O SISCAN ele é um serviço, um sistema online, na plataforma online e na medida em que são digitados e liberados os resultados, automaticamente o município já está visualizando o resultado da mulher, então isso é muito bom, realmente tem essa interatividade, né? (Diretor Assistencial 1).

Como tem o monitoramento na área técnica do SISCAN então ela dá esse feedback, dá esse retorno para que se faça busca ativa das mulheres. Muitas vezes são exames que são identificados; porque lógico, não pode só receber o exame, você tem que dar seguimento porque pode ser que dentro daquele exame tenha uma vida. Então quando isso é sinalizado através do SISCAN que se vai atrás da mulher, muitas vezes a mulher não mora em João Pessoa, ou ela trabalha na casa de família, ou ela veio por um tempo e acaba que a atenção básica começa um diagnóstico e não encontra mais essa mulher (Gestor 3).

[...] a gente faz o monitoramento do sistema a cada dois meses, filtra os exames com lesão de alto grau, um carcinoma invasivo, um NIC II um NIC III, encaminha pra unidade de saúde onde essa mulher é cadastrada pra que seja feita a busca ativa por que a gente tem uma preocupação muito grande em começar a respeitar a lei dos 60 dias [...] Por exemplo, lesão de alto grau em 2015 até 30 de novembro a gente tem 66 casos. Aí encaminha, a menina vai imprimir o laudo ne, a gente encaminha pra cada unidade, pra cada distrito e os distritos ficam com responsabilidade de encaminhar para as unidades pra essa busca ativa (Gestor 2).

Como pôde ser observado nos relatos apresentados, a implantação do Sistema de Informação do Câncer - SISCAN foi uma estratégia importante para realização do monitoramento. Este sistema foi criado para auxiliar estados e municípios a gerir os serviços

oncológicos da rede pública, possibilitando assim um histórico de diagnóstico e tratamento em todo o país (IVANOV, 2013)

Com a implantação desse sistema as informações ficam disponíveis em tempo real, sendo possível mapear os casos e acompanhar o trajeto da paciente na rede. Por meio do sistema é possível acompanhar os casos de câncer de colo de útero e câncer de mama, uma vez que o SISCAN é uma versão que engloba os antigos Sistema de Informação do Colo - SISCOLO e Sistema da Informação da Mama - SISMAMA.

O SISCAN consiste em uma ferramenta de gestão para o fortalecimento da atenção ao CCU, na medida em que permite a visualização do trajeto das mulheres com exames alterados. O sistema é integrado ao Cadastro Nacional de Cartão Saúde - CadSUS e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (INCA, 2013).

Apesar de permitir a integração de cadastros, é importante lembrar que, de acordo com o que foi relatado pelos participantes, o SISCAN apresenta algumas limitações como não emitir relatórios gerenciais com percentuais específicos de adequabilidade da amostra, e nem selecionar tipos de lesões encontradas nas lâminas, além de apresentar dificuldades na sua operacionalização por lento processamento dos dados.

Em estudo realizado em um município paulista, o SISCAN foi avaliado como simples porém com baixa aceitabilidade pelos profissionais. O sistema foi classificado como instável e atingiu parcialmente seus objetivos sendo por muitas vezes subutilizado. Seu manual foi considerado de difícil entendimento pelos profissionais (SARTORI, 2016).

É importante destacar que foram identificados na literatura poucos estudos que se propuseram ou avaliar a qualidade do SISCAN ou abordar questões relacionadas à sua implementação em diferentes cenários, provavelmente pela sua recente implantação.

- Brevidade para início do tratamento do CCU

Uma vez diagnosticado o câncer de colo uterino, faz-se necessária a adoção de medidas que visem iniciar o mais precocemente o tratamento deste agravo, de forma a diminuir os danos e repercussões negativas. Uma rede de serviços bem estruturada e articulada facilita o alcance desta brevidade no tratamento.

No município-chave, os entrevistados além de enfatizar a facilidade de acesso ao serviço de atenção terciária, relataram que o início do tratamento do CCU tem acontecido

logo após a confirmação do diagnóstico, de forma precoce, inclusive dentro do que é preconizado pela Lei 12.732/2012, a Lei dos 60 dias. Esta lei dispõe sobre o início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada, assegurando a gratuidade da terapêutica e estabelecendo prazo máximo de sessenta dias contados a partir da data do diagnóstico, para início de tratamento.

Não tenho visto os pacientes ficar três quatro meses esperando não [...] não tem essa espera de 60 dias não [...] normalmente antes dos 60 dias elas tem sido tratadas [...] Quando eu comecei a trabalhar aqui, a gente pegava muitos casos avançados que eram os casos em que você não tinha mais o que fazer. Hoje em dia a gente pega muitos casos avançados [...] mas são casos tratáveis ainda [...] com essa questão da prevenção, do Papanicolaou [...] tem chegado muito paciente em estágio ainda de tratamento (Profissional 3).

Chegou aqui já sabe, flui rápido esse tratamento. Talvez a demora seja assim entre 20 e 30 dias pra parte de quimioterapia [...] Radioterapia até flui mais rápido. Essa primeira consulta e início de tratamento [...] não tá gerando fila, então a paciente [...] vem do pós-operatório, ele ver os resultados tudo direitinho dos exames, aí já encaminha pra quimio e radio (Diretor Assistencial 2).

[...] se der um resultado alterado a gente já faz busca ativa também através do agente de saúde, a gente pede que ela venha aqui, não vai dizer o que é, mas a gente pede pra que ela venha aqui que eu tô querendo conversar, enfim, pra que a gente inicie esse tratamento o mais rápido possível, né? (Profissional 1).

Assim como encontrado no presente estudo, em um município paulista, a viabilização do acesso à atenção terciária para tratamento dos casos de câncer ocorreu em um intervalo curto de tempo. Esta realidade foi atribuída ao fato de existir uma priorização de encaminhamento imediato das usuárias aos serviços de referência (BRITO-SILVA et.al., 2014).

Fluxo formal estabelecido entre os pontos da rede

Foi observado nas entrevistas que há uma sequência estabelecida no que se refere ao percurso das pacientes pelos diferentes pontos da rede. Na maioria das vezes elas dão entrada pelo serviço de atenção primária, e dependendo de suas necessidades, são referenciadas para outros serviços de diferentes densidades tecnológicas, conforme desenho da rede do município (Figura 1).

É possível perceber uma organização no direcionamento das pacientes na seguinte ideia: De onde vem? O que faço? Para onde mando? De onde vem a paciente que chegou no serviço?; o que fazer com ela no serviço?; para onde mandar caso o serviço não tenha

condições de atender suas necessidades atuais?. Nos trechos abaixo é possível evidenciar a prática do profissional de encaminhamento de pacientes a outros pontos da rede com intuito de promover uma continuidade assistencial.

Quando é necessário fazer um exame complementar, como a colposcopia [...] a gente tem as unidades de referenciar [...] pra dar continuidade ao tratamento [...] a gente faz o encaminhamento [...] identificando a necessidade, a alteração, enfim e a gente encaminha a paciente pra unidade de tratamento complementar (Profissional 1).

[...] paciente chega aqui, veio com a citologia alterada, a gente faz a colposcopia, né? Quando você ver a lesão, já me dá o direito de fazer a biopsia [...] e aí quando a biopsia vem, que já vem com o resultado alterado, aí eu já posso fazer o CAF [...] aquelas pacientes que fazem o CAF que dá lesões tipo NIC II, NIC III e até o câncer microinvasivo né a gente pode dar continuidade do atendimento aqui [...] Quando é um câncer invasivo, eu já mando uma cartinha pra o Laureano né, aí lá especifico a que a paciente se submeteu, digo o que foi feito aqui, o resultado do anatomopatológico e tô encaminhando pra o Laureano (Profissional 2).

Quando o exame chega, se tiver alguma alteração, o enfermeiro da unidade pede pra entrar em contato com o usuário pra o usuário ir lá na unidade. O usuário vai na unidade, conversa com o enfermeiro e aí o enfermeiro referência pra uma unidade de tratamento maior que pode ser um Laureano, dependendo do caso, pra que seja feito alguns exames específicos (Gestor 1).

[...] a partir do momento que se recebe o resultado, e se identifica esses resultados, eles são dados os encaminhamentos, então a mulher é encaminhada pela própria unidade. O médico faz o encaminhamento ao ginecologista, ou então o próprio medico pede uma colposcopia, ou então o próprio medico direciona para o CEDC (Gestor 3).

[...] o profissional já visualiza que esse exame veio alterado, imediatamente ele solicita os exames complementares, biopsia ou outro que seja preciso e a própria unidade de saúde regula, faz a marcação pela regulação pra o serviço onde essa mulher vai ser encaminhada que 90% é o CEDC, pra ter o diagnóstico definitivo (Gestor 2).

Assim como acontece no município em questão, Almeida et.al, (2010) demonstraram em seu estudo que o percurso dos usuários para acessar a atenção especializada ocorre por meio dos encaminhamentos realizados pela atenção básica. Segundo os autores ter uma rede comunicante, com fluxos assistenciais estabelecidos permite a continuidade da assistência.

No presente estudo é possível observar por meio das falas dos participantes, a existência fluxos formais estabelecidos, o que garante o percurso das usuárias por diferentes níveis de atenção. Tal achado não foi encontrado em estudo realizado em grandes centros

urbanos, no qual não foi referido o estabelecimento de fluxos formalizados para que os usuários tenham acesso a atenção hospitalar (ALMEIDA et.al. 2010).

Dispositivos de gestão favoráveis ao fortalecimento da rede

Durante as entrevistas, os gestores municipais relataram a adesão a alguns programas ministeriais com a finalidade de fortalecer a atenção ao Câncer de Colo do Útero. Programas como Requalifica UBS, QualiCito e Telessaúde foram citados como componentes importantes no desenvolvimento de um cuidado diferenciado.

O município aderiu a proposta de tá construindo unidades de saúde integradas. Ou seja, tem um prédio para duas, três ou quatro equipes[...] A grande maioria das unidades integradas que a gente tem hoje [...] a gente tem uma boa estrutura para o exame e isso faz com que a usuária procure e se sinta satisfeita em fazer o exame dentro da nossa rede do SUS [...] A maioria dessas reformas que a gente tem é de um programa chamado Requalifica UBS, [...] um programa que o município faz adesão e que o ministério da saúde ele entra com contrapartida e o município ele entra com outra [...] o município ele tem trabalhado muito nessa perspectiva e a gente pretende e acha que o ano que vem a gente vai conseguir ampliar mais algumas equipes de saúde da família (Gestor 1).

Além da adequação da estrutura física das unidades e ampliação das Equipes de Saúde da Família, o Requalifica UBS permite uma unidade acolhedora e estruturada, com salas específicas para a coleta do exame, favorecendo a procura das mulheres para realizar o citopatológico, repercutindo de maneira positiva no diagnóstico precoce e na diminuição dos casos de CCU.

O Requalifica UBS é um programa ministerial que foi criado em 2011 para estruturação e fortalecimento da atenção básica. Tem como objetivo criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde localizadas em todo território nacional, com intuito de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica.

Por meio desse programa, o Ministério da Saúde propõe uma estrutura física adequada e dentro dos padrões de qualidade às unidades básicas de saúde, possibilitando mudanças nas práticas e melhor desempenho das equipes de saúde. Dentre as ações do programa estão a reforma, ampliação e construção de unidades básicas de saúde. Tanto a reforma como a ampliação e construção de unidades são regidas por legislação que asseguram de forma detalhada essas questões (BRASIL, 2016)

Outra estratégia do Ministério da Saúde, à qual o município estudado fez adesão, é o programa QualiCito. Além da habilitação dos laboratórios conveniados para processamento

dos exames relacionados à atenção ao CCU, os laboratórios da rede também são monitorados quanto a qualidade de suas instalações, equipamentos e insumos, visando a liberação dos resultados com diagnóstico correto e em tempo hábil.

A gente faz parte do QualiCito ne, que é a política do ministério da saúde né pra questão da qualidade desses citológicos. Uma vez por ano a gente solicita a vigilância sanitária uma visita de inspeção a esses laboratórios, a esses serviços pra ver se realmente eles estão cumprindo com o que foi pactuado no QualiCito (Gestor 2).

[...]o laboratório ele foi em 2015 também habilitado como laboratório tipo I pelo Ministério da Saúde, que é o laboratório que faz os exames ne, normais de colo de útero, o citopatológico de colo de útero e também habilitado como laboratório tipo II que é o laboratório de controle de qualidade dos exames de citopatológicos que são feitos de toda a rede de laboratórios da Paraíba [...] A gente foi habilitado ne pela portaria QualiCito como laboratório tipo I e II. É o único no estado tipo II, responsável pelo controle de qualidade (Diretor Assistencial 1).

O QualiCito é um programa do ministério da saúde que consiste na definição de padrões de qualidade dos exames de citopatológico do colo do útero, por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos ou privados que são conveniados com o SUS. Seus critérios de habilitação estão estabelecidos na Portaria Ministerial nº 3.388, de 30 dezembro de 2013 e pela Portaria nº 176, de 29 de janeiro de 2014 que altera posteriormente alguns dispositivos da primeira.

Dentre seus objetivos estão promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos ofertados à população; promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico; estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de prestadores; promover a educação permanente dos profissionais de saúde e monitorar, por meio do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou do sistema de informação vigente, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos.

A habilitação é dada em laboratórios Tipo I e Tipo II. Laboratórios Tipo I correspondem aos estabelecimentos, públicos ou privados que realizam exames citopatológico no âmbito do SUS. A habilitação em laboratório Tipo II está relacionada ao monitoramento por parte dos laboratórios públicos sobre a qualidade dos exames realizados por outros laboratórios. Além de realizar os exames, o laboratório Tipo II realiza ações de Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ).

No que se refere a atuação dos profissionais, frente a este cenário do CCU, o município-chave destacou a adesão ao Telessaúde, uma ferramenta nacional de tecnologia, como auxiliar na capacitação dos profissionais da área da saúde, visando qualidade do atendimento na atenção básica.

A gente também tem uma plataforma fundamental na atenção básica hoje que é o Telessaúde rede João Pessoa que é um programa do ministério da saúde também que nós fizemos adesão [...] Na verdade João Pessoa hoje, 98% ela tem adesão das ações, programas e estratégias que o ministério da saúde ele traz né [...] Então a gente já tem essa discussão do Teleeducação com todas as áreas técnicas e a saúde da mulher não vai ser diferente né. Vamos ter momentos do Teleeducação junto com a saúde da mulher pra que a gente possa formalizar toda essa lógica de discussão de educação permanente, educação em saúde com os profissionais que estão na ponta, todos eles, desde o agente comunitário de saúde até o médico, enfermeiro, técnico, todos eles, recepcionista (Gestor 1).

