

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

KARLA MACIEL GOMES COELHO

**A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE UMA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE: CÂNCER COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA**

RECIFE

2018

KARLA MACIEL GOMES COELHO

**A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE UMA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE: CÂNCER COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra Islândia Maria Carvalho de Sousa

Coorientadora: Dra Keila Silene Brito e Silva

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

C672a Coelho, Karla Maciel Gomes.

A articulação entre os serviços de uma rede de atenção à saúde: câncer como condição traçadora/ Karla Maciel Gomes Coelho. — Recife: [s.n.], 2018.

80 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa; Coorientadora: Keila Silene Brito e Silva.

1. Atenção à Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3. Neoplasias do Colo do Útero. 3. Serviços de Saúde. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Silva, Keila Silene Brito e. III. Título.

CDU 614.2

KARLA MACIEL GOMES COELHO

**A ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE UMA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE: CÂNCER COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 27/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Islândia Maria Carvalho de Sousa
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^ª Dr^ª Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^ª Dr^ª Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder a oportunidade de crescer em minha vida profissional e pessoal com esta construção.

Agradeço a minha família, meu pai e minha irmã, que de todo coração me apoiou em todos os momentos, principalmente meu esposo Cristiano e meu filho Danilo que abdicaram da minha presença em suas vidas para conseguirem ver a aquisição deste sonho.

Preciso agradecer aos meus colegas do trabalho, atual e antigo, que sempre me ajudaram e deram cobertura quando precisava focar nesta construção. Barbosa que ajudou na coleta dos dados nos bancos do Ministério da Saúde e em especial a Tamine Miranda, que além de ser minha gerente é minha amiga e sempre me incentivou a seguir em frente e não desistir nunca. Vocês são parte desta dissertação.

Eternamente serei grata a minha amiga Renata Villani, que me ajudou muito nesta construção. Mas, principalmente, sempre me deu broncas quando eu precisava acordar para a realidade. Saiba que elas foram fundamentais.

Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas de turma e professores, cada um da sua forma me fez ter um olhar especial para esta nova fase da minha vida acadêmica. Em especial a minha orientadora Islândia e a minha coorientadora Keila, por toda a paciência e apoio nesta construção. Sem vocês nada disso seria possível.

Enfim, teria muitas folhas a escrever para agradecer, pois muitas pessoas foram importantes nesta caminhada, muito obrigada a todos !!!!!

Dedico este trabalho à usuária do SUS que necessita percorrer a Rede de Atenção ao Câncer, pois agora vejo o quão sofrido é sua luta e quanto nós, trabalhadores da gestão, precisamos de maior dedicação ao seu cuidado.

COELHO, Karla Maciel Gomes. **A Articulação entre os Serviços de uma Rede de Atenção à Saúde: Câncer como Condição Traçadora**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

Esta pesquisa foi desenvolvida para analisar a articulação existente entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde na IV Região de Saúde de Pernambuco, como uma etapa para a integralidade da atenção. Para tal, utilizou-se o Câncer de Colo Uterino – CCU – como condição traçadora. Desenvolveu-se um estudo de caso descritivo com abordagem mista. Para a abordagem quantitativa, utilizou-se a base de dados secundária referente às Citologias, Colposcopias, Biópsias, Histopatológicas, Cirurgias de Alta Frequência – CAF, Conizações, Histerectomias, Quimioterapias e Radioterapias, do Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar do Ministério da Saúde, e os questionários respondidos pelos municípios. Os dados quantitativos foram analisados com a descrição das frequências absoluta e/ou relativa. Para os dados qualitativos, utilizou-se entrevistas semiestruturadas com atores estratégicos de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Percebeu-se que existe oferta de exame de rastreamento nos municípios, porém com entrega de resultados fora do tempo mínimo necessário para iniciar o tratamento. Identificou-se também que as usuárias necessitam se deslocar para outros municípios para a realização de procedimentos de média complexidade, como Colposcopia e Biópsia, e que o número de procedimentos de Biópsia, CAF e Conizações estão aquém do percentual esperado para o número de casos positivos para lesões precursoras previstas. Identificou-se que foi realizado um número pequeno de Histerectomias por CCU em relação à expectativa calculada conforme população que realizou Papanicolau. Da mesma forma, foi observado para Quimioterapia e Radioterapia. Evidenciou-se que a articulação entre os serviços da rede encontra-se fragmentada, não permitindo uma atenção integral à usuária. Conclui-se neste estudo que os obstáculos estão em todos os níveis de atenção, porém estão mais concentrados na atenção secundária, por abranger o maior número de procedimentos da linha de cuidado do CCU e a baixa articulação com a Atenção Primária em saúde nos municípios.

Palavras-chaves: Redes de atenção. Câncer de colo uterino. Integralidade na atenção.

COELHO, Karla Maciel Gomes. **The articulation between services in a Health Care Network: Cancer as a mapping condition.** 2018. Dissertation (Master degree in Public Health) – Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

This research was developed to analyze the articulation between services in a Health Care Network in the IV Health Region of Pernambuco, as a step towards the integrality of care. Uterine Cervical Cancer – CCU – was used as a tracer condition. A descriptive case study with a mixed approach was developed. For the quantitative approach, the secondary database was used for the Cytology, Colposcopy, Biopsy, Histopathology, High Frequency Surgeries – CAF, Conizations, Hysterectomies, Chemotherapies and Radiotherapies of the Outpatient and Hospital Information System of the Ministry of Health and the questionnaires answered by the municipalities. The quantitative data were analyzed with the description of the absolute and/or relative frequencies. For the qualitative data we used semi-structured interviews with strategic actors according to Bardin content analysis. It was noticed that there is an offer of screening test in the municipalities, but with delivery of results outside the minimum time necessary to start the treatment. It was also identified that users need to move to other municipalities to perform procedures of medium complexity such as Colposcopy and Biopsy, which number of Biopsy, CAF and Conization procedures are below the expected percentage for the number of positive cases for precursor lesions foreseen. It was identified that a small number of Hysterectomies were performed by CCU in relation to the calculated expectation according to the population that performed Papanicolau. In the same way, it was observed for Chemotherapy and Radiotherapy. It has been pointed out that the articulation between network services is fragmented, not allowing an integral attention to the user. This study concluded that there are obstacles at all levels of attention, but they are more focused on secondary care because it covers the greater number of CCU care line procedures and the low articulation with Primary Health Care in municipalities.

Keywords: Health Care Networks. Cervical Cancer. Integrality in attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Linha de cuidado no câncer segundo INCA, 2016 -----	25
Quadro 1 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames Citopatológicos nas Unidades de Atenção Básica -----	26
Quadro 2 – Responsabilidades por componente de Atenção à Saúde segundo Ministério da Saúde, 2013 -----	28
Quadro 3 –Distribuição das Regiões de Saúde, por macrorregiões de saúde de Pernambuco, 2011 -----	35
Figura 2– Recorte da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil -----	36
Quadro 4 – Códigos de exames e procedimentos preconizados na linha de cuidado do CCU -----	37
Quadro 5 – Categorias de análise por nível de atenção à saúde -----	39
Figura 3 – Mapa da IV Região de Saúde com localização dos serviços ofertados na linha de cuidado do CCU, Pernambuco, Brasil -----	43
Gráfico1 – Total de Colposcopias ofertadas para mulheres de 25 a 64 anos residentes na IV Região de Saúde de Pernambuco e total desses exames realizados no município de residência no período de 2014 a 2016 -----	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de municípios da IV Região de Saúde nos quais usuárias realizaram exames/procedimentos da linha de cuidado do CCU, Pernambuco, Brasil, 2014 a 2016 -----	44
Tabela 2 – Número de exames de Papanicolau e biópsias realizadas em mulheres de 25 a 64 anos residentes na IV Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2016. -----	48
Tabela 3 – Número de biópsias de colo uterino realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016 -----	48
Tabela 4 – Número de Histopatológicos, Cirurgias de Alta Frequência (CAF), e Conizações realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016 -----	49
Tabela 5 – Número de Histerectomias, Quimioterapias e Radioterapias realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016 -----	51
Tabela 6 – Número de Quimioterapias realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016 -----	53
Tabela 7 – Número de óbitos ocorridos com mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016 -----	55
Tabela 8 – Número de municípios com referência para alguns dos exames da linha de cuidado do CCU, Pernambuco, Brasil, 2017 -----	56

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASCCP – Sociedade Americana de Patologia Cervical e Colposcopia
ASC – H – Alterações Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau
ASCUS – Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
CAF – Cirurgia de Alta Frequência
CCU – Câncer de Colo Uterino
CEOC – Centro de Oncologia de Caruaru
CIR – Colegiado de Intergestores Regional
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GERES – Gerência Regional de Saúde
HEMOPE – Hemocentro de Pernambuco
INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LAFEPE – Laboratórios Farmacêuticos do Estado de Pernambuco
LC –Linha de Cuidado
MS – Ministério da Saúde
NHS – National Health Service
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
OSs – Organizações Sociais
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDR – Plano Diretor de Regionalização
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação de Internação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero

SUS – Sistema Único de Saúde

TABWIN – Sistema de Tabulações para Windows

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Oncologia

UPA 24h – Unidade de Pronto Atendimento 24h

UPAE – Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializado

Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo Geral	20
3.2	Objetivos Específicos	20
4	REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1	Rede de Atenção à saúde	21
4.2	Linhas de Cuidado para o Câncer de Colo Uterino.....	24
4.3	Integralidade na Atenção à Saúde	28
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
5.1	Tipo de Estudo	33
5.2	Local de Estudo	34
5.3	Coleta de dados e período	36
5.3.1	<i>Objetivo Específico I</i>	36
5.3.2	<i>Objetivo Específico II</i>	37
5.3.3	<i>Objetivo Específico III</i>	38
5.4	Análise dos dados	38
5.5	Considerações éticas	41
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1	Atenção ao CCU disponibilizada na IV Região de Saúde de Pernambuco.....	42
6.2	Articulação entre os Níveis de Atenção à Saúde.....	55
6.3	Instrumento para Monitoramento de Indicadores.....	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – Entrevista com coordenação municipal de atenção básica/atenção à saúde e atenção à saúde da mulher da IV Regional de Saúde	75
	APÊNDICE B – Entrevista com coordenação regional/municipal de regulação	76
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	77

1 APRESENTAÇÃO

Conclui meu curso de enfermagem em 2002, desde esse período trabalho na Saúde Pública. Inicialmente, sentia necessidade de me envolver com a assistência à saúde, considerando obter o máximo de experiência possível. Porém, os cargos na gestão me encantaram quando percebi que era possível participar do planejamento das ações a serem desenvolvidas para a população. Assim, a partir de 2005, assumi funções de coordenação na atenção básica, planejamento, até chegar ao cargo de Secretária de Saúde em municípios de pequeno a médio porte populacional. Em 2012 fui aprovada em uma seleção para ser apoiadora da Regulação da Secretaria Estadual de Saúde e fui lotada na IV Regional de Saúde. Neste momento, pensei que seria a função mais difícil de toda minha carreira profissional. Sempre achei que a Regulação era o local mais complicado, pois seria exatamente onde eu deveria dar e responder a tudo o que o usuário necessitasse.

Foi quando entendi e me encontrei, pois era exatamente onde eu poderia enxergar as necessidades da rede de saúde de cada lugar, contribuir para que o usuário tivesse sua assistência garantida e ofertar um SUS de qualidade, e acima de tudo enxerguei o quanto ainda é necessário avançar com as Linhas de Cuidado.

Atualmente, trabalho no setor de Regulação Ambulatorial da Secretaria de Saúde do município de Caruaru. Com frequência usuários buscam a instituição apresentando suas dificuldades nos processos da Rede de Atenção à Saúde e pedindo orientações que solucionem seus problemas. Esta situação me inquieta, fortemente, o que está atrelado às experiências vivenciadas nos outros serviços Assistenciais e de Gestão, nos quais também não conseguia estas soluções. Ao ser aprovada na seleção do mestrado profissional, a proposta de pesquisar sobre as condições da Atenção à Saúde ofertada na Região em que trabalho me entusiasmou e me incentivou a deixar alguma contribuição.

Ao conhecer um projeto em andamento no Nordeste, percebi que poderia contribuir. Deste modo, o presente trabalho é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”. Para a região em que trabalho optamos por contribuir com um subprojeto, com o qual será possível propor melhorias na rede de atenção, usando o Câncer de Colo Uterino como marcador e, principalmente, propor avanços nas linhas de cuidado existentes na região.

A escolha do Câncer de Colo Uterino para estudar a articulação como componente da integralidade possui uma relação forte com as características necessárias para uma condição

traçadora. Além disso, as circunstâncias encontradas na região estudada, na qual a mulher inicia sua peregrinação quando recebe seu resultado de Papanicolau, em busca de concluir seu diagnóstico por meio da Colposcopia, Biópsia e do Histológico, fazem com que ela nem sempre consiga ter estes procedimentos garantidos facilmente e, desta forma, permaneça em busca por um tempo indeterminado de diagnóstico e tratamento. É importante entender que muitos serviços estão sendo ofertados, porém não é claro como esta mulher consegue chegar ao local, uma vez que não há um fluxo estabelecido oficialmente e são poucas as opções por meio da regulação.

Muito escutei em toda minha vida acadêmica sobre o tripé do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. Até os dias atuais percebo o quanto a integralidade vem sendo a haste mais difícil de ficar de pé. Ela deveria ser sempre a norteadora do planejamento das ações e serviços de saúde, pois por meio dela garantiremos uma assistência completa ao usuário.

Diante disso, esta pesquisa objetivou analisar a articulação entre os serviços de saúde ofertados na rede de atenção à mulher com Câncer de Colo Uterino. A IV Região de Saúde foi o local escolhido para este estudo por ser a maior em número de municípios e aquela em que trabalho.

2 INTRODUÇÃO

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde era garantido àqueles que possuíam vínculo trabalhista, contribuindo com a previdência social, ou seja, os que participavam do mercado formal de trabalho (GIOVANELLA et al., 2002). Além disso, a assistência ofertada resumia-se a ações e serviços centrados na doença, com caráter individual, especializado e focado no ambiente hospitalar (MATTOS, 2004). Fatos que mudaram com a implantação do SUS.

Este Sistema apresenta um grande desafio para sua gestão, que é garantir a efetivação de seus princípios e diretrizes. A estratégia utilizada é a reestruturação do sistema, em virtude da fragmentação do cuidado, proporcionando ao usuário ações e serviços com efetividade e eficiência. Assim, diante da complexidade de constituição de um sistema integrado, traz-se a ideia de uma rede articulada de ações e serviços de saúde para sua efetiva consolidação (ARRUDA et al., 2015).

Os movimentos sanitários trouxeram a proposta de um sistema unificado, público e capaz de enxergar o indivíduo de modo completo e integral (GIOVANELLA et al., 2002). Estes movimentos culminaram com a Constituição Federal que foi o marco teórico para a consolidação da promoção à saúde na consciência da sociedade e para a criação do SUS, sendo esta a maior aquisição do movimento sanitário brasileiro, com a instituição do acesso pleno aos serviços sem relação alguma com o caráter econômico ou político, o que garantiria um novo padrão de cidadania social, ou seja, a saúde enquanto direito social (PINHO et al., 2007).

Na conformação do SUS, a descentralização e regionalização das ações e serviços são diretrizes nas quais algumas competências para a atenção à saúde foram transferidas ao ente municipal, porém não foram acompanhadas da autonomia financeira, autonomia da gestão e integração das distintas dimensões da atenção à saúde. Para tal, necessita-se de um arranjo organizacional sob a forma de rede. Elas estariam acompanhadas de dispositivos de planejamento, programação e regulação, proporcionando o acesso à população a todos os níveis de atenção. Assim, no Brasil, a (re) estruturação do sistema de saúde acontece na perspectiva da construção solidária das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na tentativa de superar a fragmentação existente (MELLO et al., 2014).

Constituídas como estratégias do sistema público e para a integralidade do cuidado, as RAS surgem com o objetivo de oferecer atenção integral e contínua à população sendo coordenada pela atenção primária. Considerando de forma humanizada, o tempo, o lugar, o

custo e a qualidade. Elas são fundamentais na racionalização dos gastos bem como na otimização da oferta assistencial existente (ARRUDA et al., 2015).

Para Giovanella et al. (2002), entre as dimensões basilares para a minimização da fragmentação do cuidado no SUS e, portanto, da integralidade estão: a garantia de acesso aos três níveis de complexidade da assistência e a articulação entre a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, além da priorização da saúde preventiva e o enfoque nos indivíduos e famílias.

