



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

KARLA REGINA VIANA COUTINHO

**Coordenação do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero:
perspectiva dos gestores e profissionais da atenção primária de uma capital da
Região Nordeste**

Recife
2020

KARLA REGINA VIANA COUTINHO

**Coordenação do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero:
perspectiva dos gestores e profissionais da atenção primária de uma capital da
Região Nordeste**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva do Centro de Ciências
Médicas da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde
Coletiva

Linha de pesquisa: Política,
planejamento e gestão em saúde

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Coorientadora: Prof. Dra. Keila Silene de Brito e Silva

RECIFE

2020

C871c	Coutinho, Karla Regina Viana	
	Coordenação do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero: perspectiva dos gestores e profissionais da atenção primária de uma capital da Região Nordeste / Karla Regina Viana Coutinho. – 2020. 61 p. : il. Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2020. Inclui referências e anexo. 1. Atenção primária à saúde. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Neoplasias do colo do útero. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (orientadora). II. Título.	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS 2023 - 276)

KARLA REGINA VIANA COUTINHO

**Coordenação do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero:
perspectiva dos gestores e profissionais da atenção primária de uma capital da
Região Nordeste**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação Integrado em Saúde
Coletiva da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito para obtenção
do grau de Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 09/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Departamento de Medicina Social/UFPE

Prof.^a Dr.^a Bernadete Perez

Departamento de Medicina Social/UFPE

Prof.^a Dr.^a Sandra Valongueiro Alves

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva/UFPE

AGRADECIMENTOS

À minha amada família, por toda paciência e incentivo.

À minha orientadora, professora Dr^a Adriana Falangola, pelo incentivo, troca de experiência e criteriosas orientações.

À professora Dr^a Keila Silene, por todos os detalhes na coorientação.

Aos membros da Banca de Qualificação, pelas contribuições valiosas.

Às minhas colegas da saúde da mulher do Recife Luciana Schuler, Mariana Seabra e Evelyn Lins, pelo apoio nos momentos de ausência.

Às amigas do mestrado, Silvana e Ivonete, pelas trocas de experiência durante a construção da pesquisa.

À equipe da Gestão da Saúde da Secretaria do Recife, pelo apoio e compreensão, o que muito contribuiu para o término do Mestrado.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero do Município de Teresina. Foi realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa, por meio de entrevista aberta com profissionais da atenção primária e gestores municipais da área da saúde da mulher e da regulação municipal. Para aprofundamento do caso foi realizada uma descrição do contexto, com análise documental dos dados referentes à Rede de Cuidado ao Câncer do Colo do Útero. Foram feitas leituras exaustivas das entrevistas e os dados primários transcritos e submetidos à análise de conteúdo. As categorias de análise que emergiram das entrevistas foram: burocratização do acesso na APS, baixa valorização da APS, mecanismo de acesso à atenção especializada satisfatória, responsabilização intermunicipal incipiente, comunicação fragmentada da APS e atenção especializada. O resultado demonstra fragilidade do município para que a APS exerça seu papel como coordenadora do cuidado às mulheres com câncer do colo do útero, desde o processo de trabalho das equipes, como a articulação com os serviços especializados. A ausência de contrarreferência é apontada como o grande gargalo que dificulta o retorno de informação essencial para o monitoramento da usuária pela equipe de atenção primária. Conclui-se que uma alta cobertura das equipes de Saúde da Família é importante, porém não suficiente, quando os processos de trabalho permanecem inalterados, não integrados com os serviços especializados e sem participação ativa da gestão na organização dos processos para o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; continuidade da assistência ao paciente; neoplasias do colo do útero

ABSTRACT

This study aimed to analyze the coordination of care by Primary Health Care (PHC), in the Cervical Cancer Care Network of the Municipality of Teresina. A single case study with a qualitative approach was carried out, through an open interview with primary care professionals and municipal managers in the area of women's health and municipal regulation. To deepen the case, a description of the context was performed, with documentary analysis and data referring to the cervical cancer care network. Exhaustive readings of the interviews were made and the primary data transcribed and submitted to content analysis. The analysis categories that emerged from the interviews were: bureaucratization of access in PHC, low valuation of PHC, mechanism of access to satisfactory specialized care, incipient intermunicipal accountability, fragmented communication of PHC and specialized care. The result shows that the municipality is fragile for PHC to exercise its role as the coordinator of care for women with cervical cancer, from the teams' work process, such as the articulation with specialized services. The absence of counter-referral is pointed out as a major bottleneck that hinders the return of essential information for monitoring the user by the primary care team. It is concluded that a high coverage of the Family Health Teams is important, but it is not enough, when the work processes remain unchanged, not integrated with the specialized services and without active participation of the management in the organization of the processes to strengthen the PHC as care coordinator in the Cervical Cancer Care Network.

Keywords: primary health care; continuity of patient care; cervical neoplasms

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Estimativa mundial de incidência do câncer do colo do útero em 2018.....	13
Figura 2 -	Fluxograma dos procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero	18
Figura 3 -	Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção.....	21
Figura 4 -	Mapa de Teresina, com divisão territorial, 2016.....	29
Quadro 2 -	Documentos selecionados para a pesquisa.....	31
Quadro 3 -	Estabelecimento de saúde habilitado como Cacon no Município de Teresina, em 2016.....	35
Quadro 4 -	Procedimentos necessários x procedimentos realizados. Teresina/PI. 2016.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCU	Câncer do Colo do Útero
Cnes	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Dant	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
Datasus	Departamento de Informática do SUS
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
Glococan	Global Cancer Observatory
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDH	Indicadores de Desenvolvimento Humano
Inca	Instituto Nacional do Câncer
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Sespi	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
Siscan	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
SSUP	Saúde Suplementar
Unacon	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
USF	Unidade de Saúde da Família
Tabnet	Informações de saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	13
2.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	19
2.3	COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4	MÉTODO	28
4.1	TIPO DE ESTUDO	28
4.4	SUJEITOS DA PESQUISA.....	30
4.5	COLETA DAS INFORMAÇÕES	30
4.6	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	32
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	60

1 INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência das doenças crônicas no Brasil tem relação direta com a transição demográfica e epidemiológica que ocorre no país e exige transformações na organização dos serviços de saúde de modo a promover melhorias em sua integração (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Com relação às doenças crônicas, as neoplasias constituem a segunda maior causa de adoecimento e morte, sendo o câncer do colo do útero (CCU) o terceiro tipo mais comum, com exceção do câncer de pele não melanoma, entre a população feminina. No Brasil, ocorreram 6.526 óbitos por esta neoplasia em 2018, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 5,23 óbitos para cada 100 mil mulheres. No que diz respeito à distribuição regional, é o primeiro tipo de câncer mais incidente na Região Norte e ocupa a segunda posição no Nordeste do país (ATLAS DE MORTALIDADE, 2020).

Em termos mundiais, as mortes por CCU acontecem em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano. Não obstante, é considerado uma doença com grande chance de cura, desde que detectada e tratada precocemente. Neste sentido, apesar dos avanços nas medidas preventivas, o CCU é considerado um problema de saúde pública importante, no Brasil (INCA, 2017).

A diminuição do número de casos de CCU depende de uma rede de saúde estruturada que permita o acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade, para possibilitar a superação de cada fase da doença (BRASIL, 2013). O tratamento deve ser oferecido de forma que garanta acesso aos serviços e cuidado integral, com função claramente definida para cada ponto de atenção (MALTA; MERHY, 2010).

A rede de atenção à saúde é considerada uma forma de articulação de ações e serviços, com potencialidade para diminuir a fragmentação do cuidado, requerendo ações combinadas de diferentes serviços e profissionais e interações com a população. Nesse sentido, a prática clínica dos profissionais deve se reorganizar para atender aos novos imperativos do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RASs), em que o enfrentamento da fragmentação da atenção e, portanto, a continuidade, a integração e a coordenação do cuidado são centrais (VIANA et al., 2018).

Starfield (2002) reforça a ideia de que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do Sistema, para responder às necessidades de saúde da população. Portanto, deve-se considerar a coordenação dos cuidados uma condição primordial para o alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto dessas necessidades dos usuários, que envolve a integração entre os níveis do Sistema de Saúde.

Estudos demonstram que a falta de coordenação entre a APS e a atenção especializada pode induzir a erros de diagnóstico e tratamento, com consequências graves para o paciente, principalmente os que sofrem de doenças crônicas. Quando a atenção oferecida ao paciente é fragmentada, a eficiência é comprometida, inclusive no nível hospitalar, com a constituição de longas filas de espera e repercussões negativas para o Sistema em seu conjunto (ALMEIDA; SANTOS, 2016; BOUSQUAT et al., 2017).

A importância de ações coordenadas pela Atenção Primária também foi relatada por Cruz et al. (2019), observando associação positiva entre a coordenação do cuidado e o resultado da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança, não obstante a constatação do predomínio de baixo nível de coordenação, no Brasil.