É uma ferramenta que a gente vai começar a usar agora em 2016 né nesse sentido né de qualificação pra os profissionais da atenção básica. Porque muitas vezes fica complicado você tirar os profissionais das unidades de saúde, porque são várias áreas qualificando né e atualização, você pode preparar atualização EAD pelo Telessaúde que dá certo (Gestor 2).

O Telessaúde é um componente do programa de requalificação das UBS, que tem como objetivo ampliar a resolutividade da AB e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Assim, permite a melhoria da qualidade do atendimento na medida em que desenvolve ações de educação permanente com os profissionais.

As atividades do Telessaúde Brasil Redes são realizadas por núcleos que promovem atividades técnicas, científicas e administrativas para planejar, executar, monitorar e avaliar ações de telessaúde como teleconsultoria, telediagnóstico e teleeducação. Os usuários e estabelecimentos que realizam essas modalidades são registrados em plataforma on line. O Telessaúde Brasil Redes foi redefinido e ampliado pela Portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011 (BRASÍLIA/DAB, 2015).

A adesão a esses programas ministeriais corresponde a uma boa estratégia para o fortalecimento da rede de atenção ao câncer de colo uterino. O RequalificaUBS auxiliou na reforma e adequação das unidades de saúde da família, transformando-as em unidades integradas, que são aquelas que comportam mais de uma equipe de saúde da família, disponibilizando uma sala específica com equipamentos e insumos adequados para realização do exame citológico. O QualiCito assegura qualidade dos resultados dos exames para

diagnóstico de lesões precursoras e do CCU, na medida em que são implantadas ações de monitoramento das práticas dos laboratórios conveniados com a rede. O Telessaúde se apresentou como uma ferramenta para atualização e capacitação de profissionais que atuam na atenção básica, desenvolvendo atividades de educação à distância, representando um importante aliado na atenção ao CCU.

É importante destacar que apenas a adesão à esses programas ministeriais não garante a eficácia na atenção ao CCU. É preciso estar atento ao monitoramento desses programas a fim de verificar o cumprimento de suas ações e o alcance de metas estabelecidas.

Nos levantamentos realizados, não foram encontrados estudos que tivessem em seus resultados, a identificação específica desses dispositivos de gestão como estratégias para o fortalecimento da rede de atenção, provavelmente pela atualidade dos respectivos programas.

LIMITAÇÕES

Baixa resolutividade da APS

Resolutividade está relacionada ao acesso oportuno do usuário ao serviço de saúde e este, dentro de suas capacidades técnicas e estruturais, procura atender suas necessidades imediatas. Por vezes, unidades de saúde não consegue essa resolutividade, o que pode impactar de forma negativa no alcance de bons resultados.

Alguns achados do presente estudo contribuíram para classificar a APS do município como de baixa resolutividade. Este cenário foi evidenciado principalmente pelo excesso de encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde. O que poderia ser resolvido nesta densidade tecnológica foi direcionado à outro nível de atenção sem a real necessidade. Este fato pode ser ocasionado por uma fragilidade na capacitação e atualização de práticas dos profissionais que por não saberem como conduzir um caso, encaminham numa tentativa de se desresponsabilizar do problema.

Essa fragilidade na capacitação além de refletir em excesso de encaminhamentos, refletiu também em uma inadequada coleta de exames de citologia, dificultando o diagnóstico correto em tempo hábil.

Estas questões serão melhor apresentadas e discutidas nas subcategorias: profissionais pouco capacitados para atenção ao CCU; encaminhamentos inadequados para atenção secundária; inadequada coleta do exame citopatológico.

- Profissionais pouco capacitados para atenção ao CCU

A carência de capacitação para os profissionais da atenção primária foi um dos achados encontrados no presente estudo. Foi relatado por um dos participantes que apesar de haver uma preocupação da secretaria de saúde com este aspecto, não há uma programação periódica de capacitação para esses profissionais.

Não existe uma rotina fixa de capacitação, [...] mas [...] eu acho assim que a gestão e a própria secretaria, o setor de saúde da mulher, eles têm um pouco essa preocupação [...] Não pode ser esquecido, deveria sim pelo menos uma vez por ano a gente ter uma atualização, sabe? (Profissional 1).

Outra evidencia de fragilidade na atualização de profissionais, encontrada durante as entrevistas, está relacionada a realização de uma prática que, atualmente, não é mais recomendada pelo Ministério da Saúde: a utilização do iodo durante a citologia para realização do teste de Schiller. Esta corresponde a uma prática descontinuada. Desta forma, fica claro a necessidade de atualização de práticas dos profissionais que atuam na APS.

[...] é um material mínimo, a gente já poderia fazer o Schiller mas não é rotina. A gente já teria mais uma noção de como aquela área reagiria diante da presença do iodo entendeu? (Profissional 1).

A realização de ações que tem como objetivo a capacitação de profissionais e a atualização de suas práticas em saúde tem sido cada vez mais necessária para se obter resultados que impactem de forma positiva nas condições de saúde da população. De acordo com as entrevistas é possível identificar que as ações de educação aos profissionais de saúde precisam ser intensificadas no município tanto pelo relato referindo não haver rotina fixa de capacitação para os profissionais quanto pela realização de uma pratica não mais recomendado. .

A baixa capacitação profissional na atenção oncológica corresponde a um dos fatores que contribui para casos de diagnósticos tardios de CCU (INCA, 2006)

Alguns fatores estão associados para um projeto bem sucedido de controle do CCU, dentre eles estão assegurar métodos com supervisão de qualidade das práticas de saúde; treinamento com motivação a todos os funcionários, além de proporcionar qualificação formal aos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência à mulher (NETO et.al, 2001).

- Encaminhamentos inadequados para atenção secundária

As falas dos entrevistados referem um excesso de encaminhamentos para atenção especializada. Esse tipo de prática fragiliza a rede na medida que dificulta o acesso a esse nível de atenção, fragmentando o cuidado e comprometendo a continuidade da assistência. Problemas que poderiam ser resolvidos na APS não são resolvidos.

Estudo realizado por Bottari, Vasconcelos e Mendonça (2008) constatou que os encaminhamentos são realizados com intuito de repassar a responsabilidade e não compartilhá-la na busca conjunta por um plano terapêutico adequado. Essa prática causa atraso no diagnóstico do CCU e superlotação dos serviços de atenção especializada com demandas desnecessárias.

Nas entrevistas realizadas no município de João Pessoa, foi relatado um excesso de encaminhamentos para realização de colposcopias sem a realização prévia da citologia; exame preconizado para rastreamento do CCU.

Começou a chegar aqui muitas pacientes sem indicação de tá aqui: [...] um corrimento vaginal, uma inflamação. Então [...] deixou de tá atendendo as patologias de alto grau, as citologias de alto grau e começou a atender no geral [...]. A gente tem que deixar vir aqui aquilo que realmente precisa ser aqui, porque se não, a gente vai deixar de ser unidade especializada pra ser unidade básica. Pra você ter uma ideia, tavam mandando colheita de citologia e colposcopia pra cá, fazer as duas coisas ao mesmo tempo, quando quem direciona a colposcopia é a citologia (Profissional 2).

Considerando as recomendações do INCA, os resultados de citologia normal e alterações benignas seguem a rotina de rastreamento citológico. Nas alterações pré-malignas é recomendada a repetição da citologia em seis meses; para alterações malignas, é indicada a realização da colposcopia, apresentando lesão na colposcopia, é recomendado o encaminhamento da paciente para realização da biópsia (INCA, 2006).

O que tem sido observado muitas vezes são encaminhamentos realizados sem necessariamente atender a essas recomendações do INCA. Essa prática também foi observada em um município do estado de São Paulo, onde esteve relacionada à insegurança dos profissionais diante do resultado da citologia, a não confiança nos resultados liberados pelo laboratório e insumos insuficientes para dar seguimento na própria unidade básica (BRITO-SILVA, 2013).

Encaminhamentos efetuados sem que tenham sido esgotados todos os recursos das ações e dos serviços da rede básica demonstram desresponsabilização com o cuidado ao

usuário, levando ao aumento desnecessário da utilização dos serviços de média e alta complexidades (CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015).

Esses encaminhamentos inadequados relatados pelos entrevistados do município de João Pessoa geraram a necessidade de reajuste de fluxo para acessar o serviço de atenção secundária. Ficou definido que além do encaminhamento à atenção especializada, as usuárias deveriam ter um exame de citologia alterado para acessar o serviço, o que justificaria sua necessidade, visto que as pacientes estavam chegando nesse serviço sem indicação.

[...] depois dessa reunião (reunião de ajuste de fluxo de atendimento) a paciente pra chegar aqui [...] ela tem que ter uma citologia alterada. [...] A paciente chegar como tava chegando; citologia normal, só pra fazer colposcopia. ‘Qual a sua indicação?’ Citologia normal. Não há necessidade de fazer né! Quem direciona a colposcopia mais uma vez, é a citologia. A citologia ela rastreia, tanto é que ela serve de rastreador universal para o câncer de colo né [...] Ou você cria um critério de citologia alterada, ou vai vim todo mundo e aí o que é que vai acontecer? Vai inchar o serviço e as paciente que realmente necessitam tá aqui não tão (Profissional 2).

Uma melhor orientação dos profissionais para o direcionamento de pacientes pode contribuir para qualificar a demanda, garantindo o acesso das usuárias que realmente necessitam do serviço, considerando que o não acesso ao serviço em tempo hábil gera futuros casos de câncer em estágio avançado.

[...] esse ano houve uma demanda bem maior, porque houve muita colposcopia desnecessária [...]. Então a enfermeira as vezes olha e vê uma ectopia, aí diz ‘uma ferida no colo, vou pedir uma colposcopia’ [...] Houve um aumento muito grande da demanda mas quando você ia ver, cadê as lesões? [...] Se a gente tá atendendo casos que não é pra tá aqui, quem tá atendendo os casos que precisam tá aqui? [...] vai acabar essas pacientes direto pra um câncer invasivo (Profissional 2).

Essa prática corriqueira além de repercutir de forma negativa na atenção do CCU, tem gerado absenteísmo por parte das usuárias, o que contribui para a dificuldade de acesso de outras usuárias aos exames.

É mostrar que o excesso de encaminhamentos gera muita falta [...] muitas vezes a mulher nem tem o resultado do citopatológico, mas tu já tá pedindo uma colposcopia. Cadê o dado dessa citologia? O que foi que deu nessa citologia pra eu tá pedindo essa colposcopia? [...] Pede uma colposcopia numa quantidade gigante, aí eu gero uma fila de espera; é uma fila de espera real? (Gestor 3).

A gente detectou também que estava tendo uma solicitação exagerada de colposcopia, e a gente sabe que a colposcopia ela não é um exame que você solicita por solicitar. Precisa ter toda uma avaliação e é nesse sentido também que a gente vai qualificar os profissionais. (Gestor 2).

- Inadequada coleta dos exames de Papanicolaou

Houve relato identificando a necessidade de capacitação profissional para a coleta da citologia, pois no município estudado, de acordo com um dos entrevistados, um percentual importante de exames é coletado de forma inadequada, não sendo possível sua análise para diagnóstico do câncer de colo uterino. Muitas amostras não apresentam células da Zona de Transformação (ZT), área essencial para a investigação de células cancerígenas.

[...] a gente já tá com uma programação de qualificação mesmo na questão da qualidade da coleta. Por que? Porque a gente identificou problemas em relação na qualidade da coleta. 45% das coletas, não é nem só em João Pessoa, no estado da Paraíba, 52% da qualidade das coletas elas não apresentam as células da zona de transformação. Então isso é bem preocupante, porque tem mulher que faz o citológico bem direitinho, todo ano, aí de repente recebe o resultado de uma lesão de alto grau e as vezes elas vem aqui, ‘eu quero saber porque isso aconteceu’, eu escutei isso de duas ou três pessoas que chegou a dizer que fazia todo ano e de repente [...] esse ano apresentou um resultado de câncer, de uma lesão mais grave” (Gestor 2).

Estudos mostram que a presença de células da ZT na lâmina coletada para realização do citopatológico, favorece a detecção de atipias celulares, enquanto sua ausência está associada ao maior percentual de resultados falsos negativos (FRANCO et.al., 2006).

Bastos et.al. (2012) também identificaram em seu estudo que um dos fatores que mais interfere na interpretação técnica do Papanicolaou, está relacionado a ausência ou escassez de células representativas da ZT. A chance de encontrar atipias em lâminas com presença de elementos celulares dessa área, foi cerca de cinco vezes maior se comparado às lâminas com ausência de células da zona de transformação.

Assim como no presente estudo, foi identificado em municípios brasileiros um percentual importante de amostras insatisfatórias o que pôde ser atribuído à falha na coleta ou insegurança na leitura das lâminas (NETO et.al. 2001).

Uma adequada coleta do material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. É necessário que esta coleta seja feita por um profissional de saúde habilitado e capacitado para tal atividade. Um fator importante para o bom desempenho do programa de rastreamento do CCU é a qualidade do exame citopatológico e a existência de profissionais de saúde treinados para o manejo adequado desde agravo (INCA, 2006). Desta forma, o acompanhamento da qualidade do exame citopatológico é um importante indicador para monitorar as ações de rastreamento.

Faz-se necessário refletir sobre a possibilidade de perda de oportunidade de rastreamento, visto que a coleta de uma nova amostra está na dependência da disponibilidade da usuária em comparecer novamente à unidade de saúde para repetir o exame. Várias terão dificuldade em conciliar sua agenda familiar e profissional com a data de uma nova coleta.

Sabe-se ainda que muitas delas não realizam periodicamente o exame; outras apenas o realizam quando há alguma queixa ginecológica. Gottens (2012) observou em seu estudo baixa adesão a rotina de realização do exame para detecção precoce do CCU, explicando em parte o diagnóstico tardio deste agravo, repercutindo negativamente no tratamento e no prognóstico.

Contrarreferência não institucionalizada

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde, é necessário que além da existência de serviços de diferentes densidades tecnológicas, a articulação desses serviços seja estabelecida tanto no ato de referenciar usuários para outro nível de atenção como no ato de contrarreferenciar. Instrumentos de referência e contrarreferência representam importantes ferramentas para integração dos serviços de saúde. Por meio de uma troca de informações eficaz entre os diferentes pontos de atenção, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem holística do paciente (GIOVANELLA, et al. 2009; LAVRAS, 2011).

No município estudado, a contrarreferência às unidades de saúde não foi observada como uma prática frequente. As informações sobre a evolução do tratamento das pacientes muitas vezes são fornecidas pelas próprias usuárias. A ausência desta prática é criticada pelo profissional de saúde, considerando que dificulta a avaliação longitudinal da paciente.