Para Mattos (2009), a integralidade é um dos princípios do SUS menos perceptíveis em toda a trajetória do sistema, sendo “preche de sentidos” e impossível de unificar seu significado diante das lutas na reforma sanitária e do desejo de uma sociedade mais justa.

A integralidade, além de ser um dos princípios doutrinários do SUS, é defendida por Mattos (2004) como uma bandeira de luta do movimento de reforma sanitária brasileiro. É o grande desejo de muitos sujeitos, é a imagem objeto do nosso sistema público de saúde.

Deste modo, compreender como as Redes têm se articulado para se constituírem numa rede integrada de atenção é fundamental para o SUS.

Em literaturas nacional e internacional, as produções sobre as RAS são múltiplas e justificadas pela incidência e prevalência das Doenças Crônicas, assim como pela possibilidade de garantia da integralidade e pela intervenção dos custos crescentes do sistema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas surge ao final de 2012 com a proposta de redução dos óbitos em mulheres por Câncer de Mama e Colo Uterino (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Apesar de o Câncer de Colo Uterino ter grande potencialidade para prevenção, ele também se comporta como forte problema de saúde pública (NAVARRO et al., 2015).

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 63% aconteceram associadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estando no topo as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica (MALTA; MORAES NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

A estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA para o Brasil no biênio 2016-2017 é de 600 mil novos casos de câncer. Sendo os mais frequentes os de próstata (28,6%), em homens, e os de mama (28,1%), em mulheres. Assim como na América Latina e Caribe. Nesta incidência o Câncer de Colo de Útero aparece em terceiro lugar com (7,9%) dos novos casos em mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016a).

Brito-Silva et AL. (2014) dizem que o acesso da população a diferentes níveis assistenciais faz parte de um dos sentidos da integralidade. A dificuldade de acesso e de continuidade da atenção ainda são dificuldades enfrentadas tanto na atenção básica como nos serviços especializados. Entretanto, para o sucesso no combate ao Câncer de Colo Uterino – CCU é necessário que haja a detecção precoce e o acesso a diferentes serviços a fim de enfrentar cada fase da doença.

Uma das estratégias utilizadas para pesquisas avaliativas é a utilização de condições traçadoras. Ela permite inferir qualidade a saúde geral, considerando a avaliação da assistência prestada em um conjunto determinado de condições ou patologias. Neste caso, o Câncer de Colo Uterino, por atender requisitos fundamentais como: prevalência, etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção, entre outros, tem sido uma das doenças mais utilizadas como traçadora pelos pesquisadores (BRITO-SILVA et al., 2014).

Neste contexto, analisar a situação do Câncer de Colo Uterino constitui um grande desafio para o SUS, visto que apesar de previsível continua sendo um problema importante de saúde pública e também, um sinalizador que o princípio da integralidade não está sendo efetivado adequadamente e precisa ser avaliado quanto aos entraves que contribuem para este cenário.

A IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco apresenta a 4ª taxa de mortalidade por CCU (6,96/100.000 mulheres) do Estado, perdendo apenas para Palmares, Petrolina e Serra Talhada (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Tais dados revelaram que na região ainda é um desafio o enfrentamento da doença, sendo importante compreender quais entraves estão contribuindo para esses indicadores.

Partimos do pressuposto que uma rede articulada nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) subsidia a construção da integralidade, e que há baixa articulação entre os serviços destinados às mulheres com CCU. O que torna possível identificar os obstáculos que impedem o alcance da integralidade do cuidado, a partir da análise do caminho que estas mulheres estão percorrendo na rede de atenção ao CCU na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

A presente pesquisa permitirá analisar se a atenção à saúde das mulheres com CCU é ofertada nessa rede de serviços de saúde e tem a finalidade de contribuir com sua implementação para que funcione de forma articulada, ao proporcionar acesso e cuidado necessário à mulher. Considerando a incidência crescente desta patologia anualmente, bem

como o fato de ser completamente evitável por meio de um exame simples e de baixo custo, disponível na rede SUS.

Com o intuito de oferecer subsídios para a discussão sobre a integralidade na atenção à saúde da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, tendo como eixo a organização dos serviços, tenta-se responder a seguinte pergunta: Como a rede de atenção à saúde da mulher com CCU tem sido articulada para garantir o cuidado integral a essa mulher na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a articulação da Rede de Atenção à Saúde na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco para o cuidado integral das mulheres com Câncer de Colo Uterino.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a rede de atenção ao CCU existente na IV Região de Saúde – PE por meio dos dados dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
- b) Analisar a articulação entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde na IV Região de Saúde – PE;
- c) Promover a construção de um instrumento, em parceria com a Câmara Técnica do Colegiado de Intergestores da Regional e com as áreas técnicas envolvidas com a rede de atenção à saúde da mulher da IV Regional de Saúde, que seja utilizado no acompanhamento da articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção ao CCU.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Redes de Atenção à Saúde

A Constituição Federal ressalta em seu artigo 198 a necessidade de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada. A Lei 8080 de 1990 em seu artigo 7º corrobora com essa necessidade quando define competências frente à criação destas redes. Ao longo dos anos, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, o tema regionalização permanece em foco, de maneira que em 2006, através do Pacto pela Saúde, ela surge como eixo estruturante, com objetivos bem definidos, envolvendo a garantia de acesso, integralidade, descentralização, racionalização e otimização de gastos (BRASIL, 2006). Segundo Aguilera et al. (2013), busca-se a articulação entre os três níveis de complexidade do sistema.

Redes de Atenção à Saúde são:

[...]organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

Estas são compostas por três elementos: 1. População - é o ponto utilizado como orientador para a construção dos demais, uma rede se estrutura com base nas condições sanitárias e econômicas de uma população; 2. A estrutura operacional - é o link que interliga todas as redes, são constituídas pelas ligações materiais e imateriais que fazem esta comunicação; 3. O modelo de atenção - é o sistema lógico que viabiliza a utilização das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010).

É necessária uma reorganização das Redes de Atenção à Saúde, considerando que estes sistemas fragmentados são grandes desastres sanitários e econômicos em todo o mundo. Trata-se da situação de tripla carga de doença no Brasil, assim como as mudanças demográficas com o rápido envelhecimento da população. O que corrobora, mais uma vez, a existência de um forte peso para as doenças crônicas, que não podem ser resolvidas com sistemas de saúde voltados para doenças agudas e de forma fragmentada, sem comunicação entre si, sem garantia de continuidade na assistência (MENDES, 2011).

A Constituição Federal, em seu artigo 198, diz que o SUS é integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988). Este ponto de vista é defendido por

Santos (2011) que chama atenção, neste caso, para o modelo de saúde já adotado que é de hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. A forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhidos pelas autoridades públicas de saúde, elas estão definidas constitucionalmente e na Lei 8.080/90 em seus artigos 7º e 8º, que apresentam um modelo piramidal com base larga, na qual se encontra a atenção primária, e que define o acesso e o caminhar na rede dos usuários.

Para Mendes (2010), os sistemas de saúde são respostas à necessidade da sociedade e, portanto, devem ser coerentes com as suas condições de saúde. A mudança na situação sanitária do Brasil, marcada por uma tripla carga de doenças (infecciosas e carenciais; por causas externas e condições crônicas), bem como as mudanças demográficas, necessitam de um sistema voltado a este novo perfil, visto que não serão encontradas boas respostas tendo em vista o atual sistema fragmentado de enfrentamento de condições agudas e agudizações das condições crônicas. É necessário, portanto que haja a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) como nova forma de proporcionar uma resposta com efetividade, eficiência, segurança, equidade e qualidade para as novas condições de saúde da população.

Foi por meio da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que se instituem as Redes de Atenção à Saúde no SUS e os Grupos Técnicos de Atenção (GTA) se reuniram para discutir e pactuar em Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de 2011 e 2012, as redes temáticas a seguir: 1. Rede Cegonha; 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); 3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps); 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

Uma das principais causas de óbitos prematuros no mundo são exatamente as DCNT. 72% acontecem principalmente por quatro grupos de causas, estando no topo as doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes (MALTA et al, 2014).

Para Malta e Merhy (2010), a escolha da Linha de Cuidado (LC) das DCNT se justifica pela magnitude destas doenças, pela crescente morbimortalidade, pelos custos que agregam e por gerar eventos contínuos e crônicos que, com frequência, se agudizam, especialmente quando não são bem cuidados, podendo ser um tema analisador das situações de fragmentação da LC.

Desde a década de 80, no Estado de São Paulo, foram adotadas medidas preventivas através do Papanicolau contra o CCU e implantados laboratórios públicos de Citopatologia, além de organizações de referência em municípios ou regiões do Estado (MEIRA et al., 2013).

Em 1998, o Governo brasileiro percebe a necessidade de atuação nacional sobre o CCU e inicia o Programa Nacional de Rastreamento do CCU - Programa Viva Mulher, através do INCA, vinculado ao Ministério da Saúde. A partir deste programa, percebe-se grande ampliação da oferta de exames de prevenção ao CCU no país, porém não consegue impactar como o esperado na redução dos óbitos. Em 2005, outras estratégias foram adotadas na Política Nacional de Atenção Oncológica, sendo apoiada em 2006 como prioridade no Pacto pela Vida, no qual as três esferas assumem compromissos como criação de grupo de trabalho em 2010, atualização das diretrizes brasileiras para rastreamento do CCU em 2011, entre outras. O que culminou na Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (RANGEL; LIMA; VARGAS, 2015).

Segundo Melo (2016), o aumento progressivo das doenças crônicas (hipertensão, diabetes e cânceres) estimulou os serviços de saúde a promoverem um vínculo maior com os usuários, garantindo ações de orientação sobre o processo a ser percorrido nas Redes de Atenção. É por meio delas, de forma articulada, que se pode conquistar a integralidade nos territórios e regiões.

Desde 1919, o câncer é percebido como problema de saúde pública no Brasil. Até o século 20 só era atrelado aos órgãos reprodutores femininos. Apenas em 1975 os sistemas de informação evidenciam o câncer de mama com altas prevalências, sendo assim incluso na agenda das políticas públicas de saúde, evoluindo para, atualmente, ser prioridade e receber investimentos em todos os pontos das RAS, desde o rastreamento na atenção primária até o tratamento na atenção terciária (PAULA, et al., 2017).

Para o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2016b), é importante ficar claro entre os gestores e profissionais de saúde que exercem seus papéis dentro da RAS, quais características as redes devem articular e integrar para a detecção precoce do CCU. Assim, a instituição elenca funções essenciais em cada nível de atenção: Atenção Primária – ser resolutiva na maior parte dos problemas da população; organizar os fluxos de referência e contrarreferência dos usuários nos vários pontos da rede, e ser responsável pela saúde do usuário em qualquer ponto que ele se encontre na rede. Atenção Secundária e Terciária – para o CCU a unidade secundária será responsável por confirmar o diagnóstico e tratar de forma ambulatorial as lesões precursoras por meio de Colposcopia, Biópsias, Excisão tipo 1 e algumas Excisões do tipo 2. O nível terciário fica destinado a outros tipos de tratamento não disponíveis em unidades de atenção secundária.

4.2 Linhas de Cuidado do Câncer de Colo Uterino

Segundo Sadovsky et al. (2015), o Câncer de Colo Uterino aparece como quarto lugar dentre as principais neoplasias que acometem as mulheres em países desenvolvidos. No Brasil ela aparece em terceiro. A detecção precoce amplia a sobrevida média destas mulheres trazendo bom prognóstico e é a principal estratégia de prevenção secundária.

No Brasil em 2014, para cada 100.000 mulheres, 5,50 morreram com CCU. Na região Nordeste, a taxa de mortalidade foi de 6,02 e 5,76 no Estado de Pernambuco. Na IV Região de Saúde de Pernambuco esta taxa foi de 6,96 no referido ano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016).

Azevedo et al. (2015) e Silva et al. (2015), chamam atenção que, nas zonas rurais das regiões Norte e Nordeste, estas taxas de mortalidade são ascendentes, estando relacionadas ao acesso restrito ao rastreamento. Em estudo realizado com população feminina com idade entre 25 e 59 anos de cidades diversas do Brasil, através do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), no ano de 2013, demonstrou-se que 23,5% das mulheres entrevistadas são da região Nordeste e não realizaram o exame do Papanicolau (TIENSOLI, 2015).

A incidência do CCU geralmente ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos, com seu risco ampliado de forma rápida a partir dos 35 anos e atingindo seu pico entre 45 e 49 anos. No Brasil, a estratégia de prevenção se dá em mulheres a partir dos 25 anos, com vida sexual iniciada, até os 64 anos de idade, sendo repetido anualmente. Após os 64 anos, se dois exames consecutivos tiverem resultados negativos, deverá ser repetido a cada três anos. A realização do exame em intervalos muito curtos, como evidenciado em alguns estudos feitos no Nordeste brasileiro, pouco contribui para a prevenção, assim como eleva os custos e dificulta o acesso por outras mulheres de grupos vulneráveis (RIBEIRO; SANTOS; TEIXEIRA, 2011).

A classificação histológica no Brasil das neoplasias de colo uterino é feita em três grupos principais: carcinomas de células escamosas, adenocarcinoma sendo cervicais e outros tumores epiteliais, sendo o primeiro o mais comum dentre as mulheres. Estes tipos histológicos podem apresentar diferentes graus de disseminação, considerando as características do tumor primário, comprometimento de linfonodos, além da presença ou ausência de metástases em órgãos distantes. Estes fatores são fundamentais para determinar o prognóstico, ou seja, a chance de cura desta mulher, que é essencial para escolha dos programas de tratamento (CARVALHO et al., 2016).

Segundo Frigo e Zambarda (2015), para o tratamento do CCU existem a cirurgia, a Quimioterapia e a Radioterapia, como modalidades primárias. A cirurgia, na maioria das vezes, é a escolha inicial.

A figura 1 apresenta a linha de cuidado do CCU por meio de um percurso assistencial, que objetiva organizar o fluxo da usuária considerando suas necessidades.

Figura 1 – Linha de cuidado no câncer segundo INCA, 2016



Fonte: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2016b).

A figura 1 propõe que a usuária caminhe na rede por todos os níveis de atenção, garantindo assim intervenções na promoção, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos. Desta forma, ela percorrerá todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013), a linha de cuidado do CCU tem o propósito de garantir que a mulher tenha acesso humanizado e integral, e está organizada considerando:

- a) Prevenção e detecção precoce – é necessário que a usuária tenha acesso à informação de que o câncer pode ser prevenido, que ela possa ter acesso a serviços de saúde para rastrear o câncer, além da garantia de acompanhamento e tratamento daquelas com resultados positivos;
- b) Programa Nacional de Qualificação da Citologia – em que a usuária deve ter garantida a referência para Citologia e Histopatologia, sendo estas de alta qualidade;
- c) Acesso à confirmação diagnóstica – a usuária deverá ter acesso ao tratamento de sua lesão precursora em tempo hábil e a unidade de referência deverá ter feito todos os procedimentos como Colposcopia, Biópsia, EZT e usar o método “ver e tratar”;

d) Tratamento adequado e em tempo oportuno – devem existir serviços terciários pactuados para ofertar Quimioterapia, Radioterapia e Conização, dentre outros.

Considerando a linha de cuidado apresentada na figura 1, o quadro 1 apresenta algumas recomendações importantes para a identificação dos serviços necessários para o diagnóstico e tratamento das usuárias com resultados positivos.

Quadro 1 - Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames Citopatológicos nas Unidades de Atenção Básica.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta Inicial
Células escamosas atípicas de significado Indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado Indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem Indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão Intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso Invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou Invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2016b.

O Instituto Nacional do Câncer (2016b) recomenda que em caso de Papanicolau com resultado de Lesão de Alto Grau, as mulheres deverão ser encaminhadas à unidade de referência para Colposcopia. Quando for encontrado achados anormais maiores, deverá ser realizada Excisão tipo 1, 2 ou 3, também conhecida como Excisão da Zona de Transformação (EZT), de acordo com as alterações encontradas no colo uterino. A partir de então, os procedimentos realizados na usuária fazem parte da Atenção Secundária, apresentando um nível de complexidade maior e, portanto localizado em unidades de referência para várias unidades básicas, onde o atendimento acontece mediante encaminhamento por meio de sistemas logísticos, como é o caso das centrais de regulação.