Para Giovanella (2014), a coordenação dos cuidados constitui um desafio contemporâneo e uma preocupação crescente, compartilhados por gestores de sistemas de saúde em diversos países, principalmente em relação à necessidade de melhorar a qualidade da atenção aos agravos crônicos. O cuidado de doentes crônicos exige a utilização simultânea de serviços de diversas complexidades, implicando uma coordenação intra e entre níveis de atenção.

A literatura científica apresenta estudos sobre coordenação do cuidado utilizando como condições marcadoras a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, justificados pela sua alta prevalência (BOUSQUAT et al., 2017; ALELUIA et al., 2017).

A condição marcadora é considerada uma estratégia para avaliar a qualidade do serviço. O câncer do colo do útero foi utilizado como marcador por alguns autores (KESSNER; KALK; SINGER, 1973; SAMICO et al., 2002; BOTTARI; VASCONCELOS; MENDONÇA, 2008; SILVA et al., 2016).

A escolha do câncer do colo do útero como condição traçadora se justifica por apresentar as seguintes características: é um evento prevalente, com etiologia,

diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente; existe um programa nacional já consolidado, envolvendo todos os níveis de atenção; a evolução da doença é lenta e o tratamento é eficaz (BRITO et al., 2014).

O câncer do colo do útero como condição marcadora mostrou-se satisfatória, conforme afirmam Bottari, Vasconcelos e Mendonça (2008), ao analisarem o acesso e o fluxo das usuárias dentro do sistema de saúde. Foram identificados pontos-chave para apresentar quais falhas na atenção básica comprometem a acessibilidade, cobertura e adscrição, integralidade, continuidade técnico-científica e efetividade.

Diante do exposto, o questionamento norteador desta pesquisa foi: Como a APS realiza a coordenação do cuidado na Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero em uma capital do Nordeste brasileiro?

2 REVISÃO DA LITERATURA

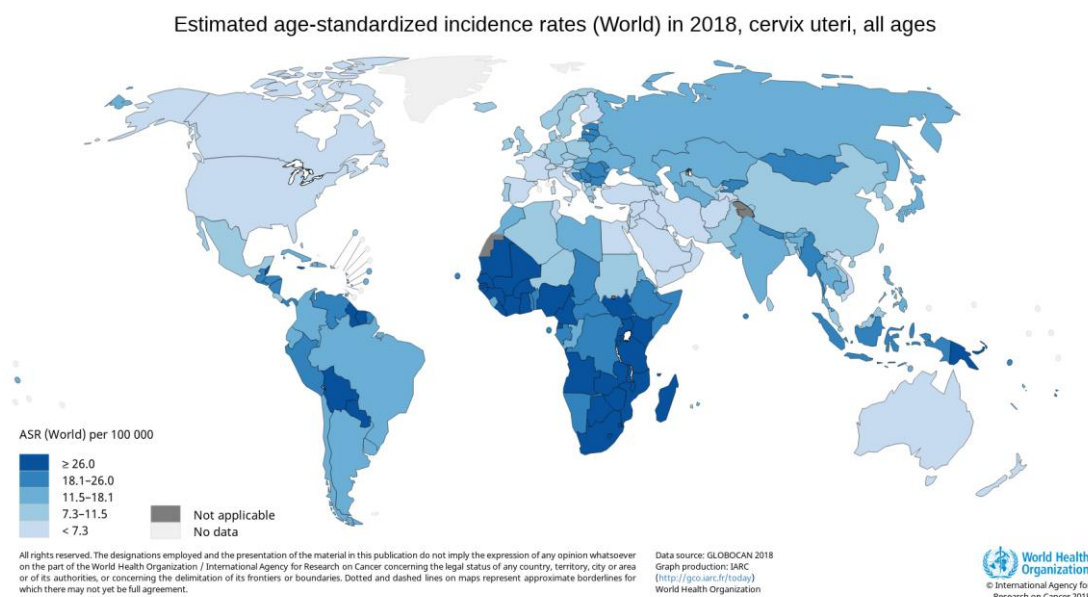
2.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população, no mundo, com destaque para as doenças cardiovasculares e o câncer (MALTA et al., 2017).

Enquanto nos países desenvolvidos predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países emergentes ainda é alta a incidência de tipos de câncer associados à infecção (colo do útero, estômago, esôfago, fígado) (INCA, 2017).

O câncer do colo do útero é o quarto tipo mais comum entre as mulheres, no mundo, com aproximadamente 570 mil novos casos por ano, e contribui com 310 mil óbitos por ano (BRAY et al., 2018) (Figura 1).

Figura 1 - Estimativa mundial de incidência do câncer do colo do útero em 2018.



Fonte: Globocan, 2018.

As taxas de incidência variam entre as regiões e países, indo de 9,9/100 mil nas regiões mais desenvolvidas, para 15,7/100 mil nas áreas menos desenvolvidas. Constituem regiões de maior risco a África do Sul (43,1/100 mil), África Oriental (40,1/100 mil), África Ocidental (29,6/100 mil), Melanésia (27,7/100 mil). As regiões com menores incidências são a Austrália/Nova Zelândia (6/100 mil) e a Ásia Ocidental (4,1/100 mil).

Estima-se para o Brasil, em 2020, a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer. O CCU se destaca como o segundo mais incidente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, com 21,20, 17,62 e 15,92 casos por 100.000 mulheres, respectivamente, e é o quarto mais incidente na Região Sul (17,48/100 mil). Na Região Sudeste, o CCU ocupa o quinto lugar dos casos mais incidentes, com 12,01/100 mil – (Quadro 1) (INCA, 2020).

Quadro 1 - Incidência estimada por 100 mil mulheres dos cinco tumores mais frequentes por região do Brasil para o ano de 2020

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
1º	Mama feminina (61,61)	Mama feminina (21,34)	Mama feminina (44,29)	Mama feminina (45,24)	Mama feminina (81,06)	Mama feminina (71,16)
2º	Cólon e Reto (19,03)	Colo do útero (21,20)	Colo do útero (17,62)	Colo do útero (15,92)	Cólon e Reto (26,18)	Cólon e Reto (23,65)
3º	Colo do útero (15,43)	Cólon e Reto (6,48)	Cólon e Reto (10,79)	Cólon e Reto (15,24)	Glândula tireoide (17,21)	Traqueia, brônquio e pulmão (18,66)
4º	Traqueia, brônquio e pulmão (11,56)	Traqueia, brônquio e pulmão (6,47)	Traqueia, brônquio e pulmão (8,86)	Traqueia, brônquio e pulmão (10,87)	Traqueia, brônquio e pulmão (12,09)	Colo do útero (17,48)
5º	Glândula tireoide (11,15)	Estômago (6,03)	Glândula tireoide (7,98)	Glândula tireoide (8,12)	Colo do útero (12,01)	Estômago (9,15)

Fonte: INCA, 2020

Quanto à mortalidade, é também na Região Norte que se evidenciam as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento. Nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde este tipo de câncer representa a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 5,71/100 mil e 5,55/100 mil, em 2017. As Regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas (INCA 2020).

O CCU é raro em mulheres até 30 anos e o pico de sua incidência ocorre na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (INCA, 2017).

O CCU se caracteriza por ser uma doença silenciosa e de evolução lenta, pode demorar de dez a vinte anos entre o início das lesões precursoras e a lesão cancerígena (NOGUEIRA; MORAES, 2017). As lesões precursoras apresentam diferentes graus de evolução, classificados como neoplasia intraepitelial cervical (NIC); dependendo da proporção da espessura do epitélio, em NIC I, NIC II e NIC III. Os graus NIC II e NIC III, considerados os mais graves, têm maior probabilidade de progressão para o câncer; já as NICs I geralmente regredem (INCA, 2017).

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é condição necessária, porém, não causa suficiente para o desenvolvimento do CCU, vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais é necessário a associação do HPV com outros fatores de risco, dentre eles o tabagismo, a variação de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e *chlamydia trachomatis* (INCA, 2017).

A confirmação da relação CCU/HPV é considerada a principal descoberta, nos últimos 30 anos, em relação a este agravo. Estudos demonstram que cerca de 99,7% dos casos de CCU são atribuídos à presença do HPV (BEZERRA, 2018; HARDEN; MUNGER, 2017).

A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunização do Brasil foi iniciada em 2014 para o público de meninas de 11 a 13 anos; uma medida de prevenção que poderá alterar as perspectivas futuras para a incidência e a mortalidade pelo CCU no Brasil, através do controle desse tipo de câncer (BARBOSA, 2017). Atualmente, o público foi expandido para meninas de 9 a 14 anos e para meninos de 11 a 14 anos, em duas doses, com intervalo de seis meses entre elas. Em pessoas portadoras do vírus HIV, naquelas submetidas a transplante de órgãos

sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos a vacina está indicada de 9 a 26 anos de idade, com orientação de três doses (BRASIL, 2014).