[...] essa contrarreferência nem sempre a gente recebe e isso aí a gente acha ruim [...] acha ruim não, acha péssimo, porque a gente precisa também saber como é que está se encaminhando o tratamento dessa usuária nossa que continua sendo nossa, da nossa área de abrangência e de nossa responsabilidade. As vezes ela diz que tá tratando e ela, por não ser da área de saúde, não sabe dar os detalhes e eles, eu acho que por obrigação, teriam que contra referenciar no papel pra gente ficar ciente por quanto tempo, quais são os passos. Enfim, [...] não é aquela coisa sistematizada [...]. A gente deveria mesmo ter um instrumento que a gente pudesse tá dialogando (Profissional 1).

A contrarreferência tem sido destacada em várias investigações como um dos principais gargalos do sistema de saúde, sendo apontada como, praticamente, inexistente nos serviços (ESCOREL et.al., 2007; PONTES et al, 2009; MACHADO et al, 2011).

A visão equivocada da contrarreferência foi um ponto que emergiu durante as entrevistas. Foi percebida em uma das falas como uma prática que consiste em “devolver” a paciente para o serviço de origem, quando na verdade a contrarreferência está relacionada ao compartilhamento de responsabilidades, permitido que a APS também participe desse cuidado, munindo-a de informações. Foi citado também que esta rotina depende do profissional que está conduzindo o caso, numa ideia de prática não institucionalizada.

[...] mas isso não é uma coisa assim que se faz. Elas (as pacientes) as vezes pedem o relatório porque o médico do posto de saúde pede o relatório pra saber do andamento da doença. A gente fornece, mas normalmente as pacientes que vem tratar aqui elas acabam ficando por aqui. A gente não tem muito pra quem devolver essa paciente. Elas ficam aqui no serviço mesmo (Profissional 3).

Em algumas unidades a gente consegue ter essa lógica. Na verdade isso depende muito do médico especialista né. Alguns médicos especialistas eles têm dentro de sua rotina essa lógica de estar mandando de volta, outros não tem (Gestor 1).

A inexistência da contrarreferência apareceu como uma importante lacuna representando uma fragilidade da rede de atenção para o alcance da integralidade. Em alguns estudos, ao encaminhar usuários para realização de procedimentos cirúrgicos, não foi observado acompanhamento posterior pela USF. Também não foram mencionados mecanismos de referência e contrarreferência, entre unidades básicas e pronto-atendimento (ALMEIDA et al.,2010; GOTTEMS, 2012).

Em estudo de Silva et.al. (2016), a maioria dos profissionais entrevistados relatou que a atenção básica não realiza nenhum tipo de acompanhamento das usuárias e não recebe contrarreferência dos níveis seguintes.

Necessidade do usuário em construir itinerários de cuidado

Em decorrência das barreiras impostas no acesso aos serviços de saúde, muitas vezes o usuário é levado a buscar outros caminhos, que não os formais, regulatórios, para ter acesso ao cuidado. Nas entrevistas realizadas foi relatada a necessidade que os pacientes têm de estabelecer seus próprios trajetos, quer seja por meio do conhecimento com pessoas

estratégicas (familiares ou atores de determinado serviço), quer seja pela busca de serviços privados.

Tem paciente que diz: ‘não, eu quero levar meu encaminhamento e eu vou fazer esse exame em outro local’ [...]. Ele não quer pela rede. Hoje é bem menos, mas acontece. Então ele leva a requisição dele. ‘Ah eu tenho uma pessoa que consegue pra mim facinho.’ Muitas vezes acontece e ele leva (Gestor 3).

A busca por exames na rede de serviços particulares foi relatada como uma tentativa de agilizar o início do tratamento no serviço público de atenção terciária.

[...] todos os paciente que eu opero eles são estadiados com ressonância porque eu forneço o pedido pra o paciente e eles fazem ou particular, ou fazem pelo sistema público mesmo, mas fazem em outro serviço. Faz fora. [...] É o paciente que vai pro posto de saúde com o pedidinho da ressonância, muitos e muitos deles não vão pro posto de saúde, eles fazem particular, eles pagam pelo exame e trazem o exame pra gente (Profissional 3)

[...] as vezes demora, acha que a parte do SUS tá demorando, então eles pulam e vão pra uma policlínica, realiza aquela biopsia e já traz pra cá entendeu? [...] ele as vezes desvia esse caminho aí do SUS pela demora [...] O que as pacientes reclamam muito são dos exames. Até fechar o diagnóstico, reclamam muito [...] Por exemplo, o médico daqui pede uma tomografia, pede uma ultrassom [...] quando eles voltam pra o seu PSF, ou seu município de origem, existe aquela demora [...] então é aí onde os pacientes perdem um pouquinho a paciência e terminam fazendo particular [...] junta, faz uma cotinha em família e tal, aquela cidade, ‘vamos fazer particular’ pra poder antecipar o início do tratamento[...] (Diretor Assistencial 2)

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Silva et. al. (2016), em que cinco dos seis casos analisados, as mulheres recorreram a serviços privados para realização de exames, considerando a limitação de vagas públicas e também como forma de iniciar o tratamento com maior brevidade. Em estudo realizado por Brito-Silva, et.at. (2014), muitas usuárias utilizaram além do SUS, outros meios de acesso aos serviços de saúde como exemplo os planos privados de saúde.

Malta et.al (2016) constatam que a intervenção de amigos, familiares e conhecidos ainda torna-se necessária para assegurar atendimento dos usuários a outros serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Em estudo que abrangeu grandes centros urbanos brasileiros foram identificadas em várias situações usuários se responsabilizando pela busca do seu atendimento especializado, o que pode indicar barreiras à porta de entrada pela APS, e problemas na organização do fluxo assistencial (ALMEIDA et. al., 2010)

A demora nos atendimentos no sistema público, ocasionada em grande parte pelo desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços e procedimentos, impulsiona a procura de rotas alternativas, numa tentativa de garantir acesso e tornar mais ágil o atendimento. Muitas vezes os usuários lançam o recurso do conhecimento que já possuem com familiares ou amigos, que atuam direta ou indiretamente no sistema de saúde, para adentrar de forma mais rápida na rede assistencial, “pulando” os fluxos regulatórios. Dá-se aí o estabelecimento de redes informais em que o acesso ao serviço de saúde fica na dependência do conhecimento com algum ator estratégico.

Nessa ideia de criação pelos usuários de suas próprias rotas de cuidado, Cecílio. et.al. (2014) discute sobre o “agir leigo” na saúde, demonstrando que além da regulação governamental, existem outros regimes de regulação na produção do cuidado, como o regime de regulação profissional, clientelístico e leigo. É por meio do “agir leigo” que os usuários constroem seus mapas de cuidado, indicando que há outros arranjos possíveis de sistema de saúde. Essa necessidade em que os usuários tem em criar sua própria rede reflete a falência do atual sistema organizacional. Por não haver integralidade, os usuários precisam ir por conta própria em busca dos serviços para completar sua linha de cuidado

Sistema de Informação do Câncer de difícil operacionalização

Apesar de importante estratégia adotada pelo município, várias queixas foram mencionadas em relação à implantação do SISCAN. A lentidão do sistema, fazendo com que sua eficiência seja questionada, agilidade das informações comprometidas, bem como a limitação na emissão de relatórios gerenciais e no monitoramento do alcance de metas foram alguns dos pontos destacados como limitações do sistema.

Uma coisa assim que realmente prejudicou muito esse ano, foi com a implantação do SISCAN [...]. Ele agregou SISCOLO e SISMAMA num único sistema. Fabuloso, espetacular, porém ele não funciona adequadamente [...] Anteriormente a esse sistema a gente tinha como traçar metas e identificava alguma situação crítica no município, através dos relatórios gerenciais que o SISCOLO emitia. Hoje a gente não consegue emitir esses relatórios no SISCAN, isso dificulta também porque aí como é que eu vou saber se aquela mulher apresentou uma lesão de alto grau e se tá sendo monitorada, se tá sendo feito alguma coisa por aquela mulher? [...] O sistema anterior possibilitava a gente extrair muitas informações, ele era um sistema muito robusto de informações e realmente a gente conseguia traçar uma meta pra trabalhar com as mulheres no município, então a gente tá sentindo muito o peso da mudança desse sistema (Diretor Assistencial 1).

De acordo com as entrevistas, a baixa qualidade na velocidade do SISCAN interfere na agilidade para liberação dos laudos. Muitas vezes os resultados dos exames são inseridos no sistema com atraso por dificuldades em acessá-lo. O sistema lento, trava constantemente não permitindo a agilidade necessária na emissão dos laudos. De acordo com o profissional isso é uma problemática que se repete em outras localidades.

[...] me parece que o servidor ele não tem uma capacidade grande [...], a gente não consegue trabalhar com ele, principalmente o pessoal da digitação. Quando começa a digitar os laudos o sistema cai [...] não é particularidade da Paraíba, mas todos os estados tem sentido realmente a dificuldade de trabalhar no sistema [...] é um sistema que cai, pra você ter uma ideia [...] aqui, eu tenho um digitador que tem, ele tem condições de digitar 200 laudos por turno, então se eu tenho uma pessoa dessa e ela vem trabalhar e digita três laudos, quatro laudos num turno, pra mim isso é complicado entendeu, porque isso vai tá também atrasando a liberação desse resultado (Roseane – CEDC)

Também foram encontradas questões relacionadas a dificuldade de monitoramento quando comparado ao sistema anterior. Esse monitoramento se refere tanto na realização ou não do exame e repetição dele sem necessidade, quanto na qualidade da amostra coletada e tipo de lesão encontrada. Segundo depoimentos, o sistema atual não permite essa performance.

[...] no SISCOLO a gente conseguia identificar que aquele município ele estava realizando exames sempre nas mesmas mulheres, e as mulheres que nunca fizeram exame [...] conseguia passar isso pra os municípios pra que eles pudessem fazer busca ativa naquelas mulheres que nunca fizeram o exame. Existia uma repetição de exames desnecessárias [...] Quando a gente trabalhava no SISCOLO [...] conseguíamos identificar por exemplo, o percentual de adequabilidade da amostra; insatisfatório, satisfatório. Outro dado: percentual de mulheres que realizaram o exame que apresentaram lesão de alto grau, então isso pra cada município [...] essa informação ela era muito rica pra gente porque a gente tinha realmente como ver o que era que tava acontecendo e hoje realmente com a implantação do SISCAN, isso a gente não consegue mais. Os relatórios que são extraídos, se não me engano, porque isso é da coordenação estadual [...] é quantitativo, só apenas de número de exames que foram feitos (Diretor Assistencial 1)

A Implantação do sistema de informação do câncer no município estudado, pareceu impactar na oferta e acesso, na medida em que ocasionou diminuição de vagas e dificuldade de acesso ao serviço de atenção secundária. Foram estabelecidas cotas de atendimento para os demais municípios do estado fazendo com que o serviço atendesse um número menor de usuárias de outras localidades. Essa definição refletiu também na insatisfação com a atuação da regulação, outro achado do estudo que será discutido posteriormente. Lembrando que o serviço de atenção secundária do município é de referência estadual e possui a particularidade

de ser de gerencia estadual e gestão municipal. Ou seja, apesar de ser um serviço estadual, é controlado pela regulação do município chave.

Um das dificuldades também que a gente viu no SISCAN é o seguinte: quando anteriormente a gente trabalhava com o SISCOLO [...] nós fazíamos uma média de aproximadamente 8 mil exames/mês, citopatológico de colo de útero tá, porque a gente recebia laminas de quase toda a Paraíba. Com o SISCAN [...] o laboratório do CEDC somente poderia fazer exames de municípios que tivessem pactuado o citopatológico para João Pessoa, e com isso aproximadamente 50% dos nossos municípios a gente teve que suspender o atendimento, que a agente também era porta aberta pra isso aí né [...] e isso pra surpresa nossa, com a implantação do SISCAN aqui no laboratório do [...], nós caímos pra 4 mil exames/mês e nós temos capacidade instalada pra 15 mil exames/mês né (Diretor Assistencial 1)

Em estudo realizado com objetivo de avaliar a qualidade do sistema de informação do câncer, foi identificado que para 75% dos profissionais o sistema atende parcialmente seus objetivos, e para 25% ele não os atende. O SISCAN foi avaliado como simples, mas com baixa aceitabilidade por esses profissionais, subutilizado, e seu manual foi considerado de difícil entendimento, instável e atinge parcialmente seus objetivos. O tempo de disponibilização dos resultados foi acima do esperado, impactando negativamente o seguimento e o início do tratamento de mulheres com lesões precursoras do câncer (SARTORI, 2016).

Sobrecarga dos serviços municipais por demanda externa

Na análise dos relatos foi identificado uma sobrecarga dos serviços municipais por uma demanda externa. Usuárias de cidades vizinhas tiveram que procurar assistência em João Pessoa provavelmente pela dificuldade de acesso às suas unidades. Este cenário gera lacunas na atenção ao CCU, pois contribui para o aumento de diagnósticos tardios, compromete o monitoramento deste agravo e não garante que essas mulheres externas sejam identificadas posteriormente, fazendo com que elas se percam na rede. As usuárias de outros municípios utilizaram algumas estratégias para garantir acesso em João Pessoa, como dar o endereço de algum familiar ou amigo que resida na cidade.

Se a mulher não é de João Pessoa vamos orientar pra que ela procure o município dela, mas se ela não encontrar no município dela ela vai virar munição de João Pessoa, com certeza [...] é numa hora dessa que a gente procura a mulher e não encontra. Ela não reside. É o endereço de uma pessoa, de um primo, um conhecido, a gente não consegue contato e a gente tá com aquilo ali e articular com outra secretaria com outro território não é tão fácil (Gestor 3).

Os municípios de João Pessoa e Campina Grande correspondem as sedes de macrorregiões de saúde responsáveis por absorver maior demanda provenientes de cidades vizinhas. Essas duas cidades são sedes de serviços especializados de alta complexidade para a maioria das patologias, desta forma são responsáveis por absorver demanda proveniente de todo o estado da Paraíba, inclusive estados vizinhos (BRANDÃO et.al., 2012)

A escassez de recursos financeiros de outros municípios para contratualizar serviços na atenção ao CCU, limita o acesso dessas usuárias. Elas recorrem a prática de se deslocar para a capital e esta absorve tal demanda. Essa assistência ocorre de forma não pactuada entre os municípios. Uma quantidade expressiva de transferências de cartão SUS para João Pessoa também foi relatada nas entrevistas. Este cenário parece estar relacionado à deficiência no processo de regionalização do estado da Paraíba.