Além do Instituto Nacional do Câncer, outros protocolos estão instituídos no Brasil, como é o caso da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal, que em seu Manual de Ginecologia, construído por meio de consenso entre a Sociedade Americana de Patologia Cervical e Colposcopia (ASCCP) e as diretrizes do Ministério da Saúde, prevê a realização de teste DNA-HPV oncogênico ou nova citologia com prazo de um ano para todos os casos de Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS). Quando o teste é positivo recomenda-se Colposcopia, contrapondo-se ao preconizado pelo Ministério da Saúde que não cita o teste como opção de exame complementar ao rastreamento. Para os casos de alterações escamosas atípicas de significado indeterminado, em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H), as recomendações são semelhantes ao Ministério da Saúde. Para as lesões de baixo grau, o teste DNA-HPV volta a ser recomendado e é decisivo para realização ou não da Colposcopia. Nos casos de alto grau, a recomendação da SGOB é que, além da Colposcopia, a realização de excisão cirúrgica é aceitável (PRIMO; CORRÊIA; BRASILEIRO, 2017).

No Brasil, dos casos com alteração no Papanicolau, 9,1% são com resultado HSIL (Lesão de Alto Grau) e cerca de 70 a 75% das mulheres possuem esta confirmação em Histopatológico. O tratamento por meio de Excisões são as principais escolhas, tendo em vista a necessidade de tratar as lesões pré-invasivas, o que impede a progressão para o câncer, além de permitir diagnosticar casos de invasão não detectados pela Citologia ou Colposcopia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016a).

Nos casos em que a Colposcopia apresenta achados sugestivos de invasão, recomenda-se realizar Biopsia e dependendo do resultado, referenciar para EZT tipo 1, 2 ou 3, conforme resultados encontrados. Técnicas de Conização ou Eletrocirurgia podem ser escolhidas para tratamento ou ainda, a mulher deverá ser referenciada para unidades de alta complexidade quando há resultado de Câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016b).

Para que esta Linha de Cuidado seja garantida, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, propõe uma articulação entre os níveis de atenção, considerando os sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede. Todos estes componentes deverão ser articulados de forma a garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender a região de saúde. Assim, as responsabilidades de cada competência são apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – Responsabilidades por componente de Atenção à Saúde segundo Ministério da Saúde, 2013.

COMPETÊNCIA	RESPONSABILIDADES
Componente de atenção primária	Ações de promoção à saúde e prevenção do Câncer; Realizar rastreamentos conforme protocolos; encaminhar as suspeitas de câncer para diagnóstico; Coordenar e manter os usuários com câncer quando referenciados para outros pontos da rede; Acompanhar de forma domiciliar quando necessário o cuidado paliativo em parceria com as unidades hospitalares, dentre outras.
Componente de atenção domiciliar	Realizar os cuidados paliativos conforme linhas de cuidado locais, compartilhando e articulando com a atenção básica e atenção especializada de acordo com as necessidades, dentre outras.
Componente de atenção especializada	Dentre várias responsabilidades de cada componente ambulatorial, hospitalar geral e especializado deverá: Apoiar e complementar os serviços com a complementação diagnóstica, tratamento do câncer e atenção às urgências, quando necessário; Na assistência ambulatorial espera-se, dentre outras, assistência diagnóstica e terapêutica, além de contrarreferenciar para atenção básica quando necessário; Na assistência hospitalar geral, especializada ou nas urgências, a proposta é que seja oferecido tratamento especializado de alta complexidade e densidade tecnológica, além do cuidado nos momentos de agudizações da doença.
Componente de apoio	Realização dos exames relativos ao rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer conforme linha de cuidado da região.
Componente logístico	Cabe a garantia de transporte sanitário, quando necessário; Garantir recursos necessários para os pontos da rede com recursos humanos, equipamentos e etc.
Componente governança	Espera-se a pactuação entre os entes de planos de ações para prevenção e controle do câncer; Instituir mecanismos de regulação do acesso, de forma a qualificar a demanda, otimizar e organizar a oferta, proporcionando maior equidade no acesso às ações e serviços.

Fonte: A autora a partir da Portaria GM/MS nº 874/2013

4.3 Integralidade na Atenção à Saúde

Discussões sobre a organização assistencial dos serviços de saúde vêm sendo difundidas desde 1920 em nível mundial pela Fundação Rockfeller/Universidade Johns Hopkins. Na década de 40, a defesa pela existência de um Centro de Saúde que abrangesse a prevenção e recursos hospitalares básicos, fazia surgir o conceito de integração. Desde então, poucas ideias foram tão presentes quanto a integralidade, que surge no Sistema Único de Saúde (SUS) como princípio doutrinário (MELLO; VIANA, 2012).

Após a Segunda Guerra, o conceito se torna mais fortemente difundido em detrimento à especialização da medicina americana, com ênfase na medicina integral voltada para assistência social global em países devastados pela guerra (MELLO; VIANA, 2012). Em meados do século XX, percebe-se a integralidade através da criação do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido, onde se estabeleceu a responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos para toda população (CONILL, 2004).

A declaração de Alma-Ata, na década de 1970, traz a reflexão de saúde como completo bem-estar biopsicossocial, apresentando uma meta de Saúde para Todos até o ano 2000. Nesta década, surgiram as assistências com perfis de atenção integral e saúde comunitária, como foi o caso do Ambulatório de Medicina Integral no Estado do Rio de Janeiro (KALICHMAN; AYRES, 2016). Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012) referem que, ainda anterior ao surgimento do SUS, a integralidade fica evidente na proposta de reforma do início da década de 80 com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Por meio deste programa, identificam-se duas perspectivas para integralidade. A primeira em que as propostas para promoção, prevenção e assistência aparecem juntas na assistência à saúde da mulher. E a segunda considerando todos os ciclos de vida da população feminina e os aspectos maternos ou reprodutivos (KALICHMAN; AYRES, 2016).

O final da década de 80 é marcado por intensa crise econômica, principalmente na área financeira da previdência social, o que fortalece o movimento de reforma sanitária no país, que buscava transcender o modo tradicional privatizante da política setorial. Assim, em 1988, define-se saúde como um direito de todos e dever do Estado através da Constituinte (BERGAMASCHI et al., 2012).

Foi a partir da 8ª Conferência de Saúde com a implantação do SUS, que o modelo político-organizativo apresentou mudanças importantes, nas quais a integralidade surge como eixo norteador da garantia da qualidade da atenção à saúde (VASCONCELOS; XIMENES NETO; FERREIRA, 2014).

Diante desta realidade, ficaram estabelecidas garantias através da Constituição Federal de 1988, que asseguram o direito à saúde através de um sistema de saúde público, universal, integral, igualitário e gratuito. Este Sistema Único de Saúde é criado na forma de rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços provenientes da União, estados, Distrito Federal e municípios. É exatamente através desta rede interfederativa de serviços públicos de saúde, que se ofertam ações e serviços guiados pela descentralização, que conduz o processo de regionalização do Sistema de Saúde Brasileiro (AITH et al., 2014).

Na Constituição Federal em seu artigo 198 e na Lei 8.080 de 1990, a integralidade é citada:

Art.198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Lei 8080/90: Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Almeida et al.(2016) referenciam que o princípio da descentralização pode trazer um efeito paradoxal por não conseguir, apesar de inúmeros avanços promovidos, viabilizar que o princípio da integralidade seja implementado em sua íntegra, por produzir um poder autárquico que potencializa a fragmentação do sistema com baixa capacidade de integração e solidariedade entre as partes.

Galvão, Bodevan e Santos, (2015) apontam que após processo de descentralização, os municípios não conseguiram se organizar, evidenciando uma grande fragilidade para garantir a integração e organização dos serviços de forma articulada e interfederativa.

Apesar de a integralidade, para o contexto do SUS, representar uma das características mais almejadas, ela demanda novos arranjos organizacionais, que nas últimas décadas não vêm apresentando avanços (PACHECO; JOSIMARI, 2012).

A atenção integral é compreendida, enquanto princípio do SUS, como a busca da garantia de uma assistência à saúde que transcenda à prática curativa, proporcionando ao usuário a inserção em todos os níveis de atenção, considerando seu contexto social, familiar e cultural. Ela é considerada ao mesmo tempo individual e coletiva, de tal forma que inviabiliza ações dissociadas e sem articulação da equipe (SOUZA et al., 2012).

Discutir aspectos considerados importantes, como o processo de trabalho, planejamento e construção de novos saberes e práticas, são considerados fundamentais para a atenção integral. Uma modificação no modelo de atenção à saúde ultrapassa apenas a priorização da atenção primária, trata-se de retirar do centro o papel do hospital e das especialidades. A integralidade precisa concentrar-se no usuário-cidadão como um ser integral, que não pode ter seu cuidado de forma fragmentada, transformada em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doente (FRACOLLI et al., 2011).

No Brasil, atualmente, discute-se a integralidade na gestão por meio de dois eixos diferentes. Primeiro, referindo-se à utilização de tecnologias de saúde disponíveis a todos os usuários do SUS, aproveitando-as conforme necessidade e com prudência para bons resultados. E segundo, como implantar esse princípio estruturante. Para tal, propõe-se a constituição de redes de atenção articuladas e ordenadas pela atenção básica, de forma que proporcione qualificação, resolubilidade e conseqüentemente a integralidade da atenção (CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015).

Um sistema de saúde integral apresenta-se sem muros ou barreiras de acesso entre o domicílio e o hospital, clínica geral e especialidades, entre outras, e estes devem se comunicar por linhas ou corredores virtuais na perspectiva de otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados (SOARES; MISHIMA, 2008).

Na perspectiva da integralidade, faz-se necessário uma aproximação entre os sujeitos, ou seja, ela deverá ser construída diariamente, por interações entre os atores envolvidos com a atenção a ser prestada àquele sujeito. Ela atua nos pequenos processos de trabalho de cada profissional que apresente um compromisso com seu usuário (VIEGAS; PENNA, 2015).

Para Souza et al. (2012), existem diversas reclamações dos usuários do SUS quanto à falta de articulação provocada pelo modelo de saúde focado na fragmentação das ações. Assim, é importante que a equipe, necessitando direcionar o usuário ao especialista, mantenha articulação com estes serviços, não deixando de acompanhar seu caminhar na Rede de Atenção à Saúde – RAS, bem como mantendo um cuidado eficiente e integrado no sistema de saúde (MEDEIROS et al., 2016).

A Atenção Básica (denominação escolhida pelo Ministério da Saúde), ou Atenção Primária à Saúde (nomenclatura internacional), é instituída como sendo o primeiro contato que o usuário possui com o sistema de saúde, assim como sua família e comunidade. A ela está atribuída a função de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado por meio da referência e contrarreferência dos usuários, entre os diversos níveis de complexidade do sistema (AGUILERA et al., 2013).

Assim, o SUS avança com a sistematização dos serviços de saúde considerando as complexidades crescentes, com o intuito de regular o acesso e garantir uma rede integrada de saúde com serviços assistenciais organizados (CARRÉRA et al., 2015).

O Decreto de nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), traz os serviços de atenção primária, de atenção às urgências e emergências, de atenção psicossocial e atenção especial com acesso aberto, e a atenção especializada

(ambulatório e hospitalar), por meio das referências dos serviços ditos de porta aberta (BRASIL, 2011).

Porém, vários estudos evidenciam as dificuldades encontradas por grande parcela da população em acessar a atenção secundária e terciária, sendo estas as escolhas por serem responsáveis pelo apoio ao diagnóstico e ao tratamento terapêutico, em virtude de sua maior densidade tecnológica (AGUILERA et al., 2013).

Para garantia de acesso universal aos serviços e ações de saúde, de forma a atender a população com uma atenção integral, é fundamental uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) formada por interrelações pessoais e pactos entre pessoas, serviços e sistemas, de maneira responsável e partilhada (PAULA et al., 2017).

A solução dos problemas de descentralização está atrelada à conformação de redes de atenção, de forma que garanta acesso a todos os níveis de atenção e a todos os usuários (MELLO et al., 2014).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo de caso descritivo, uma vez que este método de pesquisa trata de descrever fenômenos aos quais se deseja identificar “como” ou “porque” ele acontece, quando se deseja ter uma perspectiva holística e do mundo real. O estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo em profundidade, principalmente quando o limite entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes (YIN, 2010).

Para este estudo de caso descritivo utilizou-se uma abordagem mista que, segundo Creswell e Clark (2013), refere-se a estudos que utilizam ao menos um método quantitativo e um qualitativo, visto que facilita o entendimento do problema de pesquisa por convergir tendências numéricas e detalhes da abordagem qualitativa. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de banco de dados e os dados qualitativos, por meio de entrevistas.

Utilizou-se a condição traçadora por possibilitar seguir a atenção ofertada em diversos serviços, indicando o grau de evolução do processo saúde-doença e utilizando como parâmetro o modelo de atenção à saúde almejada (TANAKA, 2011).

Essa metodologia permite a análise da assistência prestada em tempo real e em campo, por serviços de saúde, a um conjunto de patologias ou condições. Ela consiste em percorrer o caminho do usuário desde a promoção e prevenção das doenças, até sua recuperação e reabilitação, considerando todos os níveis de atenção existentes. Kessner, Kalk e Singer (1973) referem que a condição traçadora necessita de critérios bem estabelecidos para sua utilização. E isso é encontrado no CCU, ou seja:

- a) Impacto funcional definitivo capaz de produzir prejuízo relevante à saúde das pessoas. O CCU é considerado um grave problema de saúde pública, sendo atualmente o quarto tipo de câncer que mais leva ao óbito no Brasil (TEIXEIRA, 2015);
- b) Definição bem descrita pela literatura médica, com fácil diagnóstico. O CCU é considerado um dos tipos de câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRITO-SILVA et al., 2014);
- c) Prevalência alta da doença de forma que permita coleta considerável de dados a partir de grupos de indivíduos em análise. A perspectiva do INCA para 2016 é de 16.340 novos casos de CCU, com risco estimado de 15,86 casos a cada 100 mil

mulheres. Além disso, percebe-se um aumento na prevalência dos casos de CCU em adolescentes, o que poderá estar associado a infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) (SILVA et al., 2015);

d) A história natural da doença poderá ser modificada por meio da efetividade dos cuidados médicos. A realização dos exames de Papanicolau atrelado ou não a Colposcopia, em pelo menos 80% da população-alvo, permite uma redução de 70 a 80% na incidência do câncer de colo e, conseqüentemente de sua mortalidade (PRIMO; CORRÊIA; BRASILEIRO, 2017);

e) Deverá estar bem definido em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O Ministério da Saúde implantou nas Unidades Básicas de Saúde ações de baixa necessidade tecnológica, porém de alta complexidade e conhecimento dos profissionais. Portanto, ações de rastreamento, coleta de material citopatológico, tratamento e acompanhamento dos casos positivos, além de educação e orientações em saúde, são ações pertinentes à atenção básica (SOARES; SILVA, 2010);

f) Devem estar bem definidos e compreendidos os efeitos dos fatores não médicos sobre a doença, como aspectos sociais, culturais, econômicos, comportamentais e ambientais, podendo eles influenciar na prevalência da doença. Para Ana Oliveira, C. et al. (2014), diversas situações evidenciam a ausência da prevenção do CCU, mesmo sabendo da sua eficácia quanto ao diagnóstico. Identificou-se que alguns estudos mostram que ser solteira, ter pouca escolaridade, baixa renda e a falta de acesso ao serviço de saúde contribui para a não adesão ao programa. A falta de acesso aos serviços de saúde é um dos fatores de risco para o diagnóstico avançado de CCU. Além dele, há fatores socioeconômicos e demográficos, como renda, transporte, disponibilidade a plano de saúde, como também a raça e as diferenças culturais (THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014).

5.2 Local de Estudo

O local de estudo escolhido foi a IV Região de Saúde de Pernambuco, por ser a maior região de saúde em número de municípios do Estado de Pernambuco e, onde se localiza um grande polo médico que integra a rede de saúde da referida região. Consideraram-se também as experiências vivenciadas pela autora durante seu percurso profissional na atenção primária e secundária, na gestão e na assistência.

O Estado de Pernambuco encontra-se dividido em quatro macrorregiões, doze regiões e onze microrregiões de saúde. Localizada no Agreste Pernambucano, a IV Região faz parte da 2ª Macrorregião de Saúde juntamente com a V Região, cada uma foi decomposta em microrregiões com o objetivo de promover um planejamento adequado para a atenção básica.