A cobertura vacinal contra o HPV, no Brasil, não tem atingido o objetivo esperado. No ano de 2014, o primeiro do programa vacinal para as adolescentes do sexo feminino, houve uma boa cobertura no país, na primeira dose (108,63%). Contudo, na segunda dose a cobertura foi bem abaixo do recomendado (64,63%) pelo Ministério da Saúde (DATASUS). As informações sobre a cobertura vacinal em Teresina foram inferiores à visualizada no País, em 2014: cobertura de 46,27% na primeira dose e 29,54% na segunda. Os dados referentes a 2019 apresentaram uma queda drástica, com cobertura de 6% na primeira dose e 5,53% na segunda (DATASUS). Dados estes que possivelmente não gerariam nenhum impacto na prevenção do CCU.

O impacto da vacinação no CCU só será visível quando as primeiras coortes de meninas vacinadas na pré-adolescência atingirem a idade para início da triagem deste tipo de câncer, aproximadamente entre 2020 e 2025, em países que adotaram a vacinação em 2007 e obtiveram cobertura vacinal rapidamente superior a 50%. Em 2018, 79 países já tinham introduzido a vacinação de HPV, porém com coberturas variáveis, como exemplo a França, onde esta cobertura não excedeu 25%, em 2019 (SAGE; COHEN, 2020).

Um dos principais obstáculos à vacinação é o custo de sua implementação. Contudo, Medeiros et al. (2020) demonstraram que a estratégia é rentável, quando considerado o impacto econômico das doenças causadas pelo vírus. A eficácia da vacina também depende do acesso e aceitação dos responsáveis, devido à crença cultural e à estigmatização do HPV como uma infecção sexualmente transmissível.

O método de prevenção secundária é o exame de Papanicolau, considerado a estratégia mais importante para o rastreamento do CCU. Consiste na detecção precoce da invasão neoplásica e suas lesões precursoras por meio da análise citológica periódica do esfregaço obtido pela coleta (GOMES, 2012). Atingir alta cobertura no rastreamento na população-alvo (25 a 64 anos) é o componente essencial, no âmbito da atenção primária, para uma significativa redução da incidência e da mortalidade por CCU. Este rastreamento deve cobrir 85% das mulheres (BRASIL, 2016; BARBOSA, 2017).

Estudos demonstram que ainda existe baixa cobertura no rastreamento do CCU e, entre as razões apontadas estão as dificuldades de acesso e acolhimento enfrentadas pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, nem sempre aberta e coincidente com a disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher a individualidade de cada uma, bem como por uma busca ativa insuficiente (BOTTARI; VASCONCELOS; MENDONÇA, 2008; BRITO et al., 2014; BEZERRA, 2018). As questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros, também constituem fatores importantes para a não realização do exame (DUAVY et al., 2007).

Segundo Souza e Amorim (2011), o CCU é uma doença centrada na desigualdade de gênero, com forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Essa relação de subordinação feminina em relação aos homens constitui a base do poder da cultura machista sobre as mulheres.

Nesse contexto, é imprescindível que a formulação de políticas públicas para a saúde das mulheres aborde a questão de gênero. Caso contrário, há o risco de diminuir a eficácia dos serviços de saúde no rastreamento e controle do CCU (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

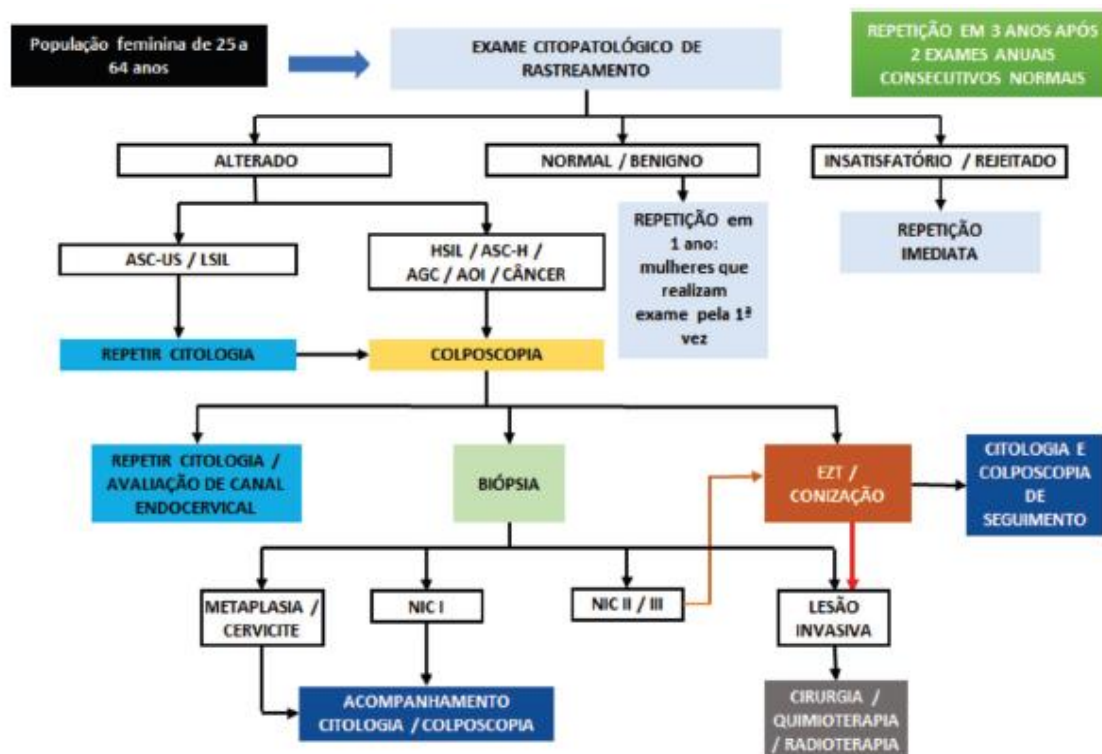
O rastreamento e o tratamento de mulheres com CCU envolvem profissionais dos três níveis assistenciais da rede. A atenção primária tem importante papel na ampliação do rastreamento e no seguimento terapêutico das mulheres com os demais níveis de atenção (INCA, 2017).

No intuito de fortalecer a rede de atenção ao câncer, foi instituída a Portaria 874/2013, que dispõe sobre a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

De modo geral, o fluxo de encaminhamento e a continuidade da atenção necessária para garantir a integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RASs) para o controle do CCU dependem de planejamento, organização e decisões dos gestores locais do SUS e de suas equipes técnicas.

O modelo da linha de cuidado para o controle do CCU construído pelo INCA (2019) inclui desde o número de mulheres a serem rastreadas com a citologia até o encaminhamento para tratamento em unidades habilitadas (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma dos procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero.



Fonte: INCA, 2019.

As linhas de cuidado estabelecem o caminho que deve ser percorrido pelo paciente durante a assistência, estruturada em evidências científicas com critérios epidemiológicos e de regionalização para um melhor resultado clínico. A linha de cuidados do CCU tem como objetivo garantir o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados. É baseada nas diretrizes de prevenção e detecção precoce, no Programa Nacional de Qualidade da Citologia, no acesso à confirmação diagnóstica e no tratamento adequado em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Em 2013, foi instituída a Portaria/MS nº 874 que regulamenta a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e define a necessidade de se garantir o cuidado integral ao usuário na RAS, de forma regionalizada e descentralizada. A portaria estabelece que o tratamento do câncer será realizado em estabelecimentos

de saúde habilitados com Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou com Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2013).

Os estabelecimentos de saúde habilitados como Unacon devem realizar o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres com alta prevalência, enquanto os habilitados como Cacon devem realizar o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantil (BRASIL, 2014).

Para o controle adequado do CCU na RAS é fundamental que os gestores e profissionais conheçam os recursos necessários para cada etapa da linha do cuidado.

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A origem das RASs não é nova, data da década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate sobre mudanças no sistema de proteção social daquele País. Neste documento, consta a primeira proposta para organizar os serviços de saúde por meio de um sistema regionalizado que atendesse às necessidades da população, de forma eficaz (OPAS, 2011).

A organização em redes teve origem na necessidade de garantir acesso com equidade a toda população. Para tal, seria preciso concentrar serviços e organizar métodos para referência, baseados na regionalização em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na perspectiva da organização de serviços, o relatório Dawson aborda os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil, a ideia de rede surge historicamente nas propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MAGAÑES JUNIOR, 2014), e está inscrita na Constituição Federal de 1988, no seu art. 198, quando expõe que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema. Porém, apenas em 2010, após a publicação da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro (BRASIL, 2010), foram

estabelecidas as diretrizes para a organização das RASs e os debates sobre o tema foram intensificados. Pouco tempo depois, o Decreto Presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), aponta os planos operativos das RASs.