[...] tem município que quando vai marcar, segundo mês do ano, ou janeiro, ‘ah eu tenho direito a 30 colposcopias em João Pessoa’, certo, certo, aí eu divido por 12 e lanço a cota, aí ele consegue marcar a cota do mês, ‘ah mais eu preciso da cota do ano’ e libera, aí quando é em março ele já não tem mais, e essa mulher vai fazer colposcopia onde? Ela vai ter que ir pra algum lugar pra conseguir fazer. João Pessoa tem [...] uma média de 1300 transferências de cartão SUS por mês, pra João Pessoa. Eu vou barrar? Não tem como barrar uma paciente que chega com comprovante de residência, tudo direitinho, atualizado (Gestor 3).

João Pessoa tem 800 mil habitantes e quase um milhão e meio de cartão SUS. Então o maior problema, principalmente no monitoramento, era que quando a gente identificava alteração no exame de uma determinada mulher, que a gente procurava saber, ela não era de João Pessoa, então isso complica muito [...] Mulheres de outros municípios. Ela vinham aqui, faziam o cartão SUS, realizava todos os exames ne e depois disso voltava pro seu local de origem sem atentar pra questão de endereço e quando chegava na unidade de saúde, ela fazia o exame, o profissional solicitava só que na hora do prestador ne inserir esse laudo no sistema, o sistema não aceitava porque não batia com o cartão, com a base do cartão SUS dessa mulher. Foi uma loucura, foram várias mulheres que nem receberam o resultado do exame e isso é horrível porque a gente sabe que dentre esse grupo né sempre tem mulheres que precisam de um seguimento, de encaminhamento [...] Elas vinham e davam o endereço daqui de João Pessoa de uma prima, de uma tia, de qualquer pessoa, só que na base do cartão SUS constava o endereço lá e quando ia colocar chocava e o sistema não aceitava (Gestor 2)

Visão conflituosa acerca da regulação

No presente estudo foi identificadas discordâncias importantes quanto a atuação da regulação na atenção ao CCU. Alguns participantes relataram essa atuação como ponto que

contribuía para obtenção de bons resultados no cuidado ao CCU. Outros atribuíram que a regulação prejudicava o andamento das ações de prevenção e monitoramento do CCU.

Referente a percepção negativa, a regulação foi identificada como um entrave importante no avanço da atenção ao CCU, pois restringiu o acesso das usuárias ao serviço de atenção especializada, na medida em que estabeleceu cotas de atendimento para cada município do estado. O serviço de referência estadual para diagnóstico do CCU é controlado pela regulação de João Pessoa.

Existem muitas barreiras que a gente identifica como um nó grande, um nó crítico pra gente é a questão da regulação [...]. Quando [...] ofertava os serviços pra os municípios de forma demanda espontânea, as mulheres chegavam, apresentavam o seu exame alterado a gente imediatamente agendava essa consulta especializada com a ginecologista e de acordo com a alteração que ela apresentava era encaminhada pra tratamento. Porém com a questão de o ano passado a gente ter colocado todos os procedimentos de ginecologia para a regulação de João Pessoa [...] nós perdemos muito [...] Quando era demanda espontânea realmente o número era bem maior tanto de consultas especializadas como colposcopias, como biopsias, como CAF, então isso eu acho que isso não foi muito legal [...] hoje infelizmente é tudo regulado né (Diretor Assistencial 1)

Pelo fato da regulação restringir o acesso ao serviço de referência e a oferta de consultas e procedimentos, foi relatada uma sub utilização do serviço de atenção secundária, já que ele possui estrutura, insumos e profissionais para atender um número maior de usuárias. A questão do financiamento também foi relatada, sendo o sub financiamento fator preponderante para dificuldade de acesso de outros municípios para o serviço de referência estadual de atenção ao CCU.

A gente tem uma capacidade instalada pra muitos procedimentos e a gente tá sendo sub utilizada e assim, não é porque falta mulheres, a gente sabe que na rede tem mulheres, acontece que é o acesso dificultado né, dificultado pela regulação [...] A regulação também fala que [...] os municípios eles não tem mais cota né, recurso financeiro pra o procedimento então, mas isso é um acordo entre gestores. A gente tem [...] o suporte efetivo né de solucionar o problema daquela mulher. Questão de acordos entre gestores isso aí não tá ne, não é da nossa responsabilidade (Diretor Assistencial 1).

Apesar de relatos identificando a atuação da regulação como um ponto negativo, houveram depoimentos que enfatizaram as atividades da regulação como potencializadoras no cuidado ao CCU. Os pontos descentralizados de regulação para marcação de consultas e procedimentos, localizados ou nas unidades de saúde ou nas sedes dos distritos sanitários, facilitam a entrada de usuárias nos demais serviços de diferentes densidades tecnológicas, além de tornar mais ágil esse acesso.

Nós só não temos marcador de consultas hoje é em duas unidades porque nessas unidades a gente não tem acesso à internet, são unidades que são rurais então a gente não consegue levar a internet lá aí o fluxo ele é feito no distrito sanitário, a marcação é feita pelo distrito sanitário [...] Aí nas unidade de saúde, é importante dizer, é marcado exames de baixo custo que a gente considera baixo custo, vamos dizer, um encaminhamento pra especialista certo. Quando de fato o usuário vai pra um especialista e o especialista ele manda um exame de alto custo de volta, ou seja uma tomografia, aí esses exames são marcados pelo regulador do distrito. Todo distrito sanitário hoje ele tem um regulador na sede, que ele faz essa regulação dessa marcação de alto custo pra regulação central, que é a regulação central de João Pessoa. Então ele pede a marcação lá, solicita autorização e lá do outro lado da linha tem um médico regulador então ele vai identificar, ver a prioridade tudinho e faz a marcação (Gestor 1).

Em estudo realizado em quatro capitais brasileiras, a implantação de centrais informatizadas de regulação, foi um dos principais instrumentos utilizados para integrar a atenção primária à secundária. Além de regular o acesso e a marcação de consulta e exames, a implantação do sistema de regulação permitiu o monitoramento *on line* das filas de espera para atenção especializada, propiciando à equipe de saúde da família acompanhar o percurso do usuário. Além das centrais informatizadas, outras estratégias foram identificadas com intuito de descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da atenção primária (ALMEIDA et al.,2010).

Também foi destacado o papel da regulação na organização dos serviços que são ofertados na rede, atuando para que haja uma diminuição do número de casos de demanda espontânea, otimizando a utilização do serviço e a organização do fluxo. Foi identificada uma pratica corriqueira no município de que os serviços especializados estavam se ocupando de ações que eram de responsabilidade da atenção primária, sendo necessária uma atuação no sentido de desestimular esta pratica, fazendo com que o serviço especializado se ocupe realmente com o que seja da sua competência. Orientar profissionais sobre a importância das atividades de cada serviço

[...] a gente tinha um percentual muito maior de demanda espontânea [...] A gente tinha profissional trabalhando em serviço especializado [...] fazendo demanda de básica; [...] Todos os pontos de atenção especializada nos identificamos isso; profissionais fazendo atenção especializada e atenção básica. Outra função da regulação, vamos otimizar esse especialista. O que é básico, é classificado como básico, não é pra tá aqui. ‘Ah é municípe de João Pessoa’ vamos contra referenciar pra básica, colocando as coisas no lugar. Folgou? folgou, vamos contra referenciar as mulheres dos municípios que não tem pactuação com básica porque não existe. Básica é responsabilidade de cada município (Gestor 3).

Para gestores e gerentes da Secretaria Municipal de Saúde de um município brasileiro, é necessário estabelecer prioridades para garantir acesso em tempo oportuno, considerando o princípio da equidade. A organização dos serviços de saúde está relacionada a garantia de uma atenção integral (ALMEIDA, et al..2010)

[...] a gente só precisa identificar e ir colocando com jeitinho pra otimizar. Porque eu tinha profissional que não dava uma vaga pra regulação e quando a gente foi identificando isso, apareceram 5 vagas, discreto mas aparecerem. Profissionais que eu identificava que tinha uma produção, ele realmente atendia, mas que não era encaminhado, era aquela coisa, chegar de 4 horas da manhã pra ser atendido, mas ‘você veio de onde? Passou por algum médico? Não. Quem indicou o especialista? Ninguém’ [...] Regulação é garantir que o usuário vai ser referenciado, atendido e contra referenciado se necessário (Gestor 3).

Na otimização e organização da rede, foram “surgindo” vagas de atenção especializada que anteriormente a regulação não reconhecia. A percepção da regulação esteve ligada à garantia da continuidade do cuidado na medida em que ela promove esse direcionamento de referenciar o usuário, garante atendimento, e orienta contra referência para um melhor acompanhamento do caso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate efetivo ao CCU está relacionado à estruturação de um modelo de saúde que permita à usuária, acesso aos serviços de diferentes densidades tecnológicas, isto porque o manejo adequado desse agravo transita por toda linha de cuidado.

Com base nas entrevistas realizadas com gestores municipais, profissionais de saúde e diretores assistenciais foi possível identificar as potencialidades e limitações da rede para o alcance da integralidade. Dentre os achados que contribuem para o fortalecimento dessa rede, está o acesso facilitado à USF, onde as usuárias conseguem na sua grande maioria ser atendida para a realização do exame citopatológico sem agendamento prévio, existindo uma flexibilidade de atendimento na unidade.

Além disto, foi verificado que no município está estabelecido um fluxo formal de comunicação entre esses pontos da rede, sendo a regulação municipal responsável por articular a continuidade do cuidado. Também foram identificados elementos organizacionais que permitiam um rastreamento e monitoramento dos casos de CCU no município, bem como

a adesão a programas ministeriais favoráveis ao fortalecimento da rede, dentre eles o QualiCito, Requalifica UBS e TeleSaúde.

A pesquisa identificou também algumas limitações da rede, dentre elas a baixa resolutividade da APS evidenciada pelo excesso de encaminhamentos para atenção secundária, profissionais de saúde pouco capacitados para atenção ao CCU e inadequada coleta dos exames de Papanicolaou, o que favorece a ocorrência de diagnósticos tardios.

Corroborando com o que foi encontrado em outros estudos, a contrarreferência não se constituiu como uma prática entre os profissionais de saúde, ficando muitas vezes o usuário responsável por garanti-la. Dessa forma, apesar de haver fluxo formal estabelecido entre as unidades, foi identificada necessidade do usuário em construir seu itinerário de cuidado.

No que se refere ao Sistema de Informação do Câncer, este foi atribuído como de difícil operacionalização por sua baixa velocidade no processamento dos dados, prejudicando a liberação dos laudos de exames, além de apresentar dificuldades na emissão de relatórios gerenciais. Também foi evidenciado uma sobrecarga dos serviços municipais por demanda externa, além de visão conflituosa sobre a atuação da regulação.

De acordo com os achados do estudo, é possível inferir que a rede de atenção ao câncer de colo uterino em João Pessoa encontra-se em processo de fortalecimento, pois possui tanto elementos que contribuem para uma atenção pautada na integralidade, como a existência de serviços com diferentes densidades tecnológicas, quanto elementos que fragilizam esse alcance, como a falta de integração entre os serviços de diferentes níveis. Identificar as potencialidades e limitações na rede contribui para fortalecer a atenção a este agravo uma vez que os achados permitem a proposição de melhorias na organização e comunicação entre os pontos da rede do município.

Considerando a relevância da temática, propõe-se o desenvolvimento de investigações científicas semelhantes, que busquem observar aspectos que não foram tratados nesta abordagem, como a percepção desse processo pelas usuárias, o que também auxilia no fortalecimento da rede para uma melhor atenção ao CCU.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.A. et.al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.
- AMORIM, V.M.S.L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11):2329-38.
- ARREAZA, A.L.V; MORAES, J.C. Contribuição teórico conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2627 – 2638, 2010.
- ARRUDA, E.A. Integralidade: Realidade ou Utopia. *Revista da ESAB*, vol 2(5), 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). 2006. Lisboa: Edições 70.
- BASTOS, E. A; et.al. Associação entre a Qualidade da Amostra e a Detecção de Atipias Celulares no Exame Citopatológico do Colo do Útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3): 445-452, 2012.
- BASTOS, EA. Estimativa da efetividade do programa de rastreamento de câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.
- BORGES, M.F.S.O. et al. Prevalência do exame preventivo do câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil e fatores associados à não realização do exame. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(6): 1156 – 1166, jun, 2012.
- BOTTARI, C.M.S; VASCONCELLOS, M.M; MENDONÇA, M.H.M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Suppl 1:S111-22.
- BRANDÃO, I.C.A; et.al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização R brasileira de ciências da Saúde. 16(3):347-352, 2012.
- BRASIL, http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php, 2016.
- BRASIL, Lei 12.732, Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. In: Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; 2000 dez 15-19; Brasília (DF), Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 2009 maio 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
- BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 29 de junho de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde, GM Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS NOAS-SUS 01/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, "Normas e Recomendações do INCA, Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero", Revista Brasileira de Cancerologia, 2002. v. 48, n. 1, p.13-15.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2015: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. [acesso em 03 mar 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2015/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2011b. Seção 1. p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2013b; 17 mai.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília, 2011c.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes Ministério da Saúde - custeio dos núcleos de telessaúde - Manual Instrutivo, DF. 2015.

BRISCHILIARI, S.C.R. et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (10): 1976 – 1984, out, 2012.

BRITO-SILVA et al. Integralidade no cuidado ao câncer de colo do útero: avaliação do acesso. Rev. Saúde Pública 2014; 48(2): 240-248.

BRITO-SILVA, K.S. Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso de condição marcadora em estudo misto. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 5 (supl 1): S63-S69, dez, 2005.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, 8 (2), p.569-84. 2003

CARVALHEIRO, J.R. Os desafios para a saúde. Estud. Av. 1999; 13 (35): 7-10.