Possui mais de 1.300 mil habitantes, sendo em Caruaru a sua sede, com 32 municípios a serem acompanhados, três unidades hospitalares, uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), duas Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializado (UPAE), um Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), sete Laboratórios Farmacêuticos do Estado de Pernambuco (LAFEPE) e um Hemocentro Regional (HEMOPE). Todas elas administradas diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde ou indiretamente por meio de Organizações Sociais (OSs). Na sede da IV Regional conta-se com a presença de mais outros serviços de saúde que complementam a rede por meio de contratos de prestação de serviços (PERNAMBUCO, 2017a).

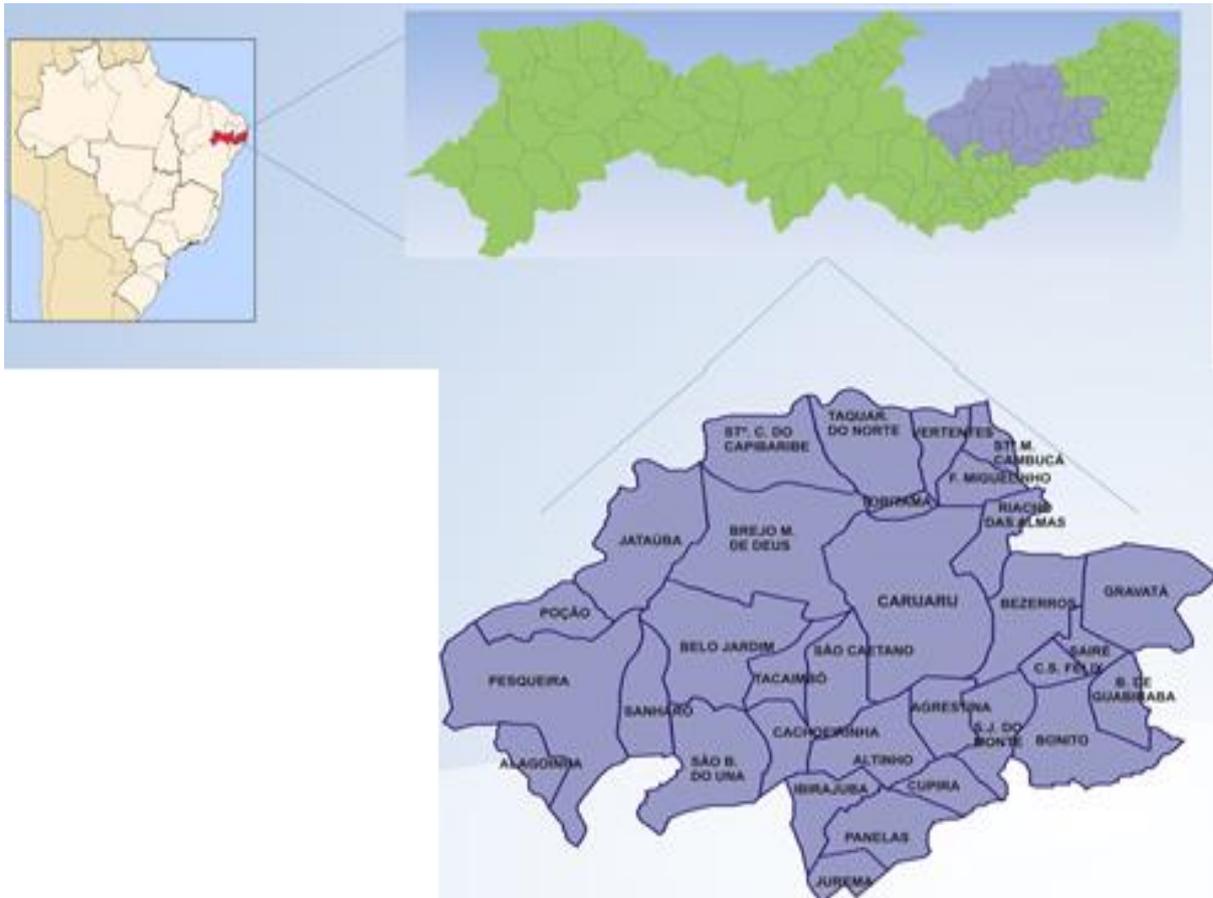
Também possui uma Unidade de Referência em Oncologia, que é o Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC). Este é um prestador de serviços contratado pela Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que oferta os serviços de Quimioterapia e Radioterapia para todas as usuárias da IV Região e demais regiões de saúde, que não possuem referência para o tratamento oncológico. A UNACON está localizada no Hospital Regional do Agreste (PERNAMBUCO, 2017a).

Quadro 3- Distribuição das Regiões de Saúde, por macrorregiões de saúde de Pernambuco, 2011.

Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde		Microrregiões de saúde	Municípios
I - Metropolitana	I - Recife (sede), II - Limoeiro, III - Palmares e XII - Goiana	IV Região de Saúde	VI	Caruaru (sede), Agrestina, Altinho, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho as Almas, e São Caetano
II - Agreste	IV - Caruaru (sede) e V - Garanhuns		VII	Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Felix, Gravatá, Sairé e São Joaquim do Monte.
III - Sertão	VI - Arcoverde, X - Afogados da Ingazeira e XI - Serra talhada		VIII	Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Una e Tacaimbó.
IV - Vale do São Francisco	VII - Salgueiro, VIII - Petrolina (sede) e IX - Ouricuri		IX	Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.

Fonte: Pernambuco (2011a).

Figura 2 – Recorte da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil.



Fonte: A autora a partir de Google Imagens.

5.3 Coleta de Dados e Período

5.3.1 Objetivo Específico I

Para identificar a Rede de Atenção ao CCU existente na IV Região de Saúde, buscaram-se os procedimentos preconizados na Linha de Cuidado do CCU, com seus respectivos códigos (Quadro 4), nos sistemas de produção ambulatorial ou hospitalar de 2014 a 2016. Por meio deste caminho, identificaram-se os exames e procedimentos realizados por residência, bem como por ocorrência. Estes dados refletem informações dos procedimentos realizados em mulheres que residem em algum dos municípios da IV Região de Saúde, mas que pode ter realizado o exame/procedimento em qualquer parte do Estado, bem como aqueles que foram realizados em seu município de residência.

Quadro 4 – Códigos de exames e procedimentos preconizados na linha de cuidado do CCU.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
0203010019	Citopatológico cervico-vaginal/microflora
0211040029	Colposcopia
0201010666	Biopsia do colo uterino
0203020081	Exame anatomopatológico do colo uterino
0409060089	Excisão tipo 1 do colo uterino
0409060305	Excisão tipo 2 do colo uterino
0409060038	Excisão tipo 3 do colo uterino
0416060056	Histerectomia c/ ressecção de órgãos contíguos em oncologia
0416060064	Histerectomia total ampliada em oncologia
0416060072	Histerectomia total em oncologia
0416060110	Histerectomia com ou sem anexectomia (uni/bilateral) em oncologia

Fonte: Brasil (2017a).

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) também foram utilizados para a identificação da existência de profissionais com Código Brasileiro de Ocupação (CBO) 225250, correspondente à Ginecologia e Obstetrícia. Já que o propósito desta pesquisa é avaliar a integralidade por meio da articulação dos serviços, a existência destes profissionais na rede define a possibilidade de execução dos serviços relacionados ao CCU. Entretanto, como apenas esta informação não seria suficiente para confirmar a realização das consultas e/ou procedimentos da linha de cuidado do referido câncer, os dados de produção informada foram fundamentais para obtenção das respostas.

5.3.2 *Objetivo Específico II*

Para analisar a articulação entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção na IV Região de Saúde, dois caminhos foram utilizados. O primeiro foi a análise das respostas de um questionário enviado pela IV Regional de Saúde de Pernambuco aos 32 municípios desta, para identificar as referências conhecidas pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde da região estudada. Faz parte da rotina da coordenação de atenção à saúde enviar o questionário anualmente aos municípios, para identificação de quais referências utiliza para a linha de cuidado ao CCU.

Em seguida, analisou-se os dados de entrevista semiestruturada realizada com quatro atores estratégicos dos Serviços de Atenção ao Câncer de Colo Uterino da IV Região de Saúde de Pernambuco. Utilizou-se como critério de escolha dos atores estratégicos: a) serem vinculados à IV Região de Saúde; b) ocuparem cargos relacionados à Rede de Atenção ao Câncer; e c) terem o controle sobre variáveis importantes do processo. Com base nesses critérios, os atores estratégicos foram profissionais da Coordenação de Atenção à Saúde, Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Regulação Regional e do município sede dessa região.

Todos os entrevistados tiveram sua identificação protegida, e durante a discussão dos dados foram representados como E1, E2, E3 e E4, que significa entrevistada (o) número 1 e assim sucessivamente. A escolha do número foi apresentada a partir da ordem de data da realização das entrevistas.

Como o propósito do estudo é verificar a integralidade por meio da articulação dos serviços, e como um dos procedimentos necessários ao diagnóstico do CCU (Colposcopia) só passou a ser informado, individualmente, em 2014, gerando assim dados por residência e por local de realização, o período escolhido para estudo foi de 2014 a 2016.

5.3.3 Objetivo Específico III

Utilizou-se os resultados da pesquisa para promover a construção de um instrumento, em parceria com a Câmara Técnica do Colegiado de Intergestores da Regional e com as áreas técnicas envolvidas com a Rede de Atenção à Saúde da Mulher da IV Regional de Saúde, que seja utilizado no acompanhamento da articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção ao CCU.

5.4 Análise de Dados

Para análise dos dados quantitativos, realizou-se uma abordagem descritiva, utilizando-se tabelas e gráficos para apresentar a frequência absoluta e/ou relativa dos exames e/ou procedimentos informados no SIA/SUS e SIH/SUS, relacionados ao CCU, por residência e por local de realização. Para identificar a Rede de Atenção ao CCU na IV Região de Saúde de Pernambuco relacionaram-se todos os exames/procedimentos pertinentes à linha de cuidado do CCU, conforme descrito na Figura 1 da linha de cuidado do câncer, proposta pelo INCA.

A articulação entre os serviços, nos três níveis de atenção à saúde, foi verificada utilizando-se os dados qualitativos coletados por meio de questionários respondidos pelos municípios da IV Região de Saúde para a Coordenação de Saúde da Mulher desta Regional e por meio de entrevista semiestruturada realizada com atores estratégicos. Dos 32 municípios, 27 (84%) responderam ao questionário, obtendo-se, portanto, representatividade do total de municípios da região estudada. Em seguida, utilizando-se o Mapa da IV Região de Saúde, demonstram-se os exames/procedimentos disponibilizados em cada município. Por fim, agruparam-se por microrregião e tipo de referência os procedimentos que foram realizados no próprio município de residência, fora dele, ou outra resposta encontrada (Tabela 9).

O método de análise de conteúdo de Bardin foi utilizado para analisar o conteúdo das entrevistas dos atores estratégicos. Esta técnica permite um olhar por diversos ângulos dos dados obtidos na coleta, na busca do sentido do pesquisado (CAMPOS et al., 2004).

Esta análise foi dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise foi construída a estrutura a ser seguida. Na etapa seguinte, a de exploração do material, foi realizada uma leitura flutuante dos documentos e feita a construção das categorias de análise. E por fim, realizou-se a interpretação das respostas categorizadas transformando os dados brutos em dados significativos para a etapa de tratamento dos resultados.

As categorias de análise que emergiram neste estudo foram organizadas no Quadro 5, observando os níveis de atenção à saúde.

Quadro 5 – Categorias de análise por nível de atenção à saúde.

Nível de atenção	Categorias de análise
Primário	Conhecimento da atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado
	Dificuldade de acesso ao resultado do Papanicolau
Secundário	Dificuldade em referenciar para exames da atenção secundária
	Dificuldade para iniciar o tratamento por falta de conclusão diagnóstica
Terciário	Ausência de fluxo estabelecido para o diagnóstico e tratamento do CCU
	Ausência de informações nas contrarreferências

Fonte: A autora

Para a categoria de **Conhecimento da atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado**, utilizamos as frases: referência é a atenção primária ou básica e vínculo com a atenção primária ou básica. Esta categoria permitiu analisar se, na opinião dos entrevistados, existe alguma articulação entre os serviços nos três níveis de atenção, considerando, porém, a atenção primária como condutora do processo.

A **Dificuldade no acesso aos resultados do Papanicolau** foi a segunda categoria de análise, percebida por meio dos termos: atraso do resultado ou demora do resultado. Esta categoria permitiu uma reflexão sobre a oferta deste exame bem como o tempo de resposta para o diagnóstico e consequente tratamento, quando necessário.

Na **Dificuldade em referenciar para exames da atenção secundária**, observou-se a existência dos procedimentos nos municípios ou se eram direcionados para um local de referência por meio dos termos: não consegue marcar Colposcopia ou a Biópsia ou não tem acesso ao Histopatológico. Os exames de média complexidade tecnológica são fundamentais para a conclusão diagnóstica da paciente e início de seu tratamento em tempo hábil, quando necessário.

Na categoria **Dificuldade para iniciar o tratamento por falta de conclusão diagnóstica**, observou-se a existência de óbito. Para tal, buscou-se a opinião dos entrevistados quanto aos motivos para a existência dos óbitos por CCU, uma vez que é uma patologia com 100% de chance de cura quando diagnosticada em tempo hábil. Para isso, usou-se as frases: só inicia o tratamento com o resultado da Biópsia ou a unidade de referência para o tratamento só recebe com a Biópsia. Estes registros foram considerados, uma vez que a Biópsia é fundamental para fechamento do diagnóstico e, conseqüentemente, início do tratamento.

Na categoria **Ausência de fluxo estabelecido para o diagnóstico e tratamento do CCU**, buscou-se identificar se existe algum fluxo conhecido e estabelecido para que a usuária não necessite procurar, por conta própria, como chegar ao tratamento, arriscando ser atendida ou não em tempo hábil. As seguintes palavras foram usadas: regulado, agendado por telefone ou demanda espontânea.

Em **Ausência de informações nas contrarreferências**, buscou-se analisar como a articulação de informações acontece entre os níveis de atenção por meio das palavras: referência ou contrarreferência.

5.5 Considerações éticas

Os dados primários e secundários, utilizados nesta pesquisa foram aplicados apenas para o fim de responder aos objetivos da mesma. As informações apresentadas de forma coletiva não apresentam qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas, ou seja, foram preservados os nomes dos profissionais de saúde entrevistados. Os dados estão sob a guarda da pesquisadora sendo garantido o sigilo e a confidencialidade. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este é um subprojeto do estudo intitulado: Iniciativas Inovadoras na Organização das Redes Assistenciais e Regiões de Saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: Um Estudo Avaliativo, aprovado (Parecer nº 1.059.296 em 29/05/2015) pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), CAAE 42878813.9.0000.5208, com realização de entrevistas e pesquisa de banco de dados (ANEXO A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Atenção ao CCU disponibilizada na IV Região de Saúde de Pernambuco

O município de Caruaru, sede da IV Região de Saúde, localizado na VI Microrregião do estado (Quadro 3), encontra-se nos registros de produção dos sistemas de informação, com sete dos oito procedimentos da Linha de Cuidado ao CCU preconizados pelo Ministério da Saúde, não sendo encontradas informações do CAF.

O Papanicolau é o primeiro contato da mulher com o rastreamento do CCU e, conseqüentemente, é de extrema relevância para avaliação de como se encontra a prevenção desta patologia na IV Região. Porém, saber o número de exames realizados, dentro de um universo de mulheres em determinada faixa etária, não é suficiente para analisar o acesso e a cobertura. Segundo Ana Oliveira, C. et al. (2014), algumas mulheres realizam o Papanicolau em intervalos mais curtos do que o indicado, desperdiçando recursos e reduzindo o acesso de outras mulheres mais necessitadas. Este fato poderá proporcionar análises inadequadas quanto ao número total de exames realizados ao ano, propagando-se, portanto, uma ideia de rastreamento adequado para o CCU.

O indicador de razão de exame Citopatológico do colo do útero, em mulheres de 25 a 64 anos e a população total feminina da mesma faixa etária, propõem o acompanhamento da realização deste como contribuição para avaliar a oferta e a realização de um exame a cada três anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014a). Porém, o Sistema de Informação não emite relatórios com dados consolidados, considerando a repetição dos exames. Para isso, seria necessário um estudo analisando cada mulher que teve seu Papanicolau coletado, para comparar se elas são as mesmas pessoas e assim gerar números reais de exames realizados.

Em 2016 foram realizados na IV Região de Saúde um total de 53.968 exames de Papanicolau, o que representa uma razão de 0,16 exames Citopatológicos realizados. O Estado de Pernambuco, em sua pactuação de indicadores, apresentou como resultado deste indicador a razão de 0,42 exames em 2016, evidenciando que o resultado da IV Região de Saúde ainda encontra-se distante da meta estabelecida.