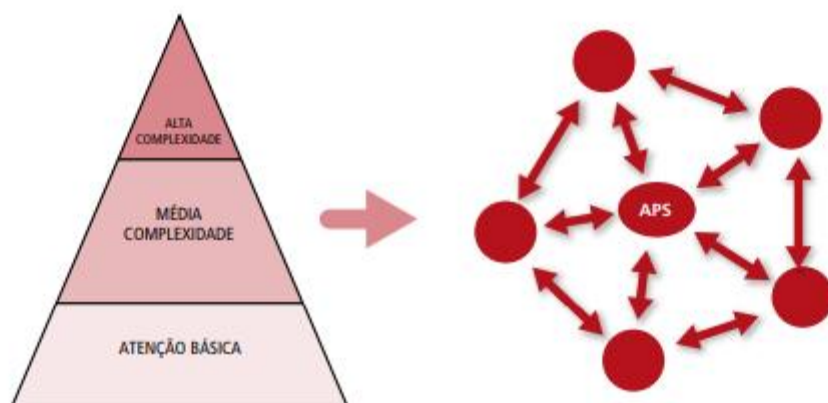
Embora sejam incontestáveis os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (MENDES, 2010).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam isoladamente e sem comunicação, consideram apenas um ponto da atenção, não têm capacidade para prestar uma assistência contínua à população. Neles, a APS não se comunica com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis não se comunicam com a atenção terciária nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a APS não pode exercer seu papel de coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

A estrutura do sistema de saúde na visão hierarquizada é definida por níveis de complexidade crescente, estabelece ordem e grau de importância entre esses níveis, organizados em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Ela se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, quando estabelece que a APS é menos complexa que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito pode levar a uma desvalorização da APS e a uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são realizadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (KUSCHUNIR; CHORNY, 2010).

Mendes (2011) considera a mudança dos sistemas piramidal e hierárquico para as RASs e as conceitua como organizações poliárquicas de serviços de saúde com um único objetivo, que permite ofertar atenção contínua e integral, estando a Atenção Primária como centro comunicador (Figura 3).

Figura 3 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção.



Fonte: Mendes, 2011.

Estudos apontam que estruturar sistemas em redes é a melhor forma para alcançar a integralidade, a fim de superar a fragmentação da atenção, constituindo um instrumento para ampliação do acesso e diminuição da desigualdade (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; VIANA et al., 2018).

Na rede tem que haver cooperação e coordenação compartilhada, todos colaboram e atuam com o mesmo objetivo final, no sentido de ligação e união dos serviços, porém, é necessário que existam elementos que deem sentido às ações e processos (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Para Mendes (2010), os elementos que constituem as redes de atenção à saúde são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. O autor considera que a população é o elemento central dessa rede e suas necessidades devem ser identificadas pela APS, devido ao seu conhecimento do território e vínculo com a comunidade. Para Viana et al. (2018), as necessidades do paciente, que definem a urgência, gravidade e complexidade do tratamento, fazem com que esse usuário busque maneiras diversas para acessar os serviços de saúde. Neste caso, a APS não teria controle sobre as necessidades dos usuários.

O segundo elemento da rede é a estrutura operacional, representada pela APS, os níveis secundário e terciário, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. O terceiro e último elemento é representado pelo modelo de atenção.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p.209).

Além de integrar os diferentes níveis de atenção, a implantação das RASs leva ao fortalecimento da APS, considerada o centro de comunicação da rede, o primeiro nível de atenção responsável por realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede (BRASIL, 2011).

No processo de implantação das RASs é importante observar os seguintes aspectos: definir a população e o território, realizar o diagnóstico situacional, criar imagem-objetivo para superar os espaços vazios assistenciais, planejar a efetiva necessidade do usuário, criar um sistema logístico e de suporte, investir nas pessoas/equipes, criar um sistema de regulação e governança para funcionamento da rede e contar com financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014).

Tendo em vista a Região de Saúde como base territorial e a APS como o centro da comunicação e articulação, as RASs podem ser organizadas em temas da atenção, que têm peculiaridades no modo de organizar o cuidado. Essa forma de organização é chamada de redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Para Chueiri et al. (2014), redes temáticas não significam a mesma coisa que as RASs, pois se configuram pela organização da atenção por meio de redes para subpopulações e/ou temas específicos e não para o sistema como um todo. Porém, se assemelham em vários aspectos, principalmente no vínculo entre serviços e no fortalecimento da APS. A ideia principal é sugerir temas para organizar o conjunto das RASs. Como exemplo de temas, temos: Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

A organização das RASs é um procedimento necessário para a efetivação da integralidade do cuidado e representa um grande desafio para o SUS (PERONI,

2013). A efetivação das RASs demanda uma APS robusta, capaz de coordenar o percurso do usuário pelos diferentes pontos de cuidado, facilitando a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportuno (CECÍLIO et al., 2012; VIANA et al., 2018).

2.3 COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco determinante para a APS, caracterizado como uma política para a reorganização da atenção à saúde implementada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CECÍLIO et al., 2012; MELO et al., 2018).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada o modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS que apresenta o melhor resultado na saúde da população. Uma APS forte se caracteriza por um primeiro nível assistencial com capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade (ALMEIDA *et al.*, 2011; MACINKO; MENDONÇA, 2018). Dados de 2019 do Ministério da Saúde indicam que o Brasil tem uma cobertura de Equipe de Saúde da Família (EqSF) de 64,47% da população brasileira. Para Macinko e Mendonça (2018), modelos de atenção que apresentam melhores resultados na saúde da população são aqueles que têm a APS no centro de sua organização.

A atenção primária é mais eficaz quando sua centralidade está na pessoa, por meio da geração de vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde durante o curso da vida: é capaz de identificar seus problemas e necessidades, com um diagnóstico mais preciso, ocorre menos hospitalizações com custos gerais mais baixos, melhor prevenção de alguns tipos de doenças e aumento da satisfação do usuário (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A atenção primária é condicionante da dinâmica regional da saúde, assumida como o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das RASs (CECÍLIO et al., 2012), vista como principal porta de entrada do sistema e provedora da atenção, assumindo a coordenação do cuidado (FAUSTO et al., 2018).

Starfield (2002) destaca a coordenação do cuidado como um dos quatro atributos da APS, acompanhada pelo primeiro contato, a longitudinalidade e a

integralidade. Este atributo harmoniza as ações e esforços comuns e é por ela que se ordenam os fluxos e os contra-fluxos nos diversos níveis da RAS.

A coordenação do cuidado pela APS promove melhorias na qualidade da assistência, uma vez que reduz as barreiras de acesso a todos os níveis de atenção (ALMEIDA et al., 2018).

As discussões sobre a coordenação do cuidado surgem da ideia do cuidado humanizado, centralizado e contínuo. Cuidado como uma função que deve perpassar por todas as categorias profissionais enquadradas no ramo da saúde; logo, todas devem ter o cuidado como objeto de sua prática, levando em consideração que o significado da expressão “deter saúde” depende de condições políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas, que podem reconfigurar o que se entende por objeto da prática profissional de cada categoria (CARNUT, 2017; FAUSTO et al., 2018).

O cuidado emerge como categoria central na prática de quaisquer profissionais de saúde, exigindo, assim, que todos aqueles que se dedicam à área compreendam seus elementos constitutivos (CARNUT, 2017; FAUSTO et al., 2018).

Nas organizações de saúde em geral, o cuidado, por sua natureza, é necessariamente multidisciplinar, depende da associação do trabalho de vários profissionais. O cuidado recebido pelo indivíduo é o somatório de cuidados realizados por vários cuidadores que circulam nos serviços de saúde. O cuidado à saúde dispensado pelas equipes pode ser decomposto em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes, conforme o modelo de atenção e de gestão de produção do cuidado. Um dos grandes desafios do trabalho em saúde é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado, de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Dentre alguns conceitos para coordenação do cuidado destaca-se o de McDonald et al. (2014), que o consideram como uma organização deliberada de atividades de atendimento ao paciente que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/sistema de saúde) e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado. A coordenação do cuidado está no centro desse processo, interligando recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros. É a troca de informações entre os participantes responsáveis por diferentes aspectos do atendimento.

Coordenação do cuidado pode ser definida como um processo que visa integrar as ações e serviços de saúde nos distintos níveis de atenção. Os profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre os usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral (ALELUIA et al., 2017).

Para Gittel (2000), a coordenação do cuidado tem a ver com solucionar problemas de comunicação para compartilhar informações e conhecimentos entre os profissionais envolvidos na assistência.

Quanto maior o número de serviços envolvidos no cuidado e mais complexa a intervenção para a resolução de determinado problema, maior o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado, como no caso das condições crônicas, que exigem o uso simultâneo de diversos serviços (MCDONALD et al., 2014).

A coordenação do cuidado não pode ser considerada algo estático; pelo contrário, para que seja efetiva, precisa ter uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema, bem como às características singulares dos grupos e indivíduos. Portanto, necessita de redes dinâmicas, que exigem cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos (ALMEIDA et al., 2016).

Para Bousquat et al. (2017), a coordenação do cuidado apresenta forte associação com a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade da atenção, satisfação do usuário, melhor utilização dos recursos, além de impactos positivos na saúde da população.