- CARVALHO, B.G; DOMINGOS, C.M; LEITE, F.S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica, *Rev. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, jul-set 2015.
- CARVALHO, C.S.U. Pobreza e câncer do colo do útero: estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer de colo do útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II – Instituto Nacional do Câncer – Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social Estadual do Rio de Janeiro; 2004.
- CASTELLS, M. – A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 117-30.
- CECILIO, L.C.O. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014.
- CONILL, E.M; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 1): S15-S27 nov., 2010
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 11(3): 705 – 712, 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.L; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47
- CORRÊA, A.C.P; FERREIRA, F; CRUZ, G.S.P; PEDROSA, I.C.F. Acesso a Serviços de Saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):451-7.
- DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. (Publicación Científica, nº 93).
- ERDMANN, A. L; et.al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev. 21, 2013.
- ESCOREL, S; et.al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 21: 164-76. 2007.
- FERNANDES, S. Redes de Atenção à Saúde no SUS. 2009 – 20 Anos/CONASEMS.
- FRANCO, R; et.al. Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino. *Rev bras ginecol obstet*. 28(8):479-85, 2006.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783–794, jun. 2009.
- GIOVANELLA. L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 14(3): 783-794, 2009.
- GONÇALVES, AMS; FERREIRA, OS; ABREU, AMM; PILLON, SC, JEZUS, SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* abr/jun;13(2):355-60. 2011

- GOTTEMS, L. B. D; et.al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Vol.03, Nº. 02, Ano 2012.
- GUSTAFSSON, L.; PONTÉN, J; ZACK, M., 1997, “International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening”, *Cancer Causes and Control*, v. 8, n.5, p. 755-763.
- HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*, 20 Suppl 2: S331-6. 2004.
- IARC. Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papilloma viruses. *Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*, v. 90, p. 1-636, 2007. [Acesso em: 5 mar. 2015].
- INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer - Manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro, INCA 2013.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer Ministério da Saúde. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. *J Bras Patol Med Lab*.42(5):351-73. 2006.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer – Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero, BRASIL, 2011
- IVANOV, C. Lei que obriga tratamento de câncer pelo SUS. *Revista da Jornada de Iniciação Científica e de Extensão Universitária do Curso de Direito das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba* v. 2, n. 2, 2013.
- KESSNER M, KALK E, SINGER J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores, p. 555-563. In KL White (ed.) - *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una Analogía*. OPAS. Publicación Científica 534. Washington, D.C. 1992.
- KUSCHNIR,R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.
- MACHADO, L.M; COLOMÉ, J.S, BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *R. Enferm.* 1(1): 31-40. 2011.
- MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2): 335-342, 2007.
- MACIEL, A.L.S; BORDIN, E.M.B; FERNANDES, R.M.C. Avaliação dos Recursos Materiais e Humanos: identificação dos custos dos Programas Sociais e da Educação Infantil de Porto Alegre/RS. 2011. Avaliação de Políticas Públicas, Programas e Projetos Sociais. Disponível em http://www.fijo.org.br/docs/pesquisa_avaliativa_crianca_adolescente.pdf
- MALTA, D.C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1411-1416

- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Orgs.), Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, p.43-68. 2009.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, CONASS, OMS. 554 p. 2011
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- NETO, A.R.N; et.al. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. RBGO - v. 23, nº 4, 2001.
- NEVES, L.M.T; ACIOLE, GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. Interface, vol. 15, n 37, p.551-64. 2011.
- NIETSCHE, E.A. Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.
- OPAS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas. Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2008. (Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas).
- OUVERNEY, A.M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. Administração em diálogo, São Paulo, nº7, 2008, pp.91-106.
- PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 356p. 2008.
- PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.27-37, 2009.
- PARADA, R; et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev APS. 11(2):199-206. 2008
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Julho, 2012.
- PATTON, M.Q. Utilization-focused evaluation: the new century text. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: R. Pinheiro, R.A. Mattos (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, p.69-115. 2009.
- RIBEIRO, M.G.M; SANTOS, S.M.R, TEIXEIRA, M.T.B. Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção - Revista Brasileira de Cancerologia. 57(4): 483-491, 2011.
- SARTORI, M.C.S. Avaliação da qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO/SISCAN). [Dissertação]. Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Medicina de Botucatu. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Botucatu – 2016.
- SCHWARTZ, TD; FERREIRA, J.T.B; MACIEL, E.L.N; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES) Ciência e Saúde Coletiva, 15(4):2145-2154, 2010.

- SHIMIZU, H.E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23[4]: 1101-1122, 2013.
- SILVA, M. R F. et.al. Continuidade assistencial de mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: Estudo de caso, Pernambuco. *Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES*, 2016.
- SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6): 2753-2762, 2011.
- SMITH, J. S. et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *Int. J. Cancer*, [s.l.], v. 121, n. 3, p. 621-632, 2007.
- SOUZA, E.C.F; VILAR, R.L.A; ROCHA, N.S.P. D; UCHOA, A.C; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008
- SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 451-455, 2001.
- SPEDO, S.M. Desafios para implementar a integralidade da assistência á saúde no SUS: estudo de caso no município de SP. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
- TAKEMOTO, MLS, SILVA EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* ;23(2):331-40. 2007
- TANAKA O.Y; MELO C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004.
- TANAKA, O.Y; RIBEIRO, E.L. Ações de Saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2): 477-486, 2009.
- TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In:Teixeira, C.F; Solla, JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p.
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*; 20(Supl. 2):S190-S198. 2004.
- VALE, D.B.A.P; et.al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):383-390, fev, 2010.
- VIACAVA, F et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 711-724, 2004.
- VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery* (impr.) jan -mar; 17 (1):133 – 141, 2013
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer: Globocan 2008. In: *World Cancer Report*. Lyon: WHO, 2008. p. 11-104.

YIN, R.K. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNCICE A

Roteiro de Entrevista

Gestores

Pergunta inicial:

Como está organizada/estruturada a atenção ao câncer de colo uterino no município de João Pessoa?

Profissional de atenção primária

Pergunta inicial

- Como acontece o atendimento às mulheres que chegam para realizar uma consulta ginecológica e/ou Papanicolau? (Focar não apenas no atendimento em si, mas também no acesso ao serviço, marcação, encaixe, tempo de espera...)
- Com o resultado do Papanicolaou alterado, como você procede?

Profissional de atenção secundária e terciária

Pergunta Inicial

- Como acontece o atendimento às mulheres que são encaminhadas para este serviço? (Ver questões como acesso, tempo de espera, marcação/encaixe, etc)

Diretores Assistenciais

Pergunta Inicial

- De que forma acontece a inserção do serviço de saúde na rede de atenção ao CCU? (Comunicação com os demais pontos de atenção, procedimentos ofertados no serviço)

Tópicos norteadores da entrevista:

- População adscrita
- Atenção Básica como porta de entrada e centro de comunicação

- Demanda reprimida
- Pontos de atenção da Rede (secundário e terciário) articulados
- Como encaminha a paciente (Encaminhamento regulado?)
- Cadastramento de pacientes em sistema de informação, permitindo identificar seu fluxo
- Sistema de referência e contrarreferência
- Sistema de apoio (diagnóstico e terapêutica)
- Sistema logístico – comunicação entre os pontos de atenção, encaminhamento de pacientes, transporte sanitário de pacientes
- Busca ativa
- Atividades de promoção e prevenção ligadas ao CCU
- Ações de intersetorialidade
- Atividades educativas para a população ligadas ao CCU
- Educação de profissionais / educação permanente relacionadas ao CCU
- Identificar modelo de atenção prioritário no município
- Serviços compartilhados na rede (absorção da demanda de outros municípios?)
- Seguimento das pacientes portadoras de CCU – monitoramento, adesão ao tratamento, conciliação medicamentosa
- Inclusão de práticas integrativas e complementares

APÊNDICE B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “*Avaliação da Rede de Atenção ao Câncer de Colo Uterino: um estudo na perspectiva da integralidade*”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Taciana Leão Pontes (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 96130398 e e-mail: taciaanapontes04@gmail.com)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O Projeto em questão tem os seguintes objetivos: Geral: Avaliar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um município, sob a perspectiva da integralidade na linha de cuidado ao Câncer de Colo Uterino (CCU). Específicos: 1- Desenhar a oferta de serviços na linha de cuidado ao CCU no município; 2- Identificar as potencialidades e limitações da RAS na linha de cuidado ao CCU.
- Para tanto serão realizadas entrevistas com informantes-chave as quais serão gravadas e posteriormente transcritas utilizando-se nomes fictícios que permitam manter o anonimato dos entrevistados.
- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.
- A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua

recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Taciana Leão Pontes
Mestranda UFPE/PPGISC

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “*Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no cuidado ao Câncer de Colo Uterino: um estudo na perspectiva da integralidade*”, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data:

Impressão
digital
(opcional)

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C

Artigo Científico

Integralidade do Cuidado: potencialidades e limitações da rede de atenção ao câncer de colo uterino de um município-chave**Integration of Care: potentials and limitations of the CGU care network of a key town**

Taciana Leão Pontes

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC

tacianapontes04@gmail.com

Av. Prof Moraes Rego, s/n Hospital das Clínicas, 4º andar – COB – Cidade Universitária – Recife- PE

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Departamento de Medicina Social - DMS

afalangola@uol.com.br

Keila Silene de Brito e Silva

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Centro Acadêmico de Vitória – CAV

keilabritoufpe@gmail.com

RESUMO

O cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT pautado na integralidade, depende da organização de um modelo de atenção estruturado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS constituem uma estratégia para modificar a abordagem do sistema de saúde, numa tentativa de superar a fragmentação da atenção. O Câncer de Colo Uterino (CCU) se apresenta como uma condição para avaliação da rede por sua ampla magnitude no cenário epidemiológico, inclusão entre as redes prioritárias do Ministério da Saúde e seu cuidado perpassa os diferentes níveis de atenção. Nesse contexto o presente estudo tem como objetivo identificar as potencialidades e limitações da RAS na linha de cuidado ao CCU de um município chave, sob a perspectiva da integralidade. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. Categorias temáticas foram criadas e posteriormente agrupadas sob os critérios de potencialidades e limitações da rede de CCU. Dentre os resultados encontrados, verificou-se a

existência de um fluxo formal entre os pontos da rede, refletindo de forma positiva na continuidade do cuidado. Apesar de acesso facilitado, foi identificada uma baixa resolutividade na APS, principalmente pelo excesso de encaminhamentos para a atenção secundária. A contrarreferência apresentou-se de forma não institucionalizada. O combate efetivo deste câncer está relacionado à estruturação de uma rede de saúde que permita acesso aos diferentes níveis de atenção, desde o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção até as ações de reabilitação.

Palavras-Chaves: Integralidade em saúde; Serviços de saúde; Neoplasia de colo uterino.

ABSTRACT

Medical care of Non Transmissible Chronic Disease (DCNT) through an integrated approach depends on organizing a form of care that relies upon Health Care Networks (RAS). The RAS are a strategy for the transformation of the current approach of the health system, and are aimed at overcoming the fragmentation of care. Endometrial Cancer (CGU) is a condition for the evaluation of the network due to its epidemic feature and to its inclusion in the priority networks of the Health Ministry, hence its care counts on different levels of medical attention. Thus, the present study wishes to identify the potentials and limitations of the RAS regarding CGU care in a key town. It is an evaluative piece of research with a case-study qualitative approach. The data were collected through individual semi-structured interviews with the help of guidelines assembled by the researcher. For the data analysis, the content analysis technique was used. Thematic categories were created and later grouped according to the potentials and limitations of the town's CGU network. Among the findings, a formal flux between the networks' zones was observed, which has a positive reflex for the continuation of the medical care. Despite the facilitated access, APS's results were not satisfying, mostly due to the excess of follow-ups designated to secondary attention. Counter reference appeared in a non-institutionalized form. The effective struggle against this cancer is related to the structuring of a health network that allows access to the different levels of care, from the development of promotional actions and prevention to rehabilitation actions.

Key-words: Integration in health. Health services. Endometrial neoplasia.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 90, representou uma mudança na forma de se discutir saúde, propondo reformulação de seu conceito, além de trazer em seus escritos a garantia da saúde como um direito assegurado pela Constituição, implicando uma outra proposta na organização de seus serviços. Desde a sua criação até os dias atuais são implantadas estratégias com intuito de fortalecer esse sistema público que tem como desafio acompanhar as modificações ocorridas no cenário da saúde brasileira.

Dentre essas modificações, pode-se destacar o processo de transição demográfica e epidemiológica, que trouxe mudanças no perfil de adoecimento e morte, refletindo na atual situação de saúde no Brasil. Há um predomínio importante das condições crônicas decorrente de alguns fatores como mudanças nos padrões e estilos de vida da população, redução dos níveis de fecundidade e mortalidade, aumento da expectativa de vida, bem como um processo de urbanização acelerada (Mendes, 2011).

Para o enfrentamento dessas condições crônicas, é necessário um sistema de saúde articulado, que supere a fragmentação das ações de saúde, que seja proativo, e considere a continuidade do cuidado, além de valorizar o princípio da integralidade (Mendes, 2011).

Apesar dos avanços no sistema de saúde no âmbito da universalidade com a ampliação do acesso, a integralidade ainda apresenta limites e desafios importantes que precisam ser superados. A busca para melhor compreensão e fortalecimento deste princípio, resultou na produção de alguns estudos acerca dessa temática por diversos autores (MATTOS, 2004; HARTZ, CONTANDRIOPOILO, 2004; PINHEIRO, 2009; CECÍLIO, 2009).

Hartz e Contandriopoulos (2004) apontam a integralidade da atenção como eixo prioritário da avaliação dos serviços e sistemas de saúde, adotando a ideia de que este princípio remete à integração de serviços por meio de redes assistenciais, considerando a interdependência dos atores e organização, tendo em vista que nenhum desses elementos isolados dispõem da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde da população.

Cecílio (2009) apresenta a integralidade da atenção nas dimensões ampliada e focalizada, sendo esta última mais direcionada para a discussão da integralidade na perspectiva de redes, objeto de reflexão de novas práticas e fruto de uma articulação entre serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas.

Em grande parte dos países da América Latina, dentre eles o Brasil, a implantação das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) tem sido uma importante estratégia para a reformulação dos sistemas de saúde, que tem como objetivo melhorar o acesso, aperfeiçoar a coordenação e continuidade assistencial e aumentar a eficiência nos cuidados ofertados à população (Viacava et al. 2004).

Para Mendes (2011), rede de atenção corresponde a uma estrutura poliárquica, com organização horizontal dos serviços de saúde, onde a atenção primária é apresentada como o centro de comunicação entre os pontos da rede, visando a garantia da continuidade da assistência ao usuário.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram regulamentadas por meio da Portaria 4.279/2010, na qual foram definidas redes prioritárias (temáticas), dentre elas destaca-se a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas. Essa rede tem como principal prioridade, o combate ao câncer, a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero (Brasil, 2010).

É importante considerar que de acordo com o Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INCA/MS), o câncer de mama e do colo do útero são os tipos de câncer com maior incidência no Brasil para o sexo feminino sendo o Câncer de Colo Uterino (CCU) o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres. Mesmo instituído um Programa Nacional para seu combate, ainda apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade (Brasil, 2015).

Considerando que o CCU apresenta um alto potencial de prevenção e cura se diagnosticado e tratado adequadamente e que o combate efetivo deste câncer está relacionado à estruturação de uma rede de saúde que permita o acesso aos serviços de diferentes densidades tecnológicas (Brasil 2010), torna-se cada vez mais importante o desenvolvimento de investigações que discutam o fortalecimento da atenção a esta temática. Neste sentido o estudo teve como objetivo, identificar as potencialidades e limitações da RAS para o alcance da integralidade, na atenção ao CCU.