De modo geral, o acesso à coleta para realização do Papanicolau está disponível em 100% dos municípios da IV Região de Saúde, principalmente, nos serviços de atenção primária. Demonstrou-se, na Figura 3, a disponibilidade dos exames da Linha de Cuidado do CCU por município da IV Região de Saúde e observou-se que existe uma maior concentração

De acordo com Ana Oliveira, C. et al. (2014), para garantir uma eficiência adequada na detecção precoce dos casos de lesões intraepiteliais, permitindo uma redução na progressão do carcinoma, bem como tratamento menos invasivo, é importante adotar uma estratégia de diagnose precoce por meio de exames Citológicos, Colposcópicos e Histológicos. Não basta ter apenas a coleta do Papanicolau, é necessário que se tenha condições mínimas para um diagnóstico adequado, o que parece não ser realidade na maior parte dos municípios da IV Região de Saúde.

Analisando os dados do sistema de informação ambulatorial e hospitalar do SUS (SIA e SIH), pode-se observar na Tabela 1 que dos exames/procedimentos preconizados na Linha de Cuidado de mulheres para diagnóstico e/ou tratamento do CCU, apenas o Papanicolau é disponibilizado (na rede municipal) e ofertado (referenciado para outro território) em 100% dos municípios. Em contraposição ao CAF que não apresenta informação de produção na IV Região e uma pequena quantidade sendo realizada fora desta (37%).

Tabela 1 – Número de municípios da IV Região de Saúde nos quais usuárias realizaram exames/procedimentos da linha de cuidado do CCU Pernambuco, Brasil, 2014 a 2016.

Exames/ Procedimentos	MICROVI		MICRO VII		MICRO VIII		MICRO IX		TOTAL NA REGIÃO	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
OFERTADO PARA O MUNICÍPIO										
Diagnóstico										
Papanicolau	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100
Colposcopia	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100
Biópsia	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100
Histopatológico	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100
CAF	3	33,3	3	42,8	3	37,5	3	37,5	12	37,5
Tratamento										
Conização	9	100	7	100	7	87,5	8	100	31	96,8
Histerectomia	7	77,7	7	100	6	75,0	5	62,5	25	78,1
Quimioterapia	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100
Radioterapia	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100

Tabela 1 – Número de municípios da IV Região de Saúde nos quais usuárias realizaram exames/procedimentos da linha de cuidado do CCU Pernambuco, Brasil, 2014 a 2016.

Exames/ Procedimentos	(continuação)									
	MICROVI		MICRO VII		MICRO VIII		MICRO IX		TOTAL NA REGIÃO	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
DISPONIBILIZADO NO MUNICÍPIO										
Diagnóstico										
Papanicolau	9	100	7	100	8	100	8	100	32	100
Colposcopia	2	22	1	14	0	0	1	12	4	12,5
Biópsia	1	11	0	0	0	0	0	0	1	3,1
Histopatológico	1	11	0	0	0	0	0	0	1	3,1
CAF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tratamento										
Conização	2	22	0	0	0	0	0	0	2	6,2
Histerectomia	1	11	0	0	0	0	0	0	1	3,1
Quimioterapia	1	11	0	0	0	0	0	0	1	3,1
Radioterapia	1	11	0	0	0	0	0	0	1	3,1

Fonte: A autora a partir do banco de dados (BRASIL, 2017b).

Nota: *n* é o número de municípios com exame/procedimento informado no tabnet; % é o percentual de municípios do total de municípios da microrregião com exame/procedimento informado no tabnet; Total na região: somatório de municípios com exame/procedimento informado no tabnet.

A Colposcopia é ofertada para todos os 32 municípios e disponibilizada apenas em quatro (dois na Micro VI e um nas Micros VII e IX). Dos demais procedimentos, a Biópsia e o Histopatológico são ofertados para todos os municípios, sendo disponibilizados apenas na Micro VI (município sede – Caruaru).

No período analisado, segundo o SIA/SIH, a Conização não foi ofertada apenas para um município da Micro VIII, esse procedimento é disponibilizado em dois municípios localizados na Micro VI (Caruaru e Riacho das Almas). A Histerectomia foi ofertada para mulheres em 25 dos 32 municípios da Regional, possivelmente devido ao diagnóstico avançado em que o tratamento cirúrgico não é mais indicado, visto que os tratamentos subsequentes (Quimioterapia e Radioterapia) foram ofertados para as mulheres dos 32 municípios.

Na IV Região de Saúde, apenas o município de Caruaru (Micro VI) disponibiliza Histerectomia, Quimioterapia e Radioterapia, o que pode estar associado ao fato de ser a sede da Macrorregião II e, portanto, referência regional para os serviços da UNACON.

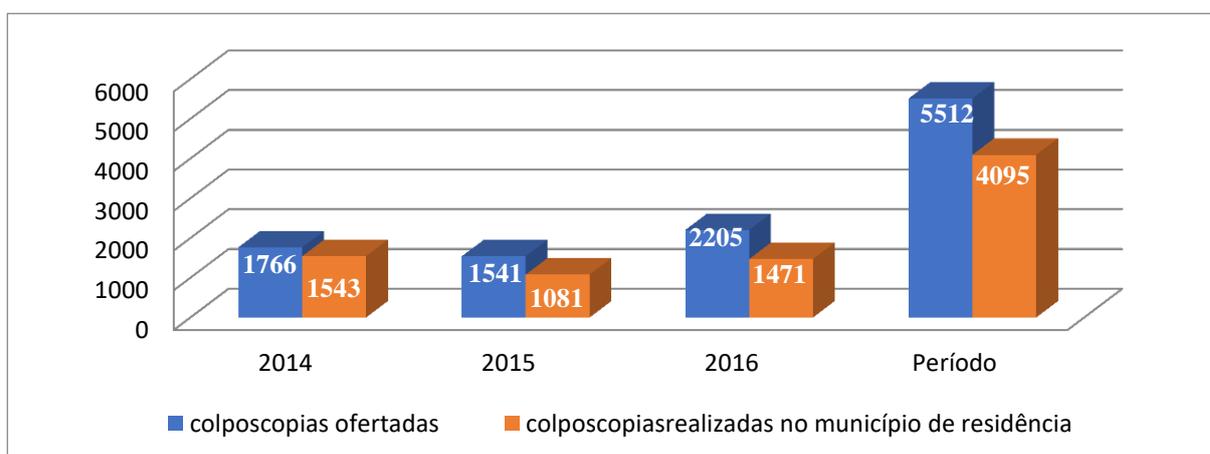
Thuler, Aguiar e Bergmann (2014) referem que diagnósticos avançados do CCU estão relacionados, dentre outros aspectos, ao acesso a serviços, incluindo distância ou tempo de deslocamento até o local de atendimento, o que vem reforçar os dados apresentados na Tabela 2, na qual se percebe que apenas 14% das mulheres conseguiram realizar seus exames/procedimentos no seu território de residência. É importante atentar para os exames de

Papanicolau e Colposcopia que são considerados de baixa e média complexidade tecnológica, respectivamente (BRASIL, 2017a), e que deveriam ser contemplados no rol de ofertas dos municípios. Estes resultados podem estar influenciando o número de mulheres que não conseguem ter seu diagnóstico garantido em tempo hábil, evoluindo para diagnósticos e tratamentos tardios.

A cartilha intitulada “Guia Pernambucano de Atenção Primária” apresenta as principais áreas estratégicas de atuação da atenção primária, estando a atenção à saúde da mulher dentre elas. Além disso, reforça a proposta de alteração do modelo assistencial fragmentado para um modelo que utiliza a atenção primária como cuidadora e ordenadora do processo, com uma lógica de redes poliárquicas de atenção à saúde. Nesta, observa-se referência às redes prioritárias. A Rede de Atenção Oncológica não foi encontrada, apenas apresenta o monitoramento e a avaliação dos indicadores pactuados de forma interfederativa, em que o indicador Razão de exames Citopatológicos do colo do útero existe, bem como, um dos objetivos apresentados é o de fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero (PERNAMBUCO, 2017b).

Ao coletar os dados para identificação dos serviços existentes na rede oncológica de colo uterino, buscou-se encontrar a realização dos exames que compõem seu diagnóstico e tratamento. Assim, a Colposcopia chamou atenção por se tratar de um exame de simples realização, porém dependente do profissional médico ginecologista e de equipamento específico para sua realização. Do total de exames realizados no período de 2014 a 2016, 25,7% foram realizados fora do município de residência das mulheres (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Total de Colposcopias ofertadas para mulheres de 25 a 64 anos residentes na IV Região de Saúde de Pernambuco e total desses exames realizados no município de residência no período de 2014 a 2016.



Fonte: A autora a partir do banco de dados (BRASIL, 2017b).

Segundo Oliveira e Barbosa (2014), a Colposcopia pode ser usada no rastreamento primário, porém é mais frequentemente utilizada de forma secundária, quando existe Papanicolau com resultado de lesão pré-neoplásica ou neoplásica, a fim de direcionar inclusive a realização da Biópsia. Esse exame é necessário para garantir a execução da linha de cuidados do CCU, considerando os níveis de complexidade necessários.

Por ser a Colposcopia um procedimento de média complexidade realizado por especialista, a mulher inicia sua peregrinação para realização do mesmo, uma vez que em 2014 apenas sete municípios, dos 32 existentes na região, possuíam este profissional cadastrado no CNES. Em 2015, esse quantitativo passa para oito e em 2016 manteve os oito, ou seja, entre 21 e 25% dos municípios possuíam este profissional realizando atendimento. Assim, surge o questionamento de como estas mulheres estão conseguindo a realização dos exames no território estudado. Será que existe falha no registro das informações tanto no cadastro do profissional quanto na informação do procedimento?

Em se tratando de atendimento integral à mulher com diagnóstico de CCU, a ausência deste especialista poderá dificultar ainda mais sua conclusão diagnóstica, bem como seu direcionamento para o tratamento. Segundo Maria Oliveira, F. F. et al. (2014), apesar da Colposcopia ser um exame totalmente dependente do observador e, portanto, um exame subjetivo, ele faz parte da tríade essencial para o diagnóstico de lesões precursoras do CCU que compõe a Citologia (Papanicolau), Colposcopia e Biópsia, sendo indispensáveis ao diagnóstico.

Na Tabela 2 constata-se que a necessidade de Biópsias aumentou em todas as microrregiões, sendo este aumento, ao se comparar o primeiro e o último ano analisado, de 102% na Micro VI, de 30% na Micro VII, de 59% na Micro VIII e 109% na Micro IX.

Embora a prevalência de resultados alterados na IV Região de Saúde esteja dentro dos percentuais referidos na literatura científica, o aumento observado de Biópsias, no presente estudo, em apenas três anos de ocorrência, pode significar melhora de oferta desse procedimento na Regional estudada. Porém, pode também significar melhora no registro dos dados nos sistemas de informações SIA e/ou SIH do SUS.

Tabela 2 – Número de exames de Papanicolau e biópsias realizadas em mulheres de 25 a 64 anos residentes na IV Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2016.

EXAMES		MICRO VI	MICRO VII	MICRO VIII	MICRO IX
2014					
Papanicolau	<i>n</i>	23.387	32.905	43.467	52.793
Biópsia	<i>n</i>	397	111	173	63
Frequência (%)	%	1,69%	0,47%	0,39%	0,11%
2015					
Papanicolau	<i>n</i>	13.298	22.284	33.673	42.803
Biópsia	<i>n</i>	277	97	124	57
Frequência (%)	%	2,08%	0,43%	0,36%	0,13%
2016					
Papanicolau	<i>n</i>	28.333	37.568	50.752	57.727
Biópsia	<i>n</i>	968	231	315	134
Frequência (%)	%	3,41%	0,61%	0,62%	0,23%

Fonte: A autora a partir do Banco de dados (BRASIL, 2017b).

Nota: *n* é o número de exames realizados. Frequência é o número de ocorrências de biópsias para cada 100 exames de Papanicolau realizados.

A prevalência de resultados alterados nas citologias pode apresentar variação conforme a região e a população estudada, porém, de forma geral, a literatura refere que 5 a 7% dos exames de citologia (Papanicolau) apresentam algum tipo de alteração, como 1 a 2% para lesões intraepiteliais de baixo grau e 0,4 a 0,5% para lesões de alto grau, dentre outros resultados (GALÃO et. al., 2012).

A biópsia é um procedimento disponível apenas no nível secundário da atenção e, portanto, não realizado nas unidades de atenção primária. Desta forma, ao levantar os dados por local de realização, apenas o município de Caruaru, sede da Microrregião VI, conforme já demonstrado na Tabela 1, disponibiliza esse exame. As demais microrregiões não ofertam o procedimento em seu território, necessitando que as mulheres sejam encaminhadas para outra Região de Saúde.

Tabela 3 – Número de biópsias de colo uterino realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

BIÓPSIAS	Ano de Ocorrência		
	2014	2015	2016
OFERTADO PARA O MUNICÍPIO			
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
MICRO VI	397	277	968
MICRO VII	111	97	231
MICRO VIII	173	124	315
MICRO IX	63	57	134
TOTAL	744	552	1648

Tabela 3 – Número de biópsias de colo uterino realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

BIÓPSIAS	Ano de Ocorrência		
	2014	2015	2016
DISPONIBILIZADO NO MUNICÍPIO			
MICRO VI	340	242	547
MICRO VII	-	-	-
MICRO VIII	-	-	-
MICRO IX	-	-	-
TOTAL	340	242	547

Fonte: A autora a partir do Banco de dados (BRASIL, 2017b).

Nota: *n* é o número de biópsias realizadas por microrregião e ano de ocorrência.

Ao observar a Tabela 3, percebe-se que a Biópsia na IV Região de Saúde é disponibilizada em menos de 50% dos municípios, uma vez que apenas na microrregião VI apresentaram-se dados no SIA/SUS, correspondendo a 45,69% do total de procedimentos realizados em 2014, chegando a 33,19% em 2016.

Esta informação fez surgir o questionamento de como estas mulheres estão conseguindo realizar este exame nas outras regiões de saúde, e de como a rede está organizada para atender a esta demanda?

Tem-se na Tabela 4 os procedimentos da linha de cuidado do CCU que resultam em exames Histopatológicos para confirmação do diagnóstico e definição de continuidade para conclusão do tratamento. Pode-se evidenciar que do total de procedimentos que geram Histopatológicos (Biópsia, CAF e Conização correspondem a 3.229 procedimentos), apenas 23% de Histopatológicos foram apresentados para pagamento.

Tabela 4- Número de Histopatológicos, Cirurgias de Alta Frequência (CAF) e Conizações realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

	2014	2015	2016	TOTAL
BIÓPSIAS	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
MICRO VI	397	277	968	1642
MICRO VII	111	97	231	439
MICRO VIII	173	124	315	612
MICRO IX	63	57	134	254
TOTAL	744	555	1648	2947
CAF REALIZADOS				
MICRO VI	0	3	5	8
MICRO VII	1	1	3	5
MICRO VIII	0	0	0	0
MICRO IX	1	1	1	3
TOTAL	2	5	9	16

Tabela 4- Número de Histopatológicos, Cirurgias de Alta Frequência (CAF) e Conizações realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

	2014	2015	2016	(continuação) TOTAL
CONIZAÇÕES REALIZADAS	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
MICRO VI	23	45	26	94
MICRO VII	14	24	27	65
MICRO VIII	21	26	18	65
MICRO IX	12	18	13	42
TOTAL	70	113	84	266
HISTOPATOLÓGICOS REALIZADOS				
MICRO VI	116	14	196	326
MICRO VII	60	54	50	164
MICRO VIII	72	66	48	186
MICRO IX	17	25	19	61
TOTAL	265	159	313	737

Fonte: A autora a partir do Banco de dados (BRASIL, 2017b).

Analisando-se por microrregional, pode-se observar que do total de procedimentos na Micro VI (n = 1744), apenas 18,7% dos Histopatológicos foram apresentados; na Micro VII do total de 4460 procedimentos, apenas 3,7% de Histopatológicos foram registrados; na Micro VIII de 677 procedimentos realizados, 27% de Histopatológicos foram informados; e na Micro IX de 299 procedimentos, 20,4% Histopatológicos foram apresentados.

Essas informações que denotam a não conclusão do diagnóstico e, conseqüentemente, indefinição do tratamento, corroboram as altas taxas de mortalidade por CCU nessa região de Saúde.