O melhor modelo de coordenação do cuidado deve ser ajustado em função das necessidades do usuário e o contexto dos sistemas de saúde, com suas distintas competências e formas de organização, incluindo o grau de participação da Atenção Primária, o que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações (CECÍLIO et al., 2012; ALMEIDA et al., 2018).

A coordenação do cuidado pode ser classificada em função dos níveis de integração do sistema de saúde, em: coordenação horizontal e vertical. A

coordenação é horizontal, quando acontece no mesmo nível de atenção, e vertical, quando acontece em distintos níveis do sistema (ALMEIDA et al., 2018).

A coordenação do cuidado se apoia em três pilares: a coordenação da informação, que compreende as diversas ações que garantem que as informações sobre o usuário estejam disponíveis em todos os pontos da atenção e para todos os profissionais envolvidos; a coordenação clínica, parte de uma APS robusta e fortalecida, que permite a provisão do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção; a coordenação administrativa/organizacional, correspondendo aos fluxos e processos organizativos da RAS, que permitem a integração entre os distintos níveis do sistema de saúde (FAUSTO et al., 2018).

Apesar do papel da APS como centro de comunicação da rede de atenção à saúde, alguns trabalhos apontam fragilidades na capacidade de ofertar uma atenção integral e coordenada, caracterizadas pela fragmentação entre níveis e pouco comprometimento com o trabalho em rede (CECÍLIO et al., 2012; ALELUIA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2018). Essa fragmentação afeta diretamente a experiência do usuário em seus percursos assistenciais com cuidados descontinuados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a coordenação do cuidado da APS na rede de atenção ao CCU em uma capital do Nordeste brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender os fluxos de referência e contrarreferência da rede de atenção ao CCU a partir da APS;

Identificar as principais dificuldades e facilidades da APS em realizar a coordenação do cuidado na perspectiva dos profissionais e gestores.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa. A escolha pelo estudo de caso se justifica por corresponder ao método preferencial quando se deseja descrever de maneira ampla e profunda fenômenos contemporâneos no seu contexto real e quando haja a possibilidade de não serem claramente evidentes os limites entre o fenômeno e o contexto (YIN, 2015).

A pesquisa qualitativa vem sendo utilizada de maneira crescente em estudos sobre organização de serviços e políticas de saúde, assim como na avaliação de reformas e mudanças organizacionais, em relação à oferta de tais serviços, do ponto de vista de usuários, profissionais e gestores (POPE; MAYS, 2009). De acordo com Minayo (2014), a pesquisa qualitativa permite explorar uma realidade por meio do aprofundamento de significados, atitudes, crenças, valores e relações humanas.

4.2 SOBRE O HISTÓRICO DA PESQUISA

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, tendo como subprojeto: “Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade, utilizando a rede de atenção às doenças e condições crônicas, com ênfase no câncer do colo do útero em regiões de saúde do Nordeste brasileiro”.

Teve como participantes uma equipe de pesquisadores do campo das ciências da saúde e humanas de diferentes grupos de pesquisa, permitindo a contribuição de diferentes *experts* na coleta dos dados.

Após as coletas, foi realizado o registro em uma base de dados qualitativos, o que tem permitido a realização de vários estudos acadêmicos, por pesquisadores e seus orientandos, das várias instituições envolvidas com o projeto de pesquisa.

4.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas capitais da Região Nordeste do Brasil, com população estimada de 12.433.803 habitantes (IBGE, 2018): São Luís (MA), Teresina

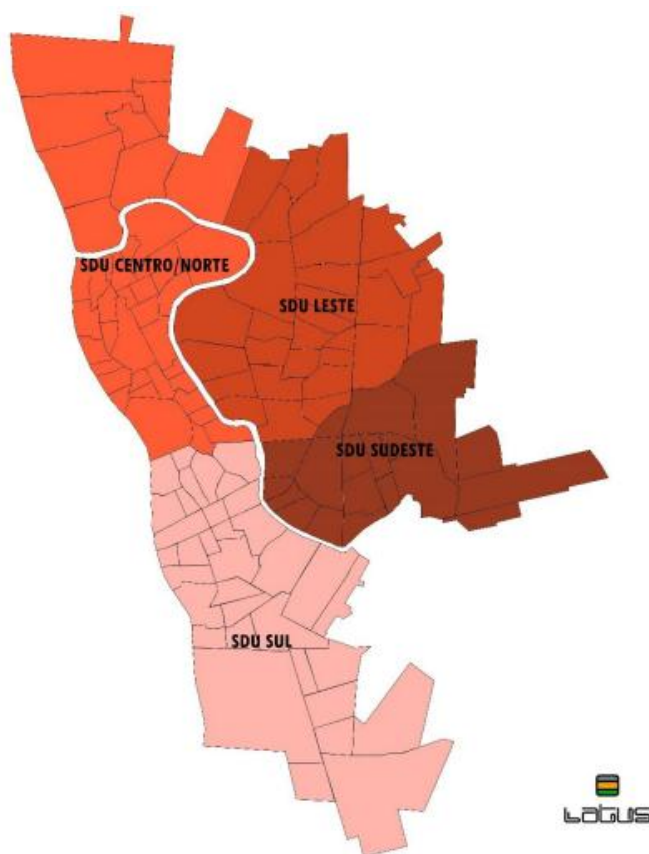
(PI), Fortaleza (CE), Natal (RN), João Pessoa (PB), Recife (PE), Maceió (AL), Aracajú (SE) e Salvador (BA).

A escolha da Região Nordeste se justifica pelo cenário de altas taxas de morbimortalidade por CCU. Neste estudo foi explorada a realidade da capital do Piauí (Teresina).

Teresina ocupa uma área de 1.392 Km² e sua população, em 2016, era de 874.430 habitantes. Localizada na mesorregião do centro-norte do Piauí, faz divisa territorial com dez municípios piauienses e um município do Estado do Maranhão. Na zona urbana reside 94,3% da população, correspondendo a 25,5% do total da população do Estado, com predominância de mulheres (53,2%) (IBGE, 2010).

Para facilitar a administração pública da cidade, Teresina é subdividida em cinco áreas de ação da prefeitura, sendo quatro urbanas, denominadas Superintendência de Desenvolvimento Urbano (SDU). De acordo com a Secretaria Municipal de Planejamento (2019) a descentralização facilitou a identificação das peculiaridades de cada área e as respectivas demandas (Figura 4).

Figura 4 - Mapa de Teresina, com divisão territorial, 2016.



Fonte: Semplan, 2019.

A seleção deste município considerou o fato de o mesmo apresentar uma cobertura superior a 90%, no que se refere à Estratégia Saúde da Família como modelo preferencial para a organização da atenção básica. Partiu-se da premissa de que a APS é um dos condicionantes da dinâmica regional de saúde, essencial para a conformação das redes de saúde (BOUSQUAT, 2017).

Para o estudo, foi escolhida a Unidade de Saúde da Família (USF) que realizou o maior número de citologias no período da entrevista, por refletir maior possibilidade de oferta e, conseqüentemente, maior cobertura das atividades para a traçadora escolhida.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram médicos e/ou enfermeiros da atenção primária e representantes da gestão municipal. A escolha dos profissionais da EqSF foi decidida entre aqueles que estavam disponíveis para participar da pesquisa no momento da entrevista e que tinham a indicação de ser o profissional que mais realizava procedimentos de promoção e prevenção do CCU. Em relação aos representantes da gestão, foram escolhidos aqueles que atuavam em setores diretamente relacionados ao objeto do estudo.

Por questões éticas, preservamos o anonimato dos participantes e não especificamos os setores-chave da gestão escolhidos, a fim de evitar sua identificação.

4.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de dados ocorreu em julho de 2016. Foi realizada análise documental, a partir de documentos da Fundação Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, com banco de dados do TABNET/Siscan (Quadro 2). O material analisado corresponde a publicação aberta, disponível em formato de arquivo eletrônico, acessível a qualquer interessado.

Quadro 2 - Documentos selecionados para a pesquisa

Documento	Instância	Período
Plano Municipal intersetorial para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Municipal	2013 – 2017
Relatório anual de atividades	Municipal	2016
Guia de atenção básica da Fundação Municipal de Saúde	Municipal	2016
I Plano Municipal de Políticas para Mulheres	Municipal	2015 – 2019
Plano Municipal de Saúde	Municipal	2018 – 2021
Plano Estadual de Saúde	Estado	2016 – 2019
Parâmetros Técnicos para rastreamento do câncer do colo do útero – Inca	Federal	2019

Fonte: O autor.

Foram realizadas entrevistas abertas, possibilitando aos entrevistados falar livremente sobre o tema abordado. Antes da entrevista foi entregue ao participante um termo de consentimento, atendendo às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para pesquisas. No início de cada entrevista, os pesquisadores apresentavam gráficos elaborados com dados de incidência e prevalência do CCU na capital, possibilitando a abertura do diálogo acerca do cenário a ser estudado.

O registro das entrevistas foi feito por meio de gravações em áudio, com prévia autorização verbal dos participantes e anotações escritas durante e após a coleta.