MÉTODOS

Foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa com a tipologia de estudo de caso. Para identificação do caso a ser estudado, foi necessário o cumprimento de algumas etapas. Primeiramente, foi realizado um levantamento quantitativo na base de dados do DATASUS e do INCA, relacionando a incidência de câncer de colo uterino, com a cobertura de citopatológico. Nesse levantamento buscou-se um estado do nordeste que obtivesse um cenário de menor incidência de CCU e maior cobertura de citopatológico, sendo possível dessa forma a identificação do estado da Paraíba.

Posteriormente à identificação do estado, foi necessário selecionar um município para compor o caso, sendo escolhido João Pessoa, baseado em algumas características como apresentar uma maior concentração do número de exames citopatológico realizados no estado, segundo informações do plano estadual de saúde, além de ser sede da primeira Macrorregional de Saúde, compondo a primeira Gerencia Regional. Outra característica que justifica a escolha do caso, se refere ao fato de que neste município está localizado o Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC), serviço de referência estadual para a detecção precoce do câncer de colo de útero e mama, disponibilizando atendimentos e procedimentos médicos especializados.

Em seguida foram identificados alguns atores estratégicos para a realização de entrevistas individuais e semiestruturada: três representantes da gestão do município, relacionados com a organização da RAS na linha de cuidado ao CCU (Coordenação de Atenção Básica, Coordenação de Saúde da Mulher e Diretoria de Regulação); três profissionais dos serviços de saúde, atuantes nas unidades de diferentes densidades tecnológicas (Unidade Saúde da Família, serviço de atenção especializada, responsável pelo diagnóstico precoce e tratamento de lesões precursoras e serviço de atenção terciária, responsável pelo tratamento do CCU); dois diretores assistenciais (unidade de atenção secundária e unidade de atenção terciária). Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

As entrevistas foram previamente agendadas por meio de contatos presenciais, telefônicos e correio eletrônico, com a finalidade de obter de um melhor aproveitamento do tempo, bem como do seu conteúdo. Foram realizadas visitas aos locais de coleta antes das entrevistas, para reconhecimento do campo de estudo e identificação de elementos que pudessem contribuir durante a investigação.

As entrevistas com os representantes da gestão, foram realizadas nas sedes da secretaria municipal de saúde. Já com os profissionais e com diretores assistenciais, as entrevistas foram realizadas em unidades de saúde selecionadas de acordo com alguns critérios: Unidade Saúde da Família - sinalizada pelo município como unidade com maior número de mulheres cadastradas; serviço de atenção secundária - referência estadual para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino; serviço de atenção terciária - referência estadual para tratamento oncológico, habilitado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON.

Para participar das entrevistas, os representantes da gestão e diretores assistenciais identificados precisavam ter exercido no mínimo seis meses de atividades relacionadas ao cuidado ao CCU. Para o profissional de saúde da atenção primária, o critério para participação foi aquele profissional que mais realizou o exame citopatológico e encaminhamentos para os centros de referência especializados na atenção ao CCU. Já para o profissional da atenção secundária e terciária participou aquele profissional que mais recebeu encaminhamentos das unidades de saúde e realizou atendimento ginecológico e/ou procedimentos relacionados ao CCU.

Após a gravação e transcrição das entrevistas, os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2006), sendo utilizada dentro desta técnica, a análise temática. Para elaboração das categorias temáticas, foram feitas leituras exaustivas das entrevistas para criação das rubricas (primeiras classificações dadas ao texto, baseadas, principalmente, na fala do entrevistado); posteriormente, após leituras mais minuciosas, foram transformadas em temas e finalmente em categorias temáticas (Bardin, 2006).

As categorias apresentadas nos resultados e discussão foram criadas após a leitura, transcrição e análise do material empírico, leituras de referencial teórico, estando presente também a subjetividade do pesquisador. Posteriormente essas categorias foram agrupadas sob o critério de potencialidades e limitações encontrados na rede para o alcance da integralidade,

Por meio das categorias temáticas, foi possível identificar a realidade encontrada em João Pessoa no que se refere a rede de atenção à saúde no cuidado ao câncer de colo uterino, considerando todo o contexto do município.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPE), CAAE: 30694814.1.0000.5208/ Parecer: 674.336. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi entregue, a cada participante, antes da realização das entrevistas, atendendo às exigências éticas para o desenvolvimento de pesquisa. Ao aceitar a participação, foi solicitada ao entrevistado a assinatura em duas vias dos termos de consentimento, ficando uma sob a guarda do participante e a outra da pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e interpretação dos resultados dessa investigação serão apresentadas em cinco subseções, as quais correspondem as categorias temáticas, agrupadas segundo critérios de potencialidades e limitações.

POTENCIALIDADES

Acesso facilitado à Unidade de Saúde da Família

A facilidade de acesso à Unidade de Saúde da Família (USF) foi uma das questões encontradas no presente estudo. As falas dos entrevistados apontam para a inexistência de barreiras para atendimento na USF, onde o exame citopatológico é ofertado sem restrições pela equipe.

Apesar de existir uma agenda para coleta da citologia na USF, foi relatado que não há impedimento para a realização deste exame em outros dias ou horários, existindo uma flexibilização de agenda diante da necessidade da usuária, o que facilita seu acesso. Outra questão relatada foi a possibilidade de absorção de demanda do profissional de outra equipe, frente a situações esporádicas, reforçando o conhecimento de todos da unidade sobre a importância de não impor limites para realização do exame de rastreio.

Nós temos a orientação de não fazermos mais um cronograma, com a finalidade de não limitar o acesso dessa mulher, mas de toda forma a gente tem que criar [...]. Na minha vivência por exemplo, é na quinta-feira à tarde e na sexta-feira de manhã, embora não me impeça de que eu colha um citológico numa segunda, numa quarta, numa terça-feira. Se [...] ela tiver se queixando e ela quiser colher um citológico naquele momento [...], eu não limito o acesso [...]. Existe [...] uma abertura, uma negociação pra que a

gente possa atender a de uma colega também, por exemplo, ela tá de férias [...] a gente se organiza pra que não barre a comunidade (Profissional 1).

O município conta com apoio da Universidade Federal da Paraíba no sentido de proporcionar maior oferta e acesso à citologia. A universidade tem um projeto direcionado ao CCU, que envia estudantes dos cursos de enfermagem e medicina juntamente com seus professores para realização da coleta do citológico nas usuárias das USF. Também foi identificado nas entrevistas uma preocupação da gestão no sentido de ampliar o acesso às unidades que realizam tal exame.

[...] nós contamos também com a Universidade Federal da Paraíba, né? Elas tem um projeto que nos enviam mestrandas também e alunas da graduação do curso técnico e do curso superior e elas também desenvolvem um projeto aqui com a unidade. Então essas pacientes que eu te falei que não podem na quinta-feira de tarde, não podem na sexta de manhã, a gente também pode tá triando (encaminhando) para as professoras da universidade [...] (Profissional 1).

A gente tem promovido algumas ações [...] tanto na questão dos dias D, como na questão da rotina diária dentro das unidades né, com salas de espera, reuniões com a comunidade, [...] então toda essa lógica de divulgação de ampliação do acesso pra esse serviço ele é feito pelas unidades de saúde da família em conjunto com as áreas técnicas (Gestor 1).

Como refere Travassos e Martins (2004), acesso está relacionado à entrada do usuário no sistema de saúde, correspondendo a um dos direitos básicos que lhe deve ser garantido. É apresentado como um dos elementos para a garantia da continuidade do cuidado, sendo o acesso resolutivo e em tempo oportuno um desafio para o SUS.

A facilidade do acesso é citada como um princípio da Carta de Direito dos Usuários da Saúde (CDUS), que traz como eixo norteador, acesso e acolhimento (Brasil, 2000). Segundo Starfield (2004), acesso é permitir o uso oportuno dos serviços, com a finalidade de alcançar os melhores resultados possíveis. Desta forma está relacionado a qualidade desse acesso e a maneira de como o usuário experimenta o serviço de saúde.

No que se refere ao câncer de colo uterino, ter acesso facilitado a Unidade de Saúde da Família (USF) é de fundamental importância para o controle dos casos desta patologia, uma vez que o exame de rastreamento deste câncer é ofertado na atenção primária.

Em estudo realizado com usuárias que apresentaram alteração na citologia oncológica, foi identificado que o acesso à coleta desse exame, atendeu à demanda apresentada e ultrapassou a meta estabelecida pelo programa do câncer de colo uterino. Esse achado é de extrema importância, já que a realização do exame de rastreio se constitui como a porta de

entrada das mulheres para o cuidado, no tocante à prevenção e ao tratamento do câncer de colo de útero (Carvalho; Domingos; Leite, 2015).

Diferente do que foi encontrado no presente estudo, Souza et al (2008) relatou dificuldade de acesso ao serviço de saúde por vários motivos, dentre eles baixa cobertura da estratégia saúde da família, falta de profissional, demanda maior do que a oferta. Brito-Silva. et.al (2014), atribuiu a dificuldade de acesso à atenção básica à uma baixa flexibilização no agendamento de consultas, com excesso de procedimentos burocráticos contribuindo para desestimular a usuária na procura do serviço.

Dificuldades dos usuários em acessar a USF determinando a busca de outros serviços de saúde para resolução de seus problemas bem como demora no atendimento, contribuindo para diminuição a credibilidade da ESF, constituíram achados de estudos relacionados ao acesso (Correa, et al., 2011; Schwartz et.al., 2010)

O acesso aos serviços de saúde está relacionado à integralidade das ações. Sua falta compromete a finalização do cuidado e a garantia da resolutividade dos problemas dos usuário, fragilizando assim o alcance da integralidade (Takemoto; Silva, 2007)

Desta forma, promover acesso aos serviços de saúde, favorece o alcance de melhores resultados nas intervenções realizadas, além de possibilitar a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção. O acesso e o acolhimento são fundamentais em qualquer instituição de saúde, especialmente nas unidades da Estratégia Saúde da Família (Corrêa, et.al. 2011).

Fluxo formal estabelecido entre os pontos da rede

Foi observado nas entrevistas que há uma sequência estabelecida no que se refere ao percurso das pacientes pelos diferentes pontos da rede. Na maioria das vezes elas dão entrada pelo serviço de atenção primária, e dependendo de suas necessidades, são referenciadas para outros serviços de diferentes densidades tecnológicas, conforme desenho da rede do município (Figura 1).

É possível perceber uma organização no direcionamento das pacientes na seguinte ideia: De onde vem? O que faço? Para onde mando? De onde vem a paciente que chegou no serviço?; o que fazer com ela no serviço?; para onde mandar caso o serviço não tenha condições de atender suas necessidades atuais?. Nos trechos abaixo é possível evidenciar a

prática do profissional de encaminhamento de pacientes a outros pontos da rede com intuito de promover uma continuidade assistencial.

Quando é necessário fazer um exame complementar, como a colposcopia [...] a gente tem as unidades de referenciar [...] pra dar continuidade ao tratamento [...] a gente faz o encaminhamento [...] identificando a necessidade, a alteração, enfim e a gente encaminha a paciente pra unidade de tratamento complementar (Profissional 1).

[...] paciente chega aqui, veio com a citologia alterada, a gente faz a colposcopia, né? Quando você ver a lesão, já me dá o direito de fazer a biopsia [...] e aí quando a biopsia vem, que já vem com o resultado alterado, aí eu já posso fazer o CAF [...] aquelas pacientes que fazem o CAF que dá lesões tipo NIC II, NIC III e até o câncer microinvasivo né a gente pode dar continuidade do atendimento aqui [...] Quando é um câncer invasivo, eu já mando uma cartinha pra o Laureano né, aí lá específico a que a paciente se submeteu, digo o que foi feito aqui, o resultado do anatomopatológico e tô encaminhando pra o Laureano (Profissional 2).

Quando o exame chega, se tiver alguma alteração, o enfermeiro da unidade pede pra entrar em contato com o usuário pra o usuário ir lá na unidade. O usuário vai na unidade, conversa com o enfermeiro e aí o enfermeiro referência pra uma unidade de tratamento maior que pode ser um Laureano, dependendo do caso, pra que seja feito alguns exames específicos (Gestor 1).

Assim como acontece no município em questão, Almeida et.al, (2010) demonstraram em seu estudo que o percurso dos usuários para acessar a atenção especializada ocorre por meio dos encaminhamentos realizados pela atenção básica. Segundo os autores ter uma rede comunicante, com fluxos assistenciais estabelecidos permite a continuidade da assistência.

No presente estudo é possível observar por meio das falas dos participantes, a existência fluxos formais estabelecidos, o que garante o percurso das usuárias por diferentes níveis de atenção. Tal achado não foi encontrado em estudo realizado em grandes centros urbanos, no qual não foi referido o estabelecimento de fluxos formalizados para que os usuários tenham acesso a atenção hospitalar (Almeida et.al. 2010).

LIMITAÇÕES

Baixa resolutividade da APS

Resolutividade está relacionada ao acesso oportuno do usuário ao serviço de saúde e este, dentro de suas capacidades técnicas e estruturais, procura atender suas necessidades imediatas. Por vezes, unidades de saúde não consegue essa resolutividade, o que pode impactar de forma negativa no alcance de bons resultados.

Alguns achados do presente estudo contribuíram para classificar a APS do município como de baixa resolutividade. Este cenário foi evidenciado principalmente pelo excesso de encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde. O que poderia ser resolvido nesta densidade tecnológica foi direcionado à outro nível de atenção sem a real necessidade. Este fato pode ser ocasionado por uma fragilidade na capacitação e atualização de práticas dos profissionais que por não saberem como conduzir um caso, encaminham numa tentativa de se desresponsabilizar do problema.

Essa fragilidade na capacitação além de refletir em excesso de encaminhamentos, refletiu também em uma inadequada coleta de exames de citologia, dificultando o diagnóstico correto em tempo hábil.

Estas questões serão melhor apresentadas e discutidas nas subcategorias: profissionais pouco capacitados para atenção ao CCU; encaminhamentos inadequados para atenção secundária; inadequada coleta do exame citopatológico.

- Profissionais pouco capacitados para atenção ao CCU

A carência de capacitação para os profissionais da atenção primária foi um dos achados encontrados no presente estudo. Foi relatado por um dos participantes que apesar de haver uma preocupação da secretaria de saúde com este aspecto, não há uma programação periódica de capacitação para esses profissionais.

Não existe uma rotina fixa de capacitação, [...] mas [...] eu acho assim que a gestão e a própria secretaria, o setor de saúde da mulher, eles têm um pouco essa preocupação [...] Não pode ser esquecido, deveria sim pelo menos uma vez por ano a gente ter uma atualização, sabe? (Profissional 1).

Outra evidencia de fragilidade na atualização de profissionais, encontrada durante as entrevistas, está relacionada a realização de uma prática que, atualmente, não é mais recomendada pelo Ministério da Saúde: a utilização do iodo durante a citologia para realização do teste de Schiller. Esta corresponde a uma prática descontinuada. Desta forma, fica claro a necessidade de atualização de práticas dos profissionais que atuam na APS.