No Brasil, do total de casos com resultados de Papanicolau alterados, 9,1% são de HSIL (Lesão de Alto Grau) e cerca de 70 a 75% das mulheres possuem esta confirmação em Histopatológico. O tratamento por meio de excisões é a principal escolha, considerando a necessidade de tratar as lesões pré-invasivas, impedindo a progressão para o câncer, além de permitir diagnosticar casos de invasão não detectados pela Citologia ou Colposcopia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c).

Para o tratamento de lesões precursoras do câncer, a Cirurgia de Alta Frequência – CAF ou Excisão tipo 1 do colo uterino, em que há retirada da margem ectocervical e margem endocervical do colo uterino, com subsequente cauterização sob anestesia local, é uma das escolhas (FRIGO; ZAMBARDA, 2015).

Outra escolha para o tratamento é a Excisão tipo 3 do colo uterino ou Conização, que segundo Frigo e Zambarda (2015), é realizada sob anestesia geral, associada com a anestesia

local. Também apresentado como um procedimento de maior densidade tecnológica e, portanto, um procedimento hospitalar e não mais ambulatorial (BRASIL, 2017a).

Segundo Fonseca (2011), a escolha pela Conização, sendo ela por bisturi (a frio), a laser ou por CAF, é o preconizado, não se aceitando a Histerectomia como primeira escolha em casos de lesões de alto grau.

Na Tabela 4 percebe-se que o número de procedimentos de Conização apresentado equivale a 36% dos Histopatológicos realizados. Considerando que 9% dos resultados de Papanicolau apresentarão lesão de alto grau, tem-se 13.729 exames com este diagnóstico (9% de 152.552 exames) e que destes, 70 a 75% serão confirmados em Histopatológicos, estimando-se para os três anos analisados 9.610 exames confirmados por Histopatológicos. Nos três anos, nos quais foram realizados 152.552 exames na IV Região, estimam-se, com esta lógica, 13.729 exames com resultados alterados e 70% ou 9.610 confirmados por Histopatológicos. Portanto, para redução de mortalidade por essa neoplasia, faz-se necessário, inicialmente, ampliar a cobertura de mulheres pelo Papanicolau.

Esta informação nos faz realizar alguns questionamentos como: Houve sub-registro destas informações? As mulheres estão informando o endereço errado quando conseguem acesso em outras unidades? Isso justificaria os resultados tão baixos para os procedimentos?

Observando a Tabela 5, pode-se concluir que na IV Região de Saúde de Pernambuco, a maioria das mulheres com CCU (88,4%), em virtude de terem sido diagnosticadas tardiamente, não teve a oportunidade da cirurgia (considerando o total de mulheres submetidas à Radioterapia, apenas 11,6% foram submetidas à Histerectomia).

Por ano de ocorrência, tem-se: em 2014, de 263 em Radioterapia, apenas 21 (8%) foram histerectomizadas; em 2015 e 2016, respectivamente, 14% (33 de 243 mulheres) e 17% (37 de 218 mulheres).

Tabela 5 – Número de Histerectomias, Quimioterapias e Radioterapias realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

	2014	2015	2016	TOTAL
HISTERECTOMIAS				
MICRO VI	7	12	9	28
MICRO VII	4	9	19	32
MICRO VIII	10	5	7	22
MICRO IX	0	7	2	9
TOTAL	21	33	37	91

Tabela 5 – Número de Histerectomias, Quimioterapias e Radioterapias realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

(continuação)

	2014	2015	2016	TOTAL
QUIMIOTERAPIAS		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
MICRO VI		39	59	93
MICRO VII		39	51	60
MICRO VIII		18	17	25
MICRO IX		8	30	35
TOTAL		104	157	213
RADIOTERAPIA				
MICRO VI		90	104	81
MICRO VII		61	63	52
MICRO VIII		80	47	52
MICRO IX		32	29	33
TOTAL		263	243	218

Fonte: A autora a partir do Banco de dados (BRASIL, 2017b).

Segundo Martins et al. (2016), a Histerectomia total ou parcial é a opção de tratamento para o CCU quando o tumor encontra-se em estágio inicial, podendo haver a necessidade de terapia subsequente com Quimioterapia e Radioterapia.

Lembrando que a Histerectomia é o tratamento de escolha nos casos iniciais de CCU, e que segundo os números previstos anteriormente para Histopatológicos, teríamos na IV Região de Saúde 9.610 resultados alterados e que, portanto, se diagnosticados corretamente, teríamos o tratamento cirúrgico dentre os procedimentos da Linha de Cuidado. Porém, o total de apenas 91 Histerectomias informadas reforça a suposição de que a maioria das mulheres com CCU da IV Região de Saúde só está conseguindo seu diagnóstico quando em estágio avançado da doença, ou elas não estão conseguindo seguir com o tratamento de sua lesão precursora, ou ainda, existe registro inadequado das informações.

Considerando que as mulheres não conseguiram acesso ao tratamento de suas lesões precursoras do CCU, os resultados de Quimioterapia descritos na Tabela 5, em proporção menor que a Radioterapia (39% inferior), chama atenção, uma vez que o esperado seria o contrário, visto ser a Quimioterapia potencialmente útil nos casos com metástases, administrada conseqüentemente a Radioterapia (quimiorradiação concomitante). A Quimioterapia potencializa a Radioterapia e em alguns casos é administrada antes e/ou após a quimiorradiação (FERNANDES JR, et. al., 2011).

Segundo Araújo (2017), o tratamento do CCU visa a cura ou melhora e prolongamento da vida com qualidade, e depende dos estágios da doença, tamanho do tumor além de fatores pessoais.

Desta forma, surge o questionamento: quais dificuldades as mulheres estão enfrentando para o tratamento de sua neoplasia? Questiona-se também, esses procedimentos estão sendo informados corretamente?

Ao observar os dados de Quimioterapia ofertados e disponibilizados (Tabela 6), fica claro que esse procedimento, para 77% das mulheres que conseguem ter acesso, é realizado na própria região de residência, ou seja, 23% necessitam buscar o serviço fora de sua região de residência.

Analisando por ano de ocorrência, verifica-se que 75 (72%) das 104 mulheres em 2014 conseguiram realizar sua Quimioterapia na região em que reside. Esse aspecto foi crescente com o passar dos anos, saindo de 72% em 2014 para 84% em 2016 (acréscimo de 16,7%). É importante destacar que a Quimioterapia é um procedimento, assim como a Histerectomia e a Radioterapia de alta complexidade, ou seja, faz parte do elenco de procedimentos da atenção terciária e, desta forma, ofertados pelo Estado, uma vez que os municípios são responsáveis pela atenção primária e secundária apenas.

Os relatos das entrevistas revelam a necessidade das mulheres possuírem acesso a esse procedimento em sua Regional de Saúde, além disso, são perceptíveis os esforços para sua efetivação. Apesar das diversidades territoriais observadas no Brasil, a regionalização é um fenômeno de grande complexidade, que envolve a definição de recortes espaciais utilizados para planejamentos e organização das redes de atenção (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

Tabela 6 – Número de Quimioterapias realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

	ANO OCORRÊNCIA			TOTAL
	2014	2015	2016	
QUIMIOTERAPIAS OFERTADA PARA O MUNICÍPIO	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
MICRO VI	39	59	93	191
MICRO VII	39	51	60	150
MICRO VIII	18	17	25	60
MICRO IX	8	30	35	73
TOTAL	104	157	213	474

Tabela 6 – Número de Quimioterapias realizadas em mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

(continuação)

	ANO OCORRÊNCIA			TOTAL
	2014	2015	2016	
QUIMIOTERAPIAS	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
DISPONIBILIZADA NA IV REGIÃO				
MICRO VI	75	114	179	368
MICRO VII	0	0	0	0
MICRO VIII	0	0	0	0
MICRO IX	0	0	0	0
TOTAL	75	114	179	368

Fonte: A autora a partir do Banco de dados (BRASIL, 2017b).

O Ministério da Saúde preconiza que os municípios se organizem em Linha de Cuidado integrando o atendimento pelo generalista; o atendimento especializado; o tratamento de alta complexidade e os cuidados paliativos por meio de ações dos eixos estruturantes do Programa Nacional de Controle dos Cânceres de Colo do Útero e Mama, a fim de atingir metas pactuadas. Uma destas metas corresponde ao intervalo de tempo entre o diagnóstico e tratamento, cuja integração das ações entre a atenção primária e secundária influencia diretamente na cura, uma vez que garante a confirmação diagnóstica e tratamento especializado em momento oportuno (HELBUSTO; VIANNA, 2017).

Infelizmente, apesar dessa organização dos serviços ser proposta desde 2006, estudos mostram que a articulação entre os serviços ainda é falha, o que apresenta como consequência o aumento no tempo de espera para tratamento após o diagnóstico (ROSA; RADÜNZ, 2013), como é visto nesta pesquisa.

Diante dos resultados do presente estudo, percebe-se que muitas mulheres da IV Região de Saúde ainda estão sem conseguir realizar seu diagnóstico e tratamento precocemente, levando a taxa de mortalidade por CCU dessa região para a quarta colocação em Pernambuco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c).

Demonstra-se na Tabela 7 que o quantitativo de óbitos apresenta uma redução de 20% em 2015 quando comparado ao primeiro ano analisado, voltando a crescer em 2016. Ao observar as microrregiões, verifica-se que a maior concentração de óbitos acontece na VI microrregião conforme esperado, visto que essa região é a de maior densidade demográfica.

Tabela 7 – Número de óbitos ocorridos com mulheres da IV Região de Saúde, por microrregião e ano de ocorrência, de 2014 a 2016.

ÓBITOS POR MICRO E ANO	2014 <i>n</i>	2015 <i>n</i>	2016 <i>n</i>	TOTAL <i>N</i>
MICRO VI	11	11	16	38
MICRO VII	12	2	12	26
MICRO VIII	3	9	6	18
MICRO IX	4	2	3	9
TOTAL	30	24	37	91

Fonte: A autora a partir do Banco de dados (BRASIL, 2017b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2030 haja 21,4 milhões de casos novos de câncer, dos quais 13,2 chegarão ao óbito. Chama atenção que as taxas de incidência no Brasil de CCU estão entre as mais altas do mundo, sendo o terceiro tipo de câncer mais frequente. Estudos apontam que o controle do CCU no Brasil apresenta um enfoque programático e restrito sem a garantia da articulação adequada dos serviços e ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce, gerando insucessos na cura (RANGEL, LIMA; VARGAS, 2015).

Rangel, Lima e Vargas (2015) apresentam como resultado de seu estudo as dificuldades na marcação dos exames e/ou consultas, atrasos nos atendimentos, uma oferta de serviços reduzida e outros fatores, como condicionantes na organização dos serviços podendo influenciar no diagnóstico tardio do CCU. Desta forma, a importância em garantir serviços articulados dentro da rede proporciona um cuidado adequado e em tempo hábil.

6.2 Articulação entre os Níveis de Atenção à Saúde

Neste estudo, conforme já referido, buscou-se complementar as informações sobre a articulação dos serviços por meio dos dados qualitativos coletados nas entrevistas com atores estratégicos e dos questionários respondidos pelos municípios sobre suas referências para o câncer de colo uterino.

Para que a articulação entre os níveis de atenção se desenvolva, é necessário um planejamento adequado das ações e serviços prestados. No entanto, as respostas encontradas nos questionários divergem desta afirmação, evidenciando um panorama de fragilidade na rede de atenção ao câncer de colo uterino. A Tabela 8 apresenta os resultados de 27 municípios da IV Região de Saúde que responderam ao questionário sobre exames da Linha de Cuidado do CCU, caracterizando 84,3% dos 32 municípios que compõem a região estudada.

Tabela 8 – Número de municípios com referência para alguns dos exames da linha de cuidado do CCU, Pernambuco, Brasil, 2017.

	MICRO VI <i>n=8</i>	MICRO VII <i>n=7</i>	MICRO VIII <i>n=6</i>	MICRO IX <i>n=6</i>	TOTAL <i>n=27</i>	% <i>100%</i>
Papanicolau						
Coleta no município	8	7	6	6	27	100
Análise da lâmina fora do município	7	7	5	6	25	92
Colposcopia						
No município	3	1	1	0	05	18,5
Fora do município	5	6	5	6	22	81,4
Recife	5	6	3	6	20	91
Belo Jardim	0	0	2	0	02	9
Sem referência	0	0	0	0	00	0
Biópsia						
No município	2	1	1	0	04	14,8
Fora do município	6	5	4	0	15	55,5
Sem referência	0	1	1	6	08	26,6
CAF						
No município	1	1	1	0	03	11,1
Fora do município	6	4	5	4	19	70,3
Sem referência	1	2	0	2	05	18,5
Histopatológico						
No município	0	1	0	0	01	3,7
Fora do município	7	5	6	4	22	81,4
Sem referência	1	1	0	2	04	14,8

Fonte: A autora a partir dos questionários da IV Regional de Saúde de Pernambuco, 2017.

Nota: Total é o somatório dos procedimentos informados por Micro.

Tem-se na Tabela 8 que apenas dois municípios realizam a leitura da lâmina de Papanicolau no município, os demais 25 (92%) encaminham para laboratórios localizados fora de seu território. Quanto à Colposcopia, observa-se que apenas 18,5%, ou seja, 5 dos 27 municípios, disponibilizam este exame para as mulheres no próprio território, sendo necessário que 81% (22 municípios) façam suas usuárias se deslocarem para outros municípios. 90% destes encaminham para Recife e apenas 2 para Belo Jardim, município localizado na Micro VIII da IV Região de Saúde.

Observados os outros procedimentos, verifica-se que o número de municípios da IV Região sem referência para Biópsia, CAF e Histopatológicos, segundo o referido questionário, foram respectivamente 26,6% (8 do total de municípios), 18,5% (5 municípios) e 14,8% (4 municípios). São realizados fora do município a maioria dos casos que necessitam de Biópsia (15 dos 27 municípios), CAF (19 dos 27 municípios) e Histopatológico (22 dos 27 municípios).

A Atenção Básica corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde, nela encontramos os serviços de baixa densidade tecnológica. Assim, o exame que compete a este nível é o Citopatológico ou Papanicolau. Na Tabela 8 percebe-se que em 100% dos municípios da IV Região de Saúde acontece a coleta do material, porém as lâminas são enviadas para laboratórios fora do município de residência das usuárias em 92% deles. Este dado chama atenção quanto ao risco de respostas fora do prazo estipulado na Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013, que preconiza 60 dias para início do tratamento do CCU.

Santos e Souza (2013) referem que o Papanicolau é o exame capaz e ideal para triar lesões precursoras do CCU. Entretanto, apenas existir a oferta não significa que este exame é realizado em tempo hábil e com resultados satisfatórios.

A realização do rastreamento de lesões precursoras por meio do Papanicolau é uma tarefa da atenção primária. Tomasi et al. (2015), afirmam que a atenção primária atua com o propósito de melhorar os indicadores como os de mortalidade por CCU. Assim, foi criado um programa para melhorias no acesso e na qualidade da atenção ofertada à população, como foi o caso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012.

Em Decreto Estadual nº 30.353, de 12 de abril de 2007, foi instituído o Programa de Fortalecimento da Atenção Primária visando fortalecer e qualificar suas ações ofertadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, e para tal gratifica-se estes municípios com recursos financeiros para que apresentem bons índices de desempenho. Assim, alguns indicadores foram pactuados e dentre eles existe o de razão de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres de 25 a 64 anos (PERNAMBUCO, 2011b). Este decreto veio reforçar a importância da atenção primária nas ações de prevenção ao CCU.

Busca-se garantir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das usuárias, sendo a atenção primária o alicerce para os demais níveis de atenção, ou seja, é partindo da atenção primária que as usuárias deverão ter sua garantia de cuidado (SANTOS; SOUZA, 2013). Desta forma, identificou-se que os profissionais envolvidos com o cuidado à mulher conseguem ratificar a proposta da atenção primária como ponto de partida para o rastreamento do CCU, quando analisamos a categoria **Conhecimento da atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado**. Percebe-se que três dos quatro entrevistados ratificaram a proposta da atenção básica ser a principal referência para as ações de diagnóstico precoce do CCU, conforme as falas:

E2: [...] a porta de entrada no SUS vai ser a unidade de saúde da família [...].

E3: Ela tem que ir pra atenção básica que é a porta de entrada [...].

E4: A mulher procura a Unidade Básica de Saúde para coleta do Papanicolau que é a referência[...].