O uso de múltiplas fontes de evidência na pesquisa tipo estudo de caso, como exemplo, a utilização de documentos, ajuda a reforçar a análise (Yin, 2015). Para Flick (2009), a análise de documentos não deve ser utilizada para validar as afirmações obtidas na entrevista, e, sim, para contextualizar as informações.

4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Na pesquisa documental buscou-se verificar ações, estratégias e direcionamento do enfrentamento do CCU no município, mediante levantamento dos procedimentos e serviços de atenção à saúde às mulheres com lesão de alto grau e CCU, no ano de 2016. As informações foram obtidas por meio de consulta ao CNES e Tabnet/Siscan.

Os dados numéricos foram inseridos em planilha dinâmica do Inca, considerando os parâmetros técnicos para rastreamento do CCU (Inca, 2019) para cálculo de necessidades anuais, em dois cenários: o primeiro, com a cobertura de 100% da população-alvo feminina (mulheres de 25 a 64 anos; o segundo, com o total de mulheres que não possuem cobertura de saúde suplementar (SSUP).

Os resultados foram organizados em quadros, com a estimativa da necessidade dos procedimentos da linha de cuidados do CCU e a quantidade de procedimentos realizados em 2016, pelas mulheres residentes no município em estudo.

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Para Flick (2013), a análise de conteúdo é um procedimento clássico que pode analisar qualquer texto e informações de entrevistas. Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras, de modo a identificar o real significado.

O objetivo principal da análise de conteúdo é interpretar o significado das falas dos sujeitos da pesquisa e classificar os textos em um sistema de categorias (FLICK, 2013). A técnica utilizada foi a temática que, para Minayo (2014), é uma das melhores opções de análise de conteúdo para pesquisas qualitativas na área de saúde. Fazer uma análise temática baseia-se em expor os núcleos de sentido que compõem o texto (BARDIN, 2016).

Seguindo as etapas para a análise de conteúdo, foi realizada leitura “flutuante” das entrevistas, considerada a primeira atividade da pré-análise, com o objetivo de conhecer o texto e as mensagens nele contidas. Em seguida, foi realizada a exploração do material para a definição dos temas e suas respectivas categorias (BARDIN, 2016). Para garantir o anonimato dos entrevistados foram utilizadas letras: P, para identificar os profissionais e G, para identificar os gestores.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme especificado no item 4,2, este trabalho está vinculado ao projeto: “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo.”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit N 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde: conhecimento para efetivação do direito universal à saúde), aprovado no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de protocolo CAAE 30694814.1.0000.5208 (Anexo A);

Cabe salientar que, para preservar a identidade dos participantes foi assegurado seu anonimato. Ainda, com relação ao material resultante da coleta de dados, destaca-se que o mesmo está de posse da coordenadora da pesquisa, compondo o banco de dados qualitativo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico será apresentado em dois blocos. O primeiro irá contemplar os dados obtidos a partir da análise documental e o segundo, os resultados obtidos com as entrevistas.

Identificar a oferta e a organização dos serviços na rede de atenção ao CCU é essencial para compreender as desigualdades de acesso, bem como a qualidade da assistência às mulheres com diagnóstico desta patologia (RIBEIRO et al., 2018).

Bloco 1: Análise Documental

A APS no município de Teresina/PI tem como marco o ano de 1997, quando a Fundação Municipal de Saúde (FMS) iniciou a implantação da ESF. Inicialmente foram estabelecidas três equipes em áreas de extrema vulnerabilidade. Com a força dos movimentos sociais locais em defesa da ESF e de sua expansão, após dois anos, foram instauradas mais 40 equipes, contemplando 33.717 famílias, em 125 vilas e favelas urbanas e 26 comunidades rurais, correspondendo a 25% do total de famílias residentes na capital (GIOVANELLA; ALMEIDA; FACCHINI, 2019). Em 2016, o município apresentou uma cobertura de 92,04% da ESF, com 89 Unidades Básicas de Saúde. Destas, 15 eram Unidades Rurais, com um total de 262 EqSFs, para uma população estimada, em 2016, em 847.430 (PMS - Teresina, 2017).

Quanto à atenção especializada, Teresina dispõe de uma central de regulação, que recebe as demandas informatizadas e realiza a marcação para unidades próprias, unidades de gestão estadual, federal e conveniada. A maior parte dessa demanda é atendida em unidades municipais, como o Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo e Unidades Mistas (PMS - Teresina, 2017).

Atualmente, no Brasil, existem 288 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia (BRASIL, 2019). No Piauí, em 2016, existiam duas unidades de referência para tratamento do câncer, um Cacon, na capital, e um Unacon, em Parnaíba (Quadro 3) (BRASIL, 2014).

Quadro 3 - Estabelecimento de saúde habilitado como Cacon no Município de Teresina, em 2016.

ESTABELECIMENTO	TIPO DE HABILITAÇÃO	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA JURÍDICA
Hospital São Marcos/Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia com serviço de oncologia pediátrica	Municipal	Entidades sem fins lucrativos

Fonte: Anexo I da Portaria SAES/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014

A Portaria/MS 140/2014 definiu o quantitativo de estabelecimentos de saúde necessários e habilitados como Cacon ou Unacon. Estabeleceu a razão de um serviço para cada quinhentos mil habitantes (BRASIL, 2014). Ao analisar os parâmetros definidos nessa portaria constata-se que, em Teresina, existe uma quantidade adequada para sua população. Porém, este número é insuficiente para a demanda, vez que pessoas de outros municípios procuram atendimento nesta unidade, o que justifica a sobrecarga de usuários na capital, para atendimento do nível terciário, como referido na entrevista.

Os resultados dos procedimentos realizados na linha de cuidado do CCU são apresentados no Quadro 4. O cálculo de necessidades tem como objetivo auxiliar os gestores no planejamento das ações (INCA, 2019).

Quadro 4 - Procedimentos necessários x procedimentos realizados. Teresina/PI. 2016

Procedimentos diagnósticos para a Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero segundo a população feminina no Brasil.										
Local: Teresina			Ano: 2016							
CÓDIGOS	POPULAÇÃO FEMININA de 25 a 64 anos			Nº de procedimentos necessários ¹		Nº de procedimentos realizados ²	Diferença entre procedimentos necessários e realizados ² Nº		Diferença entre procedimentos necessários e realizados ² %	
	População total fem. de 25 a 64 anos ^{1a}	Percentual da população fem. de 25 a 64 anos com SSUP ^{1b}	População fem. de 25 a 64 anos sem SSUP							
	231666	30	162.166	Para 100% da população alvo	Para população alvo SUS dependente (excluídas usuárias da SSUP)	Procedimentos registrados no SIA/SIH*/DATASUS na População fem. de 25 a 64 anos	Para 100% da população alvo	Para população alvo SUS dependente (excluídas usuárias da SSUP)	Para 100% da população alvo	Para população alvo SUS dependente (excluídas usuárias da SSUP)
	PROCEDIMENTOS		PARÂMETROS							
0203010086	Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora-rastreamento		39,80%	92.203	64.542	263	-91.940	-64.279	-99,7	-99,6
0203010019	Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora		4,30%	9.962	6.973	18.706	8.744	11.733	87,8	168,3
0211040029	Colposcopia		1,90%	4.402	3.081	2.621	-1.781	-460	-40,5	-14,9
0201010666	Biópsia do colo uterino		0,28%	637	446	577	-60	131	-9,5	29,3
0409060089	Excisão tipo 1 do colo uterino		0,24%	546	382	31	-515	-351	-94,3	-91,9
0409060305	Excisão tipo 2 do colo uterino		0,04%	85	59	0	-85	-59	-100,0	-100,0
0409060038	Excisão tipo 3 do colo uterino (conização)		0,24%	546	382	0	-546	-382	-100,0	-100,0
0203020081	Exame anatomopatológico do colo uterino - biópsia		0,28%	637	446	662	25	216	3,9	48,4
0203020022	Exame anatomopatológico do colo uterino - peça cirúrgica		0,51%	1.184	829	4	-1.180	-825	-99,7	-99,5
Transferência para centro especializado			0,04%	91	64	0	-91	-64	-100,0	-100,0

Fonte: O autor (Com base em dados do Inca).

O quadro 4 apresenta os procedimentos diagnósticos necessários da linha de cuidado do CCU comparados com os realizados, em mulheres residentes em Teresina, no ano de 2016. A análise das informações registradas identifica um possível erro de registro dos procedimentos. A citologia de rastreamento deveria ser maior do que o exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora, o que pode ser justificado pelo não conhecimento do profissional que realiza a citologia quanto ao preenchimento adequado da ficha de citologia, no que se refere ao motivo para a realização do exame.