[...] é um material mínimo, a gente já poderia fazer o Schiller mas não é rotina. A gente já teria mais uma noção de como aquela área reagiria diante da presença do iodo entendeu? (Profissional 1).

A realização de ações que tem como objetivo a capacitação de profissionais e a atualização de suas práticas em saúde tem sido cada vez mais necessária para se obter resultados que impactem de forma positiva nas condições de saúde da população. De acordo

com as entrevistas é possível identificar que as ações de educação aos profissionais de saúde precisam ser intensificadas no município tanto pelo relato referindo não haver rotina fixa de capacitação para os profissionais quanto pela realização de uma prática não mais recomendada. .

A baixa capacitação profissional na atenção oncológica corresponde a um dos fatores que contribui para casos de diagnósticos tardios de CCU (INCA, 2006)

Alguns fatores estão associados para um projeto bem sucedido de controle do CCU, dentre eles estão assegurar métodos com supervisão de qualidade das práticas de saúde; treinamento com motivação a todos os funcionários, além de proporcionar qualificação formal aos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência à mulher (Neto et.al, 2001).

- Encaminhamentos inadequados para atenção secundária

As falas dos entrevistados referem um excesso de encaminhamentos para atenção especializada. Esse tipo de prática fragiliza a rede na medida dificulta o acesso a esse nível de atenção, fragmentando o cuidado e comprometendo a continuidade da assistência. Problemas que poderiam ser resolvidos na APS não são resolvidos.

Estudo realizado por Bottari, Vasconcelos e Mendonça (2008) constatou que os encaminhamentos são realizados com intuito de repassar a responsabilidade e não compartilhá-la na busca conjunta por um plano terapêutico adequado. Essa prática causa atraso no diagnóstico do CCU e superlotação dos serviços de atenção especializada com demandas desnecessárias.

Nas entrevistas realizadas no município de João Pessoa, foi relatado um excesso de encaminhamentos para realização de colposcopias sem a realização prévia da citologia; exame preconizado para rastreamento do CCU.

Começou a chegar aqui muitas pacientes sem indicação de tá aqui: [...] um corrimento vaginal, uma inflamação. Então [...] deixou de tá atendendo as patologias de alto grau, as citologias de alto grau e começou a atender no geral [...]. A gente tem que deixar vir aqui aquilo que realmente precisa ser aqui, porque se não, a gente vai deixar de ser unidade especializada pra ser unidade básica. Pra você ter uma ideia, tavam mandando colheita de citologia e colposcopia pra cá, fazer as duas coisas ao mesmo tempo, quando quem direciona a colposcopia é a citologia (Profissional 2).

Considerando as recomendações do INCA, os resultado de citologia normal e alterações benignas seguem a rotina de rastreamento citológico. Nas alterações pré-malignas é

recomendada a repetição da citologia em seis meses; para alterações malignas, é indicada a realização da colposcopia, apresentando lesão na colposcopia, é recomendado o encaminhamento da paciente para realização da biópsia (INCA, 2006).

O que tem sido observado muitas vezes são encaminhamentos realizados sem necessariamente atender a essas recomendações do INCA. Essa prática também foi observada em um município do estado de São Paulo, onde esteve relacionada à insegurança dos profissionais diante do resultado da citologia, a não confiança nos resultados liberados pelo laboratório e insumos insuficientes para dar seguimento na própria unidade básica (Brito-Silva, 2013).

Encaminhamentos efetuados sem que tenham sido esgotados todos os recursos das ações e dos serviços da rede básica demonstram desresponsabilização com o cuidado ao usuário, levando ao aumento desnecessário da utilização dos serviços de média e alta complexidades (Carvalho; Domingos; Leite, 2015).

Esses encaminhamentos inadequados relatados pelos entrevistados do município de João Pessoa geraram a necessidade de reajuste de fluxo para acessar o serviço de atenção secundária. Ficou definido que além do encaminhamento à atenção especializada, as usuárias deveriam ter um exame de citologia alterado para acessar o serviço, o que justificaria sua necessidade, visto que as pacientes estavam chegando nesse serviço sem indicação.

[...] depois dessa reunião (reunião de ajuste de fluxo de atendimento) a paciente pra chegar aqui [...] ela tem que ter uma citologia alterada. [...] A paciente chegar como tava chegando; citologia normal, só pra fazer colposcopia. ‘Qual a sua indicação?’ Citologia normal. Não há necessidade de fazer né! Quem direciona a colposcopia mais uma vez, é a citologia. A citologia ela rastreia, tanto é que ela serve de rastreador universal para o câncer de colo né [...] Ou você cria um critério de citologia alterada, ou vai vim todo mundo e aí o que é que vai acontecer? Vai inchar o serviço e as paciente que realmente necessitam tá aqui não tão (Profissional 2).

Uma melhor orientação dos profissionais para o direcionamento de pacientes pode contribuir para qualificar a demanda, garantindo o acesso das usuárias que realmente necessitam do serviço, considerando que o não acesso ao serviço em tempo hábil gera futuros casos de câncer em estágio avançado.

[...] esse ano houve uma demanda bem maior, porque houve muita colposcopia desnecessária [...]. Então a enfermeira as vezes olha e vê uma ectopia, aí diz ‘uma ferida no colo, vou pedir uma colposcopia’ [...] Houve um aumento muito grande da demanda mas quando você ia ver, cadê as lesões? [...] Se a gente tá atendendo casos que não é pra tá aqui, quem tá

atendendo os casos que precisam tá aqui? [...] vai acabar essas pacientes direto pra um câncer invasivo (Profissional 2).

Essa prática corriqueira além de repercutir de forma negativa na atenção do CCU, tem gerado absenteísmo por parte das usuárias, o que contribui para a dificuldade de acesso de outras usuárias aos exames.

É mostrar que o excesso de encaminhamentos gera muita falta [...] muitas vezes a mulher nem tem o resultado do citopatológico, mas tu já tá pedindo uma colposcopia. Cadê o dado dessa citologia? O que foi que deu nessa citologia pra eu tá pedindo essa colposcopia? [...] Pede uma colposcopia numa quantidade gigante, aí eu gero uma fila de espera; é uma fila de espera real? (Gestor 3).

A gente detectou também que estava tendo uma solicitação exagerada de colposcopia, e a gente sabe que a colposcopia ela não é um exame que você solicita por solicitar. Precisa ter toda uma avaliação e é nesse sentido também que a gente vai qualificar os profissionais. (Gestor 2).

- Inadequada coleta dos exames de Papanicolaou

Houve relato identificando a necessidade de capacitação profissional para a coleta da citologia, pois no município estudado, de acordo com um dos entrevistados, um percentual importante de exames são coletados de forma inadequada, não sendo possível sua análise para diagnóstico do câncer de colo uterino. Muitas amostras não apresentam células da Zona de Transformação (ZT), área essencial para a investigação de células cancerígenas.

[...] a gente já tá com uma programação de qualificação mesmo na questão da qualidade da coleta. Por que? Porque a gente identificou problemas em relação na qualidade da coleta. 45% das coletas, não é nem só em João Pessoa, no estado da Paraíba, 52% da qualidade das coletas elas não apresentam as células da zona de transformação. Então isso é bem preocupante, porque tem mulher que faz o citológico bem direitinho, todo ano, aí de repente recebe o resultado de uma lesão de alto grau e as vezes elas vem aqui, ‘eu quero saber porque isso aconteceu’, eu escutei isso de duas ou três pessoas que chegou a dizer que fazia todo ano e de repente [...] esse ano apresentou um resultado de câncer, de uma lesão mais grave” (Gestor 2).

Estudos mostram que a presença de células da ZT na lâmina coletada para realização do citopatológico, favorece a detecção de atipias celulares, enquanto sua ausência está associada ao maior percentual de resultados falsos negativos (Franco et.al., 2006).

Bastos et.al. (2012) também identificaram em seu estudo que um dos fatores que mais interfere na interpretação técnica do Papanicolaou, está relacionado a ausência ou escassez de células representativas da ZT. A chance de encontrar atipias em laminas com presença de

elementos celulares dessa área, foi cerca de cinco vezes maior se comparado às lâminas com ausência de células da zona de transformação.

Assim como no presente estudo, foi identificado em municípios brasileiros um percentual importante de amostras insatisfatórias o que pôde ser atribuído à falha na coleta ou insegurança na leitura das lâminas (Neto et.al. 2001).

Uma adequada coleta do material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. É necessário que esta coleta seja feita por um profissional de saúde habilitado e capacitado para tal atividade. Um fator importante para o bom desempenho do programa de rastreamento do CCU é a qualidade do exame citopatológico e a existência de profissionais de saúde treinados para o manejo adequado desde agravo (INCA, 2006). Desta forma, o acompanhamento da qualidade do exame citopatológico é um importante indicador para monitorar as ações de rastreamento

Faz-se necessário refletir sobre a possibilidade de perda de oportunidade de rastreamento, visto que a coleta de uma nova amostra está na dependência da disponibilidade da usuária em comparecer novamente à unidade de saúde para repetir o exame. Várias terão dificuldade em conciliar sua agenda familiar e profissional com a data de uma nova coleta.

Sabe-se ainda que muitas delas não realizam periodicamente o exame; outras apenas o realizam quando há alguma queixa ginecológica. Gottems. et.al. (2012) observaram em seu estudo baixa adesão a rotina de realização do exame para detecção precoce do CCU, explicando em parte o diagnóstico tardio deste agravo, repercutindo negativamente no tratamento e no prognóstico.

Contrarreferência não institucionalizada

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde, é necessário que além da existência de serviços de diferentes densidades tecnológicas, a articulação desses serviços seja estabelecida tanto no ato de referenciar usuários para outro nível de atenção como no ato de contrarreferenciar. Instrumentos de referência e contrarreferência representam importantes ferramentas para integração dos serviços de saúde. Por meio de uma troca de informações eficaz entre os diferentes pontos de atenção, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem holística do paciente (Giovannella, et al. 2009; Lavras, 2011).

No município estudado, a contrarreferência às unidades de saúde não foi observada como uma prática frequente. As informações sobre a evolução do tratamento das pacientes muitas vezes são fornecidas pelas próprias usuárias. A ausência desta prática é criticada pelo profissional de saúde, considerando que dificulta a avaliação longitudinal da paciente.

[...] essa contrarreferência nem sempre a gente recebe e isso aí a gente acha ruim [...] acha ruim não, acha péssimo, porque a gente precisa também saber como é que está se encaminhando o tratamento dessa usuária nossa que continua sendo nossa, da nossa área de abrangência e de nossa responsabilidade. As vezes ela diz que tá tratando e ela, por não ser da área de saúde, não sabe dar os detalhes e eles, eu acho que por obrigação, teriam que contra referenciar no papel pra gente ficar ciente por quanto tempo, quais são os passos. Enfim, [...] não é aquela coisa sistematizada [...]. A gente deveria mesmo ter um instrumento que a gente pudesse tá dialogando (Profissional 1).

A contrarreferência tem sido destacada em várias investigações como um dos principais gargalos do sistema de saúde, sendo apontada como, praticamente, inexistente nos serviços (Escorel et.al., 2007; Machado et al, 2011).

A visão equivocada da contrarreferência foi um ponto que emergiu durante as entrevistas. Foi percebida em uma das falas como uma prática que consiste em “devolver” a paciente para o serviço de origem, quando na verdade a contrarreferência está relacionada ao compartilhamento de responsabilidades, permitido que a APS também participe desse cuidado, munindo-a de informações. Foi citado também que esta rotina depende do profissional que está conduzindo o caso, numa ideia de prática não institucionalizada.

[...] mas isso não é uma coisa assim que se faz. Elas (as pacientes) as vezes pedem o relatório porque o médico do posto de saúde pede o relatório pra saber do andamento da doença. A gente fornece, mas normalmente as pacientes que vem tratar aqui elas acabam ficando por aqui. A gente não tem muito pra quem devolver essa paciente. Elas ficam aqui no serviço mesmo (Profissional 3).

Em algumas unidades a gente consegue ter essa lógica. Na verdade isso depende muito do médico especialista né. Alguns médicos especialistas eles têm dentro de sua rotina essa lógica de estar mandando de volta, outros não tem (Gestor 1).

A inexistência da contrarreferência apareceu como uma importante lacuna representando uma fragilidade da rede de atenção para o alcance da integralidade. Em alguns estudos, ao encaminhar usuários para realização de procedimentos cirúrgicos, não foi observado acompanhamento posterior pela USF. Também não foram mencionados

mecanismos de referência e contrarreferência, entre unidades básicas e pronto-atendimento (Almeida et al., 2010; Gottems, 2012).

Em estudo de Silva et.al. (2016), a maioria dos profissionais entrevistados relatou que a atenção básica não realiza nenhum tipo de acompanhamento das usuárias e não recebe contrarreferência dos níveis seguintes.

Necessidade do usuário em construir itinerários de cuidado

Em decorrência das barreiras impostas no acesso aos serviços de saúde, muitas vezes o usuário é levado a buscar outros caminhos, que não os formais, regulatórios, para ter acesso ao cuidado. Nas entrevistas realizadas foi relatada a necessidade que os pacientes têm de estabelecer seus próprios trajetos, quer seja por meio do conhecimento com pessoas estratégicas (familiares ou atores de determinado serviço), quer seja pela busca de serviços privados.

Tem paciente que diz: ‘não, eu quero levar meu encaminhamento e eu vou fazer esse exame em outro local’ [...]. Ele não quer pela rede. Hoje é bem menos, mas acontece. Então ele leva a requisição dele. ‘Ah eu tenho uma pessoa que consegue pra mim facinho.’ Muitas vezes acontece e ele leva (Gestor 3).

A busca por exames na rede de serviços particulares foi relatada como uma tentativa de agilizar o início do tratamento no serviço público de atenção terciária.