Entretanto, o fato da atenção primária ser a ordenadora e coordenadora do cuidado na rede, não significa que os exames de rastreamento de lesões precursoras estão sendo garantidos com qualidade para as usuárias, e que os resultados estão sendo entregues em tempo hábil. Para garantia da efetividade do rastreamento do CCU é necessária qualidade dos diagnósticos e garantia do seguimento das usuárias, entre outros processos (ETLINGER et al., 2012). Os achados quantitativos deste estudo também sugerem que a atenção básica ainda não garante o acesso e acolhimento adequados.

A **dificuldade de acesso ao resultado do Papanicolau** foi identificada como um ponto negativo durante as entrevistas, quando se observa na fala dos entrevistados a garantia de realização do exame, porém a entrega dos resultados não se dá em tempo hábil, condição considerada diferencial para o início do tratamento. As falas de três dos entrevistados evidenciam o quanto a entrega dos resultados em tempo inoportuno é frequente na rotina dos serviços da IV Região de Saúde de Pernambuco.

E1: [...], porém, os municípios se queixam muito quanto a demora na entrega dos laudos que hoje gira em torno de 40 a 60 dias... apesar de existir uma portaria do Estado que o prestador precisa devolver o resultado com o prazo máximo de 15 a 30 dias, mas isso não acontece, tem mulher recebendo esse resultado com 4 meses[...].

E2: [...] sei que muitos municípios se queixam da demora na liberação dos resultados por parte do laboratório [...].

E4: [...] já o resultado do exame demora pra sair, já ouvi dizer que demora até três meses[...].

A falta de garantia de resultados em tempo oportuno pelas usuárias pode motivar sua desistência para o retorno à unidade de saúde de referência em busca do seu exame, bem como a realização de novo exame em outra unidade, podendo, mais uma vez, ser necessário aguardar um novo resultado. Todas estas circunstâncias apresentam como consequência principal o retardo do diagnóstico de lesões precursoras ou neoplasias malignas.

Alguns autores (SANTOS; SOUZA, 2013; THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014) em seus estudos, apontam para falhas no rastreamento do CCU e a necessidade de novas estratégias que intensifiquem esta ação considerando os números de óbitos evitáveis.

Cerqueira et al. (2017), afirmam que o Papanicolau é capaz de reduzir em até 80% os riscos de mortalidade por CCU, porém no Brasil ainda estima-se que cerca de 40% das mulheres nunca realizaram este exame, ampliando os riscos.

A Colposcopia é o exame seguinte na linha de cuidado que complementa as informações encontradas nos resultados de Papanicolau e, conforme pode ser visualizado na Tabela 8, 81% dos municípios encaminham suas mulheres para realização deste exame fora do seu território de residência, e destes, 91% são realizados em Recife. Este dado foi contraditório no momento da entrevista quando E2 refere ser um exame disponível nos municípios, citando a ausência do CAF e do Histopatológico.

A Colposcopia, assim como o Papanicolau, existe desde a década de 40 para o controle do CCU. A avaliação colposcópica permite identificar alterações epiteliais cervicais e direcionar a Biópsia nas áreas de maior risco (MARIA OLIVEIRA, M. F. F. et al., 2014). Assim, este exame é primordial e parte integrante da tríade Citologia, Colposcopia e Biópsia para um diagnóstico adequado de CCU.

Na busca de analisar a articulação entre os serviços de nível primário de atenção com os de níveis secundários, tem-se a categoria **dificuldade em referenciar para exames da atenção secundária**, por estar presente com frequência nas falas dos atores estratégicos. Segundo Azevedo et al. (2015) e Silva et al. (2016), o índice de morbimortalidade por CCU de forma prematura em mulheres com idade produtiva é alto em países com baixos e médios recursos, contrapondo-se à redução da mortalidade que o rastreamento vem trazendo em países desenvolvidos. A morbimortalidade por CCU é resultante da baixa cobertura e das inadequações dos seguimentos e tratamentos dos casos.

Considerando que a mulher conseguiu realizar a Colposcopia e que tem a solicitação de uma Biópsia, percebeu-se a partir dos questionários respondidos pelos municípios que 55% são encaminhadas para fora de seu território de residência, porém, mais preocupante foi observar que 26% informam não possuir essa referência.

A realização da Biópsia, bem como a análise deste material (Histopatológico), a fim de garantir à usuária um diagnóstico preciso, foi identificada como sendo o principal motivo para o atraso no início do tratamento. Estes registros mostram o quanto os atores entrevistados estão sensíveis ao problema, porém não se identificou nas falas a existência de caminhos alternativos para resolver o problema observado.

E1: [...]a biópsia poucos municípios têm, dependem do Estado que tem pouca oferta [...].

E2: [...]a colposcopia tem que ser garantida pelo município, na verdade hoje o que os municípios não possuem é CAF e Histopatológico [...].

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2016b), para iniciar o tratamento é necessário uma consulta com o especialista para investigação de lesão, bem como a realização de exames para diagnóstico. Porém, as falas de mostram que as mulheres apresentarão dificuldades em ter acesso aos procedimentos de Biópsia, CAF e Histopatológicos em seu município de residência, uma vez que não possui oferta, e necessitarão ser referenciadas para unidades de média e alta complexidade do Estado a fim de que sejam realizados. Além disso, a Tabela 8 ratifica estas informações, quando são respondidos por mais de 50% dos municípios que as pacientes são referenciadas para fora do território ou não possuem uma referência conhecida para estes exames/procedimentos.

As dificuldades encontradas para garantir a conclusão diagnóstica por meio do protocolo do Ministério da Saúde, e conseqüentemente, iniciar o tratamento das lesões precursoras, são observadas nas falas dos atores estratégicos entrevistados que culminou na categoria **dificuldade para iniciar o tratamento por falta de conclusão diagnóstica**.

E3:[...] tem uma UNACON em nossa região, mas se a mulher não tiver biópsia não pode ir pra lá, ela vai ter que procurar em Recife esse exame pra poder começar o tratamento [...].

E4:[...] eu acredito que a dificuldade em realizar a biópsia se constitui um enorme problema que corrobora para a demora no início do tratamento, já que as unidades de referência só acolhem as pacientes que já têm biópsia positiva em mãos [...].

Percebe-se uma grande fragmentação no processo de diagnose, o que provoca o retardo do tempo de espera para um possível tratamento. Além disso, identificou-se que não há padronização da Linha de Cuidado para o CCU, ela não se apresenta normatizada ou regulada para os municípios que compõem a IV Região de Saúde. Este resultado foi observado por meio da categoria **ausência de fluxo estabelecido para os diagnóstico e tratamento do CCU**, constatada nas entrevistas com os atores estratégicos.

Ao identificar que 14% dos municípios da IV Região de Saúde não sabem informar suas referências para realização do Histopatológico, assim como 26% não conhecem o caminho pelo qual suas usuárias percorrem para que seja possível ter sua Biópsia garantida, compreende-se que os profissionais envolvidos com a Rede de Oncologia Cervical desconhecem todo o processo de referenciamento dos procedimentos citados. Este fato é reforçado quando os atores relatam:

E1:Eu sei que para os municípios da gente a referência de tratamento é Recife, [...] Eu não sei se o CEOC faz algum tipo de tratamento desse aqui em Caruaru pode até fazer, mas eu não sei[...].

E2:[...] no caso da Quimioterapia e Radioterapia tem aqui na região mesmo, mas não sei como ela consegue marcar pra começar a ser atendida lá [...].

E3: [...] o tratamento então termina que ela vai pra Recife pro Hospital do Câncer pela triagem para tentar fazer a biópsia e seguir com o tratamento lá [...].

E4: [...] a paciente com biópsia positiva ela tem que procurar o CEOC, mas é uma referência que eu sei, a atenção básica⁴, por exemplo, não sabe...percebo isso quando a mulher chega na regulação com encaminhamento pra TFD [...].

Como já mencionado, na IV Região de Saúde existe uma UNACON que funciona no Hospital Regional do Agreste (HRA). Para o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2006) é da responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde organizar este fluxo das pacientes na rede assistencial, estabelecendo as referências para as Unacons ou Cacons.

É fundamental a existência de um fluxo estabelecido para os municípios, destinado ao diagnóstico e tratamento do CCU, a fim de promover a manutenção das usuárias percorrendo a rede de atenção oncológica com fluidez e, portanto, com diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

Porém, nos dados apresentados nas Tabelas 1 e 8 identifica-se que esta referência para UNACON está fragilizada, uma vez que não há produção apresentada de Biópsia na região e segundo os atores entrevistados este procedimento é essencial para o acesso a UNACON, sem este resultado a paciente não pode ser acolhida.

Para garantir uma rede de serviços articulada entre seus pontos, com um cuidado contínuo, necessita-se de um processo de referência e contrarreferência estruturado propondo fluidez aos fluxos e contrafluxos (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Entretanto, após análise das falas dos entrevistados, identificou-se a categoria **ausência de informações nas contrarreferências**. Os registros das referências e contrarreferências evidenciam qual o nível de articulação existente entre os serviços. Entende-se que por meio deste processo de refenciamento e cotrarreferenciamento é possível informar sobre as condições clínicas das usuárias em todos os níveis de atenção percorridos. Identifica-se que este processo se apresenta ineficaz ou até inexistente.

E1: [...] tem muito relato que a contrarreferência feita nesse serviço não tem todas as informações para poder o município dar seguimento a essa paciente[...].

E4:[...] sem contar que não existe contrarreferência entre os serviços, então você nunca sabe até onde o paciente foi e quando ele por acaso chega pra você que vai orientar[...].

Em estudo apresentado por Silva et al. (2016), a comunicação entre os níveis de atenção é prejudicada principalmente entre a atenção primária e secundária, especialmente na

referência entre estes níveis. Nele identificou-se que as usuárias eram responsáveis em repassar informações sobre seus casos e que a comunicação entre os profissionais se dava de maneira informal.

6.3 Instrumento para monitoramento de indicadores

A partir das informações compiladas no presente estudo, percebeu-se a necessidade de estratégias que permitissem garantir a articulação entre as ações e serviços nos diversos níveis de atenção à saúde, como objetivo de atender as necessidades das usuárias dentro da Rede de Atenção ao CCU da IV Região de Saúde.

Dentre várias ações ponderadas, identificou-se a necessidade inicial de monitorar os serviços de atenção à saúde da mulher com CCU. Para tal sugerem-se encontros com os atores estratégicos (coordenações de atenção à saúde, coordenação de saúde da mulher, coordenação de regulação das duas esferas governamentais, municipal e estadual), bem como com a Câmara Técnica do Colegiado de Gestores da Regional para elaboração de um instrumento, a ser utilizado pelos municípios, para acompanhar o percurso realizado pelas usuárias para diagnóstico e tratamento do CCU.

Propõe-se para a construção do referido instrumento três etapas, sendo a primeira para apresentação dos resultados obtidos neste estudo. Esta aconteceria em uma manhã e teríamos a divisão em pequenos grupos concentrados por nível de atenção, ou seja, um grupo de atenção básica, um grupo de atenção secundária, outro grupo de regulação. Cada grupo se responsabilizaria por construir um documento com propostas preliminares para o monitoramento e apresentaria aos demais colegas para conhecimento e aprovação. A entrega desse material à pesquisadora seria obrigatória, para que a mesma promova a consolidação dos dados para o próximo encontro.

Em outra data proposta pelo grupo, a consolidação das propostas e a discussão de sua factibilidade seriam apresentadas. Esta etapa seria construída em uma manhã também e estaríamos finalizando a confecção deste instrumento. Três municípios seriam eleitos para a aplicação deste modelo, para que em outra data fosse feita a apresentação dos resultados encontrados e a adequação necessária.

Por fim, o instrumento seria apresentado na Comissão Intergestores Regional - CIR da IV Região aos gestores municipais para que fosse validado. Neste espaço de negociação seria proposto o acompanhamento e apresentação dos resultados de monitoramento trimestralmente pela equipe de atenção à saúde da IV Regional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível analisar a Rede de Atenção à Saúde disponível para o Câncer de Colo Uterino e perceber que na IV Região de Saúde de Pernambuco, esta se encontra fragmentada e sem um fluxo estabelecido que garanta seu diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

Durante a caracterização da rede, percebeu-se que 87% dos exames/procedimentos apresentados nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (SIA/SUS e SIH/SUS) estiveram disponíveis às usuárias, porém concentram sua oferta fora da IV Região de Saúde. Esta constatação foi ratificada na análise dos questionários respondidos pelos municípios e nas entrevistas com os atores estratégicos.

A demora na entrega dos resultados do Papanicolau, assim como a oferta deficitária de exames/procedimentos (CAF e Histopatológico) na IV Região, propicia um diagnóstico tardio e reduz as chances de cura da paciente com CCU, além de corroborar com os elevados índices de mortalidade esperados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

O aumento no número de Biópsias no período estudado chamou atenção para a possibilidade de melhoria na oferta deste procedimento. Esta evidência diverge das respostas encontradas nos questionários respondidos pelos municípios à IV Geres, bem como nas falas dos entrevistados, quando foi apresentado por eles como ponto chave para que a usuária avançasse em sua conclusão diagnóstica. Entretanto, foi considerada baixa ou inexistente sua disponibilidade.

A análise das informações repassadas pelos municípios, quanto às suas referências para exames/procedimentos relacionados aos serviços de diagnóstico e tratamento do CCU, elucidou também o fluxo de encaminhamento das usuárias, apresentando suas deficiências e submetendo a mulher à necessidade de buscar suas referências autonomamente dentro da rede de atenção, bem como sua exposição ao risco da falta de garantia de atendimento.

Percebeu-se a necessidade de maior aprofundamento das informações por meio de entrevistas com usuárias. Acredita-se que complementar o estudo, entrevistando mulheres com CCU, garantirá informações importantes relativas à trajetória assistencial, identificando outras fragilidades da rede para o diagnóstico ou tratamento dessa patologia e permitindo a construção de um plano de intervenção resolutivo sob o aspecto da integralidade.

Identificou-se também que um estudo comparativo entre os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde com aqueles das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, poderia fornecer mais informações que justifiquem os altos índices de mortalidade por CCU.

Por fim, sugerem-se alguns indicadores para o monitoramento da articulação entre os níveis de atenção que poderão ser discutidos juntamente com os profissionais envolvidos com o acompanhamento da Rede do CCU.

- a) Número de consultas, exames e procedimentos para a prevenção, diagnóstico e tratamento do CCU, ofertados por meio de sistema de regulação;
- b) Percentual de municípios que utilizam formulário específico para referência e contrarreferência entre os serviços;
- c) Percentual de municípios com protocolo de acesso aos serviços de atenção ao CCU instituído;
- d) Razão de exames/procedimentos disponíveis da rede de atenção ao CCU no município e o total de exames/procedimentos sob a responsabilidade municipal.

REFERÊNCIAS

- AGUILERA, S.L.V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1039, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122013000400010&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 7 jan. 2017.
- AITH, F. et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rdisan/article/view/82804>> Acesso em: 28 Set. 2016.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000200320&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- ARAÚJO, F. L. A. de. **A prevenção e controle do câncer do colo de útero: relato de experiência**. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/14413/1/PDF%20-%20Fernanda%20Letycia%20Andrade%20de%20Ara%C3%BAjo.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018
- ARRUDA, C. et. al.. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- AZEVEDO, G. et al. A situação dos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil. In: TEIXEIRA, L. (Org.). **Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. p. 41-73. Disponível em: <<http://observatorio.historia.coc.fiocruz.br/local/File/Livro%20Cancer%20de%20mama%20e%20de%20colo%20de%20uterio.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.
- BERGAMASCHI, F. P. R. et al. Reflexões acerca da integralidade nas reformas sanitária e agrária. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 667-674, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF. 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos). Acesso em: 2 de fev. 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf> Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: 11 Dez. 2017

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.8080, 19 set.1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 2 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508 28 de junho de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. SIGTAP. **Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS**. Brasília, jan. 2017a. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**, Brasília, jan. 2017b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>> Acesso em: 20 jan. 2017.

BRITO-SILVA, K. et al . Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revistade Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200240&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2018.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y.. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v.16, n. 40, p. 249-260, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2018.

CAMPOS, C. J. G. et al. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, 2004; v. 57, n. 5, p 611-614. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5>> Acesso em: 8 out. 2016.

CARRÉRA S. A. et al. Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 10, Out. 2015, p. 3111-3120. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042187017> Acesso em: 4 nov. 2017.

CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M.; LEITE, F. de S.. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300707&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2016.