O exame de citologia é escolhido, atualmente, para o rastreamento do CCU em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (INCA, 2020). Em 2016, período do estudo, foram registrados, no DATASUS, 24.769 citologias, sendo 18.942 realizadas em mulheres na faixa etária preconizada para o rastreamento, correspondendo a 76% do total, o que corresponde a uma cobertura de 18% na população-alvo. Uma cobertura abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (80%), com déficit de 82% (Gráfico 1). Vale salientar que este é o maior déficit encontrado em toda a Região Nordeste (59,5%) (RIBEIRO et al., 2018). Estes dados significam que o município não consegue gerar um impacto significativo na morbimortalidade do CCU.

A baixa cobertura pode ser justificada pela forma de acesso à realização do exame e uma busca ativa insuficiente pela Atenção Primária à Saúde, itens que serão discutidos posteriormente, na análise de conteúdo das entrevistas.

Seguindo o percurso da linha de cuidado, verificamos que a colposcopia apresentou 55% de cobertura. Uma baixa cobertura que pode decorrer do escasso conhecimento dos profissionais sobre as condutas de seguimento, e não da dificuldade de encaminhamento para a especialidade, uma vez que, nas entrevistas, é relatada a facilidade de acesso para a atenção secundária. Já em relação à biópsia, foram realizadas 4% a mais do que o necessário.

Assim, a biópsia foi o procedimento de maior excesso de produção, diferente do encontrado no estudo de Ribeiro et al. (2018), no qual a biópsia foi o procedimento com maior déficit em todas as regiões do Brasil. Condutas em desacordo com recomendações do Ministério da Saúde possivelmente justificam esses achados.

Dentre os procedimentos para tratamento de lesões precursoras, a excisão do colo uterino e conização foi o que apresentou maior déficit na linha de cuidado (94%). Com relação à excisão tipo 2 e 3 não foi informado o procedimento, o que deixa uma lacuna quanto ao tratamento dessas mulheres com exames alterados. Possíveis

explicações para esse achado podem ser a dificuldade no encaminhamento para a atenção secundária e terciária e uma falha no registro desse procedimento.

As entrevistas forneceram informações sobre os procedimentos e os fatores que influenciam na coordenação do cuidado pela equipe da APS, apresentadas pelas categorias de análise.

Bloco 2: Entrevistas

Burocratização do acesso na Atenção Primária à Saúde

As estratégias para a redução do CCU estão centradas no conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce. Esse papel estratégico ilustra a importância da EqSF como o primeiro acesso da mulher, mas depende de como essa atenção primária está estruturada. É por meio da EqSF que, na maioria das vezes, essas mulheres conseguem consultas, exames e procedimentos em serviços especializados, sendo essa a principal porta de entrada para as usuárias do SUS (FAUSTO et al., 2014).

Segundo Giovanella (2014), a Atenção Primária apenas terá condições de coordenar o cuidado e ordenar a rede se de fato constituir a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

As entrevistas realizadas apresentaram consenso entre a gestão e os profissionais, no que diz respeito ao fato de ser a APS o primeiro acesso das mulheres, considerado de acesso fácil e porta de entrada do sistema municipal.

P2 – O acesso aqui é livre e fácil, o que realmente, acho que o entrave é a questão da mulher não ser esclarecida, para perceber que ela precisa cuidar da sua saúde... o que elas querem fazer aqui, elas acham que é uma ultrassonografia transvaginal, [considera] a citologia como um exame simples...

G1 – Nossas Unidades Básicas de Saúde são 91, todas são estratégia de saúde da família, não temos mais aquela Unidade Básica Tradicional...a gente tem o agente de saúde, tem o enfermeiro, tem o médico, tem o odontólogo e esse é o pessoal que atua na periferia, nas buscas..., tanto na parte do rastreamento, quanto na parte de diagnóstico precoce.

Os profissionais entrevistados consideram o acesso para os atendimentos fácil, sem barreiras, e argumentam que a alta cobertura da atenção primária e o compromisso profissional são aspectos positivos para esse acesso, acreditam que o único entrave é a falta de compreensão da mulher quanto à importância do exame.

Entretanto, um entrevistado apontou um aspecto que burocratiza esse acesso:

P1 – A gente trabalha manhã e tarde, mas independente disso a gente já fazia a citologia né, uma vez por semana, porque a sala da citologia, ela não é exclusivamente para citologia, uma outra colega enfermeira ocupa. Então o horário que ela não está ocupando a gente reveza entre as enfermeiras da UBS para fazer a citologia.

A oferta da citologia, realizada apenas uma vez na semana, é encarada como uma barreira de acesso para as mulheres; por conseguinte, procurar outro serviço para a realização do exame pode ser a alternativa encontrada por elas, ou desistir, e apenas ir atrás da solução quando aparecerem os sintomas; e, com isso, o tratamento ficará mais difícil, com maior probabilidade de desfecho negativo.

Essa fragilidade no acesso à APS também é demonstrada em outros trabalhos qualitativos. A dificuldade de agendamento e a baixa flexibilidade na marcação das consultas contribuem para o retardo da citologia, o que colabora para que a atenção primária não seja a primeira opção na busca por cuidados para os sintomas do CCU (BRITO, 2013; SILVA, 2016).

A expansão das EqSFs foi a estratégia utilizada pela gestão municipal para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e para a organização da porta de entrada. Segundo Tomasi (2015), quando a cobertura de Saúde da Família chega aos 100% da população do município, independentemente do seu porte e nível de IDH, a qualidade das ações assistenciais e de prevenção se elevam a níveis mais satisfatórios.

Essa realidade não é identificada no município do estudo, ao se constatar uma cobertura de 27% no rastreamento do CCU, em 2019 (BRASIL, 2019). Este valor fica muito aquém do definido pelo Ministério da Saúde, que considera o ideal uma cobertura de 80%. Essa baixa cobertura pode ter como um dos determinantes a forma de acesso à realização do exame.

Com relação à organização da entrada das usuárias na APS, os entrevistados informam que é baseada na lógica da marcação de consulta, com agenda programada.

G1 – Acesso ao exame citológico é programática devido a gama enorme de serviços que a unidade básica tem. É um dia disso, um dia daquilo, então eles acabam estabelecendo um dia; então, cada equipe lá tem a sua programação e seu dia e eles agendam, fazem esse agendamento, a pessoa procura através da procura direta e faz o agendamento e faz a coleta.

G1 – Tem equipe que faz todas que aparecem, tem equipe que faz uma vez por semana. Na maioria das vezes é uma vez por semana. Eles juntam naquele dia e pegam aqueles grupos de pessoas.

Esta forma de trabalho, segundo Santos (2018), prioriza certos grupos populacionais, comprometendo o atendimento oportuno de situações episódicas e de indivíduos menos aderentes à USF.

Embora os profissionais e gestores afirmem que as equipes incorporaram o atendimento por agendamento, considerando-a a melhor forma para acesso das mulheres ao exame, alguns autores consideram esta forma de acesso como um aspecto que restringe o acesso (CECÍLIO et al., 2012); SANTOS, 2018).

O modo programático relatado na entrevista sugere que esta escolha teve como objetivo o controle do quantitativo dos atendimentos, pela grande demanda das equipes em todo o processo de trabalho da USF, e não o recrutamento e acompanhamento das mulheres na faixa etária prioritária para o rastreamento do CCU.

Segundo Teixeira (2018), no Brasil, o rastreamento ainda é oportunístico e a maioria das mulheres procuram os serviços de saúde por razões adversas à prevenção do CCU, bem como as equipes não têm controle da população rastreada, o que resulta em impacto limitado sobre a incidência e mortalidade por esse tipo de câncer.

Neste sentido, como indicam Ribeiro et al. (2018), adotar o rastreamento organizado do CCU facilitaria o monitoramento, avaliação e organização das ações de detecção precoce da doença, com uma melhor coordenação do cuidado.

Este modelo utilizado, que desequilibra a demanda programada e espontânea, fortalece o discurso de uma APS enfraquecida e contribui para o não reconhecimento, por parte dos usuários da USF como referência para o primeiro acesso ao cuidado (TESSER et al., 2018).

Ainda sobre a forma de acesso para a realização de citologia na APS, esta poderia ser mais qualificada se os processos de trabalho fossem articulados em conjunto pelos profissionais de saúde e a gestão. Ou seja, fosse realizada uma mudança organizacional do processo de cuidado, rompendo com as práticas tradicionais, o que demandaria o envolvimento da gestão (BRITO, 2013). Esta prática não é realizada no município estudado, como descrito na fala abaixo:

G6 – Tem a questão das autonomias das equipes, cada equipe tem sua programação semanal. Quanto a isso a gestão não interfere diretamente nesse sentido.

Merhy e Feuerwerker (2009) salientam que, no processo de trabalho das equipes pode ser utilizada como estratégia de gestão a educação permanente em saúde e o apoio matricial, com o objetivo de explicitar diferentes modos de compreender a realidade vivida e permitir a produção de novos pactos de organização do trabalho.