[...] todos os paciente que eu opero eles são estadiados com ressonância porque eu forneço o pedido pra o paciente e eles fazem ou particular, ou fazem pelo sistema público mesmo, mas fazem em outro serviço. Faz fora. [...] É o paciente que vai pro posto de saúde com o pedidinho da ressonância, muitos e muitos deles não vão pro posto de saúde, eles fazem particular, eles pagam pelo exame e trazem o exame pra gente (Profissional 3)

[...] as vezes demora, acha que a parte do SUS tá demorando, então eles pulam e vão pra uma policlínica, realiza aquela biopsia e já traz pra cá entendeu? [...] ele as vezes desvia esse caminho aí do SUS pela demora [...] O que as pacientes reclamam muito são dos exames. Até fechar o diagnóstico, reclamam muito [...] Por exemplo, o médico daqui pede uma tomografia, pede uma ultrassom [...] quando eles voltam pra o seu PSF, ou seu município de origem, existe aquela demora [...] então é aí onde os pacientes perdem um pouquinho a paciência e terminam fazendo particular [...] junta, faz uma cotinha em família e tal, aquela cidade, ‘vamos fazer particular’ pra poder antecipar o início do tratamento[...] (Diretor Assistencial 2)

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Silva et. al. (2016), em que cinco dos seis casos analisados, as mulheres recorreram a serviços privados para realização de exames, considerando a limitação de vagas públicas e também como forma

de iniciar o tratamento com maior brevidade. Em estudo realizado por Brito-Silva, et.al. (2014), muitas usuárias utilizaram além do SUS, outros meios de acesso aos serviços de saúde como exemplo os planos privados de saúde.

Malta et.al (2016) constatam que a intervenção de amigos, familiares e conhecidos ainda torna-se necessária para assegurar atendimento dos usuários a outros serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Em estudo que abrangeu grandes centros urbanos brasileiros foram identificadas em várias situações usuários se responsabilizando pela busca do seu atendimento especializado, o que pode indicar barreiras à porta de entrada pela APS, e problemas na organização do fluxo assistencial (Almeida et. al., 2010)

A demora nos atendimentos no sistema público, ocasionada em grande parte pelo desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços e procedimentos, impulsiona a procura de rotas alternativas, numa tentativa de garantir acesso e tornar mais ágil o atendimento. Muitas vezes os usuários lançam o recurso do conhecimento que já possuem com familiares ou amigos, que atuam direta ou indiretamente no sistema de saúde, para adentrar de forma mais rápida na rede assistencial, “pulando” os fluxos regulatórios. Dá-se aí o estabelecimento de redes informais em que o acesso ao serviço de saúde fica na dependência do conhecimento com algum ator estratégico.

Nessa ideia de criação pelos usuários de suas próprias rotas de cuidado, Cecílio. et.al. (2014) discute sobre o “agir leigo” na saúde, demonstrando que além da regulação governamental, existem outros regimes de regulação na produção do cuidado, como o regime de regulação profissional, clientelístico e leigo. É por meio do “agir leigo” que os usuários constroem seus mapas de cuidado, indicando que há outros arranjos possíveis de sistema de saúde. Essa necessidade em que os usuários tem em criar sua própria rede reflete a falência do atual sistema organizacional. Por não haver integralidade, os usuários precisam ir por conta própria em busca dos serviços para completar sua linha de cuidado

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate efetivo ao CCU está relacionado à estruturação de um modelo de saúde que permita à usuária, acesso aos serviços de diferentes densidades tecnológicas, isto porque o manejo adequado desse agravo transita por toda linha de cuidado.

Com base nas entrevistas realizadas com gestores municipais, profissionais de saúde e diretores assistenciais foi possível identificar as potencialidades e limitações da rede para o alcance da integralidade. Dentre os achados que contribuem para o fortalecimento dessa rede, está o acesso facilitado à USF, onde as usuárias conseguem na sua grande maioria ser atendida para a realização do exame citopatológico sem agendamento prévio, existindo uma flexibilidade de atendimento na unidade. Além disto, foi verificado que no município está estabelecido um fluxo formal de comunicação entre esses pontos da rede, sendo a regulação municipal responsável por articular a continuidade do cuidado.

A pesquisa identificou também algumas limitações da rede, dentre elas a baixa resolutividade da APS evidenciada pelo excesso de encaminhamentos para atenção secundária, profissionais de saúde pouco capacitados para atenção ao CCU e inadequada coleta dos exames de Papanicolaou, o que favorece a ocorrência de diagnósticos tardios.

Corroborando com o que foi encontrado em outros estudos, a contrarreferência não se constituiu como uma prática entre os profissionais de saúde, ficando muitas vezes o usuário responsável por garanti-la. Dessa forma, apesar de haver fluxo formal estabelecido entre as unidades, foi identificada necessidade do usuário em construir seu itinerário de cuidado.

De acordo com os achados do estudo, é possível inferir que a rede de atenção ao câncer de colo uterino em João Pessoa encontra-se em processo de fortalecimento, pois possui tanto elementos que contribuem para uma atenção pautada na integralidade, como a existência de serviços com diferentes densidades tecnológicas, quanto elementos que fragilizam esse alcance, como a falta de integração entre os serviços de diferentes níveis. Identificar as potencialidades e limitações na rede contribui para fortalecer a atenção a este agravo uma vez que os achados permitem a proposição de melhorias na organização e comunicação entre os pontos da rede do município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.A. et.al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). 2006. Lisboa: Edições 70.

- BASTOS, E.A; et.al. Associação entre a Qualidade da Amostra e a Detecção de Atipias Celulares no Exame Citopatológico do Colo do Útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3): 445-452, 2012.
- BOTTARI, C.M.S; VASCONCELLOS, M.M; MENDONÇA, M.H.M. Câncer Cérvico-Uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 24 Suppl 1:S111-22. 2008.
- BRANDÃO, I.C.A; et.al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização R brasileira de ciências da Saúde. 16(3):347-352, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2015: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. [acesso em 03 mar 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2015/>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
- BRITO-SILVA et al. Integralidade no cuidado ao câncer de colo do útero: avaliação do acesso. *Rev. Saúde Pública*. 48(2): 240-248. 2014
- BRITO-SILVA, K.S. Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso de condição marcadora em estudo misto. [Tese de Doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.
- CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2), p.569-84. 2003
- CARVALHO, B.G; DOMINGOS, C.M; LEITE, F.S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica, *Rev. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, jul-set 2015.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 117-30.
- CECILIO, L.C.O. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014.
- CORRÊA, A.C.P; FERREIRA, F; CRUZ, G.S.P; PEDROSA, I.C.F. Acesso a Serviços de Saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):451-7.
- SCOREL, S; et.al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 21: 164-76. 2007.
- FRANCO, R; et.al. Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino. *Rev bras ginecol obstet*. 28(8):479-85, 2006.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.
- GOTTEMS, L. B. D; et.al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Vol.03, Nº. 02, Ano 2012.

HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*, 20 Suppl 2: S331-6. 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer Ministério da Saúde. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. *J Bras Patol Med Lab*.42(5):351-73. 2006.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

MACHADO, L.M; COLOMÉ, J.S, BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *R. Enferm.* 1(1): 31-40. 2011.

MALTA, D.C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, CONASS, OMS. 554 p. 2011

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

NETO, A.R.N; et.al. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. *RBGO* - v. 23, nº 4, 2001.

NEVES, L.M.T; ACIOLE, GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. *Interface*, vol. 15, n 37, p.551-64. 2011.

SCHWARTZ, TD; FERREIRA, J.T.B; MACIEL, E.L.N; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES) *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2145-2154, 2010.

SILVA, M. R F. et.al. Continuidade assistencial de mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: Estudo de caso, Pernambuco. *Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES*, 2016.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

TAKEMOTO, MLS, SILVA EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* ;23(2):331-40. 2007

TANAKA O.Y; MELO C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004.

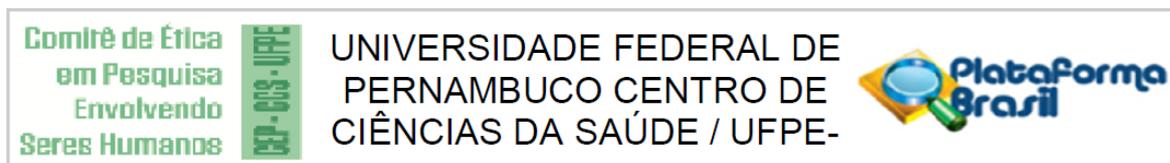
TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*; 20(Supl. 2):S190-S198. 2004.

VIACAVA, F et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 711-724, 2004.

YIN, R.K. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INICIATIVAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS E REGIÕES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA NO SUS: UM ESTUDO AVALIATIVO

Pesquisador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30694814.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 674.336

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de título "Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo", que tem como pesquisador responsável a Prof^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da UFPE. Projeto aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N ° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, obteve apoio financeiro pelo CNPq. Conta com equipe, cujos currículos dos integrantes foram anexados.

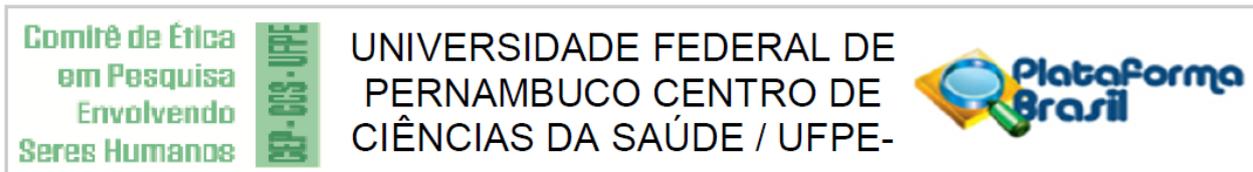
Objetivo da Pesquisa:

Sendo um projeto que comporta três subprojetos, tem-se:

Subprojeto 1 (Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade)

Objetivo geral: avaliar a integralidade na atenção utilizando o Câncer de Colo Uterino (CCU) como condição marcadora em Regiões de Saúde do Nordeste brasileiro.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.336

Objetivos específicos: 1) Mapear as redes de atenção existentes destinadas ao cuidado do CCU; 2) Identificar a cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde de estados do Nordeste, e 3) Traçar potencialidades e fragilidades na linha de cuidado ao CCU em Região de Saúde.

Subprojeto 2 (Avaliação do Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta: uma investigação mista)

Objetivo geral: avaliar a eficiência e a efetividade o Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta no Nordeste.

Objetivos específicos: 1) traçar o perfil dos Profissionais atuantes no PMM; 2) avaliar a eficiência e a efetividade do PMM no campo do acesso às ações e serviços de saúde; 3) avaliar o impacto do PMM nas diferentes dimensões da integralidade sob o olhar de profissionais, usuários e gestores locais; 4) identificar potencialidades e fragilidades do PMM.

Subprojeto 3 (Desafios e perspectivas da regionalização)

Objetivo geral: analisar o processo de regionalização da saúde no Nordeste na perspectiva da gestão estadual, das representações municipais e dos usuários.

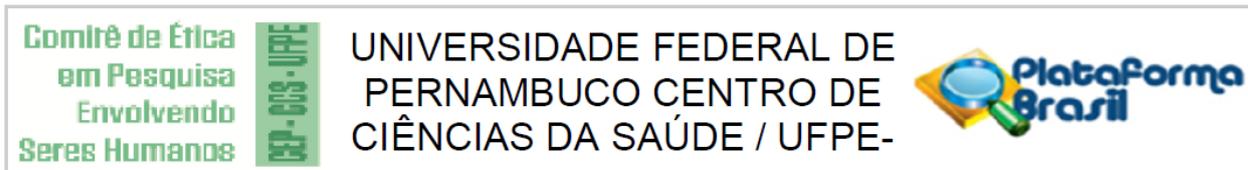
Objetivos específicos: 1) comparar o discurso dos gestores estaduais (Nível Central e Macrorregiões e Gerências Regionais de Saúde), na condução da regionalização, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo; 2) confrontar os discursos dos gestores estaduais, diante da condução na implementação da regionalização da saúde, com os discursos dos gestores municipais, dos representantes das instâncias de participação social e dos usuários; 3) examinar o processo de regionalização da saúde no Nordeste a partir da compatibilidade entre os discursos, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização traçadas pelos atores envolvidos; 4) propor estratégias de operacionalização que estimulem o fortalecimento da implementação da regionalização da saúde no Nordeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: identificados como constrangimento em responder as questões abordadas, mas garantido que a qualquer momento é possível desistir de participar e retirar seu consentimento.

Benefícios: contribuições do entrevistado para sistematização de trabalho que poderá propiciar garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.336

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo), sendo os dados quantitativos coletados e analisados, feito com os dados qualitativos, para a interpretação integrada de todos os dados. Metodologia adequada ao que se pretende, cronograma ajustado às atividades, critério de inclusão e exclusão nos três grupos definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados principais termos.

Recomendações:

Destacar dentre os benefícios, a devolução dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 04 de Junho de 2014.

Assinado por:
GERALDO BOSCO
LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B

Cartas de Anuência



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 23 de setembro de 2015

Processo nº 14.548/2015

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
Para: **DAS e DS V**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **TACIANA LEÃO PONTES**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO UTERINO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE"**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

João Pessoa, 23 de setembro de 2015

D. Ana Paula Araújo Nery

Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA
DISTRITO SANITÁRIO V

ENCAMINHAMENTO

Venho por meio deste, encaminhar a pesquisadora **TACIANA LEÃO PONTES**, para realização de pesquisa intitulada: **"AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO UTERINO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE"** a ser realizado na USF Integrada São José com a Equipe de Saúde da Família São José II do Distrito Sanitário V. Ressalta-se que este projeto já foi deferido pela Gerência de Educação na Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

João Pessoa, 03 de Dezembro de 2015.

Jéssica Thayse Valeriano de Sousa Ferreira
Diretora Técnica
Distrito sanitário V

Jéssica Thayse Valeriano de Sousa Ferreira
Diretora Técnica
Distrito Sanitário V / SMS-UF
Matrícula: 83.876-4



Hospital
Napoleão
Laureano

Centro de Estudos Mário Kröeff

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL/CARTA DE ANUÊNCIA

Avaliamos o Projeto de Pesquisa "AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO UTERINO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE", e, em nossa avaliação, o Hospital Napoleão Laureano poderá participar como instituição colaboradora do referido projeto. Ressaltamos ainda, que é da responsabilidade do pesquisador todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após a conclusão da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para a instituição.

João Pessoa, 04 DE setembro de 2015.

Igor Lemos Duarte
Presidente do CEMAK

Dr. Igor Lemos Duarte
Pres. do CEMAK
Pres. da Comissão de Ética Médica do HNL

Antônio
Hospital Napoleão Laureano
Dr. Flávia Maria Siqueira Filho
04.09.15

ANEXO C

Instruções aos autores – Revista saúde e sociedade**INSTRUÇÕES AOS AUTORES****SAÚDE e
SOCIEDADE**

ISSN 0104-1290 versão impressa
ISSN 1984-0470 versão on-line

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, Saúde e Sociedade tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

- f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;
- g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;
- h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e
- i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha

editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugeriram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista *Saúde e Sociedade*, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "et al.". Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as

normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- Tese

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- Legislação (Lei, Portaria etc.)

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

- Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Envio do material

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. dr. Arnaldo, 715
Prédio da Biblioteca,
2º andar sala 2
01246-904 São
Paulo - SP - Brasil
Tel./Fax: +55 11
3061-7880



saudesoc@usp.br