CARVALHO, K. P. A. de et al. **Estadiamento, genótipos de HPV e metilação do gene WIF1 em câncer do colo do útero**: associações com o prognóstico e sobrevida. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6515/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Keila%20Patr%C3%ADcia%20Almeida%20de%20Carvalho%20-%202016.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

CERQUEIRA J. C. de, et. al.. Indicador preventivo de saúde da mulher: proposta combinada de mamografia e Papanicolaou. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. Washington, v. 41, Ago. 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e99/pt>> Acesso em: 30 jan. 2018.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-1423, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500038&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 29 ago. 2016.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Plano, Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=HPyzCAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=metodo+misto+sequencial&ots=ZT4RqO-xwQ&sig=n2JY1jxEv8JW34BPkDwxwImiBsM#v=onepage&q=metodo%20misto%20sequencial&f=false>> Acesso em: 12 jul. 2016.

ETLINGER et. al.. Análise das Discordâncias Diagnósticas dos Exames Citopatológicos do Programa de Monitoramento Externo de Qualidade no Estado de São Paulo, Brasil, 2000-2010. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 481-488, 2012. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38237665/Analise_das_Discordancias_Diagnosticas_dos_Exames_Citopatologicos_do_MEQ_no_Estado_de_SP__2000_a_2010.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521562271&Signature=fcqFweoIh5QkxMBdBLWMgs0Z2n0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAnalise_das_discordancias_diagnosticas_d.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

FERNANDES JR., A. S. et al. **Câncer de Colo Uterino: Tratamento**. Brasília, DF: Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2011. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/ans/cancer_do_colo_uterino-tratamento.pdf> Acesso em: 16 abr.2018.

FONSECA, F. V.. Lesões cervicais intraepiteliais de alto grau: avaliação dos fatores determinantes de evolução desfavorável após conização. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11. p. 334-340, 2011.

FRACOLLI L. A., et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78028/82033>>. Acesso em: 20 out.2016.

FRIGO, L. F.; ZAMBARDA, S O. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. **Cinergis**, Santa Maria, v. 16, n. 3, p. 1-5, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6211/4554>> Acesso em: 25 out. 2017.

GALVÃO, E. L.; BODERVAN, E. C.; SANTOS, D. F. Gestão regionalizada dos serviços de Saúde no estado de Minas Gerais. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 242 – 247, 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2362/883>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

GALÃO, A. O. et. al. Prevalência e seguimento de exame citopatológico de colo uterino com atipias em celulasas camosas de origem indeterminada em um hospital universitário brasileiro. **Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3, p 296-302, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118208/000952639.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p 37-61, 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

HELBUSTO, N. B.; VIANNA, P. V. C. Linha de cuidado ao câncer de colo de útero e mama no litoral norte paulista sob o olhar de coordenadores de unidades de atenção primária em saúde. **Revista Univap**, São Paulo. v. 23, n. 42, p. 86-100, 2017. Disponível em: <<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/411/0>> Acesso em: 27 jan. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rev. atual. Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas Online Morta-Lidade Inca**. Brasília, DF, 2016c. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo10/consultar.xhtml#panelResultado>>. Acesso em: 01 nov.2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 31 mar.2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ficha Técnica de Indicadores das Ações de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FICHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8>>. Acesso em: 26 fev.2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Linha de cuidado e integralidade da atenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160096.pdf>>. Acesso em: 7 dez.2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF>. Acesso em 3 mar. 2018.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set.2016.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality-the case for tracers. **New England Journal of Medicine**, Minneapolis, v. 288, n. 4, p. 189-194, 1973. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM197301252880406>>. Acesso em: 18 out.2016.

LIMA, L.D. de. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil**: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/15-PJSSaudeAmanha_Texto0015_A4_21-12-2015.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, São Paulo, v. 1, n.8. p 1-13, 2016. Disponível em: <www.regiaoeredes.com.br> Acesso em: 17 set. 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.. Rede de Atenção à Saúde: Rumo à Integralidade. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p 15 – 37, out, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-774066>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2016.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002> . Acesso em: 28 mar. 2016.

MALTA, D. C. et al . Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p.599-608, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2016.

MARTINS, J. et al. **Fatores associados à variação no comprimento e diâmetro vaginal após radioterapia pélvica para câncer do colo uterino**. Campinas, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/319196>>. Acesso em: 14 out. 2017.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2016.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.cepec.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MEDEIROS, L. B. de et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 543-552, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200543&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 nov. 2017.

MEIRA, Karina Cardoso et al.. Efeito idade-periodo-coorte na mortalidade por câncer do colo uterino. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 274-282, abr, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200274&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 mai 2017.

MELO, E. N. N. **Redes de atenção à saúde: atenção básica no cuidado à saúde da mulher**. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6034/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Emily%20Nayana%20Nasmar%20de%20Melo.pdf%20-%202016.pdf>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

MELLO, A. L. S. F. de et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Ago. 2016.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. d'Á. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702012000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1314> Acesso em: 16 mar 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>. Acesso em: 16 mar. 2016.

NAVARRO, C. et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n.17, p. 1-8, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005554.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

OLIVEIRA, A. C. et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Teresina, v. 15, n. 2, p. 240-248, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3130/2404>> Acesso em: 18 out. 2016.

OLIVEIRA, M. F. F. et al. Correlação citológica e histológica dos achados colposcópicos anormais. **Revista Científica**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 11-17, 2014. Disponível em: <<http://www.iamspe.sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/revistacientificadoiamspevo103no01.pdf#page=11>>. Acesso em 22 out. 2017.

OLIVEIRA, C. C. E.; BARBOSA, A. M. R. B. Técnicas de Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer de Colo Uterino. **Atas de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 3, 18 p., 2014. Disponível em: <<http://www.revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/586/708>> Acesso em 25 out. 2017.

PACHECO, F. L., JOSIMARI T. de L. **Modelo de Avaliação da Organização dos Serviços na Perspectiva da Integralidade**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_002c280a24f9113742526ae823302782>. Acesso em: 30 ago. 2016.

PAULA, B. et al. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, p. 146-166, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/311921704_Linha_de_cuidado_de_cancer_de_mama_e_de_colo_de_uterio_um_estudo_sobre_referencia_e_contrarreferencia_em_cinco_regioes_de_saude_de_Sao_Paulo_Brasil_The_Line_of_Care_for_breast_and_cervical_cancer_a_stu>. Acesso em: 5 mar. 2018.

PEREIRA, J. P.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.1033-1051, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>>. Acesso em: 6 mai. 2018.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de. **Dados**, Recife, 2017a. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/iv-geres>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de. **Plano Diretor de Regionalização**, Recife, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 20 jan.2017.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de. **Guia Pernambucano de Atenção Primária**, Recife, 2017b. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/atencao-primaria>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de. **Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária – PFAP**, Recife, out. 2011b. Disponível em: <<http://geqap.blogspot.com/2011/10/politica-estadual-de-fortalecimento-da.html>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v.9, n.3, p.835-846, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

PRIMO, W. Q. S. P., CORRÊA, F. J. S. e BRASILEIRO, J. P. B. **Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília**. Brasília: Luan Comunicação, 704 p.2017. Disponível em: <<http://www.sgob.org.br/wp-content/uploads/2017/10/ManualSGOBdigital11102017.pdf>> Acesso em: 17 mai. 2018.

RANGEL, G.; LIMA, L. D. de; VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 1065-1078, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000401065&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 set. 2016.

RIBEIRO, M. das G. M., SANTOS, S. M. dos R., TEIXEIRA, M. T. B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 483-491, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_57/v04/pdf/04_artigo_itinerario_terapeutico_de_mulheres_cancer_colo_do_uterio.pdf>. Acesso em: 09 out. 2016.

ROSA, L. M. da; RADÜNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto & Contexto: Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n.3, p. 713-721. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 jan. 2017.

SADOVSKY, A. D. I. de et al . Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701539&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2016.

SANTOS, L. O Modelo de Atenção à Saúde se fundamenta em três pilares: Rede, regionalização e Hierarquização. **Saúde e Cidadania**, São Paulo, set. 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

SANTOS, U. M.; SOUZA, S. E. B. de. Papanicolaou: Diagnóstico Precoce ou Prevenção do Câncer Cervical Uterino? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 941, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4488.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

SILVA, M. R. F. da et al . Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-119, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300107&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2018.

SOARES, M.B.O., SILVA, R.I. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cervico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, Mar./Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 mai. 2018.

SOARES. M. C.; MISHIMA, S. M. **Integralidade no cuidado à mulher com Câncer de Colo Uterino**, Pelotas, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6748/pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-60, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2016.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

TEIXEIRA, L..O câncer de colo do útero no Brasil, In: TEIXEIRA, L. (Org.). **Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**, Rio de Janeiro, 2015. 256p, Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/Livro%20Cancer%20de%20mama%20e%20de%20colo%20de%20uterio.pdf>>. Acesso em: 18 out.2016.

THULER, L.C. S.; AGUIAR, S. S. de; BERGMANN, A.. Determinantes do diagnóstico em estadió avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 237-243, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out.2016.

TIENSOLI, S. D.. **Fatores associados a não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 69. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-A76MXB>>. Acesso em: 16 set. 2016.

TOMASI, E. et al . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2018.

VASCONCELOS, M. L. P.; XIMENES NETO, F. R. G.; FERREIRA, A. G. N.. Análise da Integralidade da Atenção à Saúde da Criança a partir de Óbitos Infantis. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, Vale do Acaraú, v. 16, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/6>>. Acesso em: 20 out. 2016.

VIEGAS, S. M. da F., PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil.

Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 19, n. 55, 1089-100, 2015.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089>

&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 20 out. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** Planejamento e Métodos. 4. ed. p. 248, Porto Alegre: Bookman, 2010.

APENDICE A – Entrevista com coordenação municipal de atenção básica/atenção à saúde e atenção à saúde da mulher da IV Regional de Saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____|_____|_____

Endereço: _____

Fone: (____) _____ - _____ / (____) _____ - _____

DADOS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DISPONÍVEL NO MUNICÍPIO

1. Como a mulher consegue obter o diagnóstico de câncer de colo uterino?
2. O que a mulher dever fazer quando diagnosticada com câncer de colo uterino?
3. Como a mulher com câncer de colo uterino consegue seu tratamento?
4. Na sua opinião, existe articulação entre a atenção primária, secundária e terciária?
5. Para você, porque tantas mulheres ainda vão a óbito por CCU?

APENDICE B – Entrevista com coordenação regional/municipal de regulação**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____|_____|_____

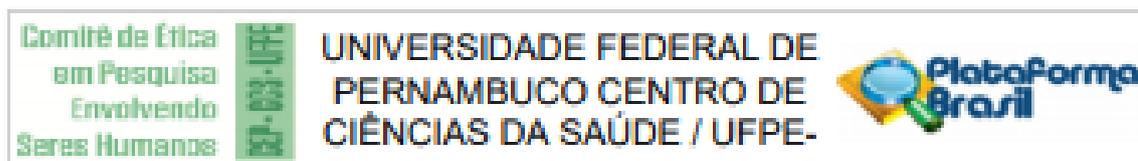
Endereço: _____

Fone: (____) _____ - _____ / (____) _____ - _____

DADOS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DA IV REGIÃO DE SAÚDE

1. Qual (is) o (s) caminho (s) que as mulheres percorrem para o diagnóstico do CCU?
2. Qual (is) o (s) caminho (s) que as mulheres portadoras de câncer de colo uterino percorrem para realizar seu tratamento?
3. Na sua opinião, existe articulação entre a atenção primária, secundária e terciária?
4. Para você, porque tantas mulheres ainda vão a óbito por CCU?

ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: um estudo na perspectiva da estruturação de redes

Pesquisador: Keila Silene de Brito e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42878813.9.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.059.296

Data da Relatoria: 29/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo) que tem como responsável a pesquisadora Prof.Dra. KEILA SILENE DE BRITO E SILVA a qual coordena uma equipe de mais 7 pesquisadores no Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão – UFPE, que também participam do estudo.

Os dados serão coletados utilizando a base de dados do DATASUS, especificamente os Sistemas de Informação da Atenção Básica, Ambulatorial e Hospitalar (SIAB, SIA e SIH) e o SISCOLO. Todos os dados secundários são de domínio público.

Na abordagem quantitativa será realizado o levantamento da cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde do Estado, bem como a rede de atenção existente nestas localidades. A partir deste levantamento, será possível identificar a região com maior cobertura de exames e oferta de serviços para o

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

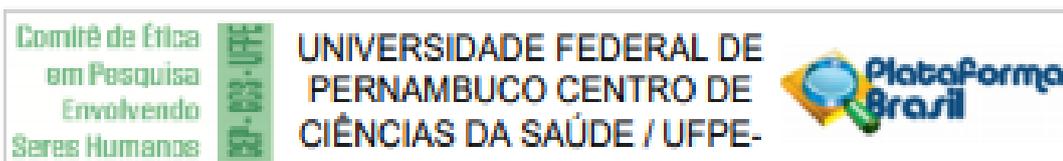
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.058/200

cuidado ao

CCU. Na região identificada serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, aplicadas aos representantes da gestão (exercendo a função por no mínimo 6 meses) e aos profissionais de saúde (que tenham encaminhado usuários nos últimos 3 meses). Será avaliado também um Grupo Focal com mulheres com idade entre 25 e 64 anos, cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) que já tenham sido referenciadas para outra unidade de saúde e/ou que necessitem de encaminhamento por questões relacionadas ao CCU. É prevista a inclusão de 20 voluntárias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos

Geral: Avaliar a integralidade na atenção à prevenção, diagnóstico e tratamento do CCU em uma Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

Específicos:

Identificar a cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde de Pernambuco

Avaliar o impacto da cobertura do Papanicolau na incidência de casos de CCU

Traçar potencialidades e fragilidades na linha de cuidado ao CCU em Região de Saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A pesquisa não apresenta riscos significativos para seus participantes. As principais fontes de evidência e informação utilizadas para o seu desenvolvimento serão os dados secundários (DATASUS e CNES) e entrevistas aplicadas a usuários, profissionais de saúde e representantes da gestão. Algum tipo de constrangimento durante as entrevistas poderá ocorrer.

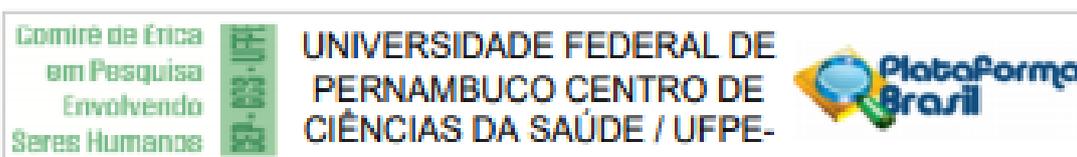
Benefícios:

Os entrevistados poderão contribuir para o aprimoramento do Sistema de Saúde de Pernambuco bem como difundir as potencialidades já existentes no Sistema estadual

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O mapeamento da cobertura do exame citológico por região de saúde possibilitará o

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 2126-8588 **E-mail:** capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.058.298

conhecimento da

realidade da oferta e do acesso aos serviços de saúde. Desta forma, poder-se-á favorecer o planejamento da oferta de serviços a partir das realidades loco-regionais, contemplando a identificação do fluxo assistencial espontâneo da população em relação ao fluxo assistencial definido institucionalmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitação de dispensa de carta de anuência – Os dados quantitativos são de domínio público e acessados pela internet

TCLE redigido de forma adequada

Roteiro de entrevistas anexado

Termo de responsabilidade anexado

Folha de Rosto adequadamente preenchida, indica a participação de 20 voluntários

Cronograma coleta estima a coleta de dados no período de julho(dados quantitativos) a setembro de 2015(dados qualitativos).

ORÇAMENTO TOTAL DO PROJETO: R\$ 62.913,04 Nota: o financiamento da pesquisa estará vinculado à FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO – FACEPE

Processo: APQ-0223-4.06/13

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em resposta a pesquisadora informa que não será selecionada nenhuma unidade de saúde no estudo e sim os profissionais que executam atividades na região. Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

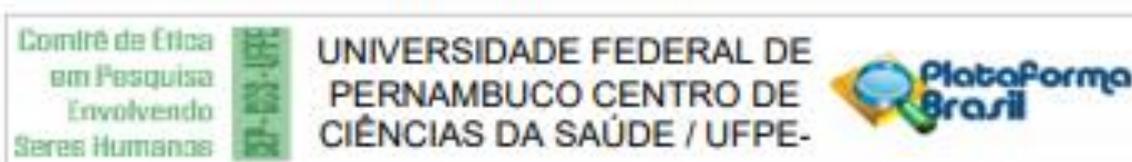
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepoca@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.058.298

do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

RECIFE, 12 de Maio de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 3126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br