Uma potencialidade apresentada pelos profissionais e gestores, e que pode amenizar a burocratização do acesso, é a participação das/dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) no processo de trabalho da EqSF. O ACS faz parte da equipe multiprofissional e é membro essencial na realização da busca ativa das mulheres com alterações nos exames de citologia e daquelas que se encontram na faixa etária de risco para CCU, como pode ser constatado nos trechos de fala a seguir:

P1- O ACS procura, principalmente quando ela tem alguma alteração, porque geralmente a gente olha os exames quando chega na unidade básica de saúde. Se deu alguma alteração, a paciente não veio, o agente faz busca ativa dessa paciente.

P2– O agente de saúde sempre passa e a gente manda convocar, a gente é a referência delas, para saber o que foi feito com ela.

P2 – O primeiro passo são as pessoas, compromisso profissional ..., a gente tá sempre incentivando nossos agentes comunitários de saúde fazer a busca ativa dessas mulheres, principalmente nessa idade de 25 a 64 anos, que é nosso público-alvo o compromisso das pessoas, do profissional, ele faz o diferencial em todo lugar.

G1– Nossa forma de atuar aqui, ... detecção precoce e trabalha também, com rastreamento. O rastreamento é aquela busca das mulheres que não apresentam nenhum sintoma e estão naquela faixa de 24 a 64 anos e elas vão estimular a fazer o Papanicolau na unidade básica de saúde ... a gente trabalha com essa captação através do agente de saúde.

Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos, apontando a participação dos ACSs como estratégica para fortalecer a coordenação horizontal, com o papel de garantir o vínculo do usuário com a equipe de saúde, responsável por comunicá-la sobre os fluxos formais e informais percorridos pelos usuários na busca

pela resolução dos problemas de saúde, por meio das visitas domiciliares (ALELUIA, 2017; ALMEIDA et al., 2018).

A atuação do ACS é essencial para o rastreamento do CCU, a identificação da população-alvo e das mulheres que não realizaram o exame de citologia (GASPERIN et al., 2011; VALE et al., 2010).

Como pode ser observado, é possível minimizar a burocratização do acesso, ou seja, desburocratizá-lo, adotando estratégias para simplificar e agilizar os processos de trabalho das equipes, mecanismos para diminuir a rigidez das agendas e garantir maior rapidez e precisão na avaliação de riscos e vulnerabilidades (TESSER et al., 2018).

Baixa valorização da APS

De acordo com Mendes (2019), para a APS ser resolutiva precisa solucionar grandes problemas de saúde da população, acolher e responsabilizar-se pelas suas demandas. As entrevistas realizadas neste estudo com profissionais e gestores demonstram fragilidades nesse aspecto.

Os profissionais entrevistados, apesar de afirmarem que o acesso à APS é fácil e apresenta uma boa cobertura, ponderam que, para as mulheres, a unidade é um local para realização de exames simples e não resolutivo, e que, num serviço especializado, elas poderiam fazer exames mais detalhados e com melhor resolução.

P1 – Elas chegam aqui, querem fazer ultrassom, eu pergunto: “você já fez a prevenção”. Quando você me trouxer o resultado da prevenção, aí sim, se for necessário, a gente pede ultrassom” ... elas querem fazer ultrassom, valorizando o exame de imagem e não valorizando aqui, o citológico né ...

Esta afirmação é corroborada por Cecílio et al., (2012), afirmando que alguns usuários percebem a Atenção Primária como “lugar das coisas simples”, como complementar e subalterna aos serviços com maior complexidade tecnológica.

As considerações elencadas pela gestão, que justificam o reconhecimento insuficiente da APS, aparecem nas entrevistas seguintes.

G1 – Quando o Saúde da Família começou, foi a todo vapor, a gente tem notado é um certo desgaste desse modelo. A própria população vem se desgastando, consulta básica com o médico vem diminuindo...

G4 – A questão é: se o PSF funcionasse bem, à contento, esse controle de muitas doenças a gente ia ver a queda. Só a prevenção do câncer do colo, é pneumonia, é tudo, porque é lá onde eles viram acontecer.

G1 – O investimento na saúde não permite que os municípios aparelhem melhor esses lugares mais distantes, dê um diferencial desse pessoal, então o começo da estratégia saúde da família foi empolgante, todo mundo queria.

Nas falas dos gerentes é possível constatar a insatisfação com o papel das EqSFs quanto à resolatividade e ao baixo investimento na Atenção Primária.

Alguns estudos apontam dificuldades da EqSF para ser reconhecida e fortalecida. Não obstante o reconhecimento de seu papel na expansão da cobertura de serviços de APS, ela ainda não conseguiu ocupar o lugar de centro ordenador da rede de atenção à saúde e coordenação do cuidado, principalmente devido às limitadas condições estruturais dos serviços de atenção básica e à baixa capacidade de resolução (BOUSQUAT et al., 2017, ALMEIDA e SANTOS, 2016, FAUSTO et al., 2014).

O subfinanciamento também foi apontado pela gestão como uma dificuldade. Achado semelhante foi encontrado por Almeida e Santos (2016), que apontam essa questão como um obstáculo para que a APS se configure como uma prática robusta e resolativa.

O financiamento da Atenção Primária ocorre principalmente com recursos federais e municipais. Os estados, em geral, destinam pequena parte de seus recursos e há poucos registros de iniciativas complementares de incentivos financeiros voltados para tais ações (CASTRO et al. 2018).

Ao se tratar de repasse municipal, do total de investimento da saúde pública em 2016, Teresina participou com 34,7% do seu recurso próprio, sendo seus investimentos com a Atenção Primária de 7,63% e, com a atenção especializada, de 34,16%. Apesar de Teresina ser a capital que mais investiu na saúde pública em geral, em comparação com outras capitais do Nordeste, seu investimento com a Atenção Primária fica acima apenas de São Luiz e Salvador (BRASIL, 2019).

Esta realidade é de dimensão nacional, observada no estudo de Castro et al. (2018), que revelou, no período de 2005 a 2015, uma queda dos recursos destinados à APS nas despesas com saúde em âmbito municipal, apresentando uma variação de

38% para 35,9%, no período estudado. Dados que evidenciam a não priorização da APS por parte desses governos.

Não só no âmbito municipal, como também no nível federal o orçamento com APS fica aquém do desejável, seja pela insuficiência de recursos ou pela forma de repasse. Para Vasconcelos (2013), é necessário que o gestor federal reveja a vinculação das transferências e repense outras modalidades de repasse de recursos, a fim de reverter o subfinanciamento da Atenção Primária e garantir a equidade.

A preocupação recente está focada na Emenda Constitucional n.95/2016, que limita a expansão dos gastos públicos, a partir de 2017, pelos próximos vinte anos. Certamente, esta Emenda Constitucional constitui uma medida de austeridade que poderá levar à desestruturação do sistema público e privatização crescente da atenção à saúde (MENDES, 2016).

Mecanismo de acesso à Atenção Especializada satisfatório

No que se refere ao mecanismo de acesso e à disponibilidade na oferta de vagas para atenção especializada houve concordância, entre os entrevistados, quanto à facilidade para marcação de algumas especialidades.

P1 – A ginecologia aqui funciona muito rápido, tem especialidade que demora mais, a parte ginecológica é bem rápida. Tem muitas opções. É rápido, questão de 8 dias no máximo para conseguir uma consulta. O agendamento é online.

Em geral, o acesso a serviços especializados é um dos gargalos durante o percurso terapêutico dos pacientes, o que compromete a continuidade do cuidado e a realização de busca ativa dos usuários com exames alterados (VENÂNCIO *et al.*, 2016; ALELUIA *et al.*, 2017; BOUSQUAT *et al.*, 2017). Em contraposição, Brito (2013) identificou facilidades no acesso a serviços especializados, bem como nos oferecidos no município objeto deste estudo. Venâncio *et al.*, e Bousquat *et al.*

A marcação para atenção especializada é realizada pela própria equipe da atenção primária, o que, em teoria, como refere Giovanella (2014), indica responsabilização das equipes pela garantia da continuidade do cuidado. Entretanto, o processo de regulação ainda é coordenado pelos gestores, o que também foi observado por Almeida *et al.* (2010).

Como referem Peiter et al. (2016), a APS deve estar integrada ao serviço de regulação, permitindo o fortalecimento dos recursos disponíveis para a atenção integral do usuário.

Um aspecto referido na entrevista como facilitador do acesso às consultas especializadas foi a forma de marcação informatizada, com utilização do sistema gestor, gerenciado pela regulação municipal. Esta marcação é realizada na própria USF onde a usuária teve o atendimento.

G1 – A gente tem um sistema, é um sistema gestor, um sistema de referência para os casos confirmados. Quando faz o diagnóstico de câncer, você tem um sistema de referência que é encaminhada via sistema institucionalizado, a pessoa não sai em busca. Lá na própria unidade de saúde ela acessa um sistema de informação via internet. Recebe uma guia e faz a consulta com o especialista.

G3- Tem vaga no sistema de saúde e você reserva na agenda da regulação. Então ela faz colposcopia, ela faz biopsia. Não é porta aberta, é regulado. Se for precisar de tratamento, o profissional faz a regulação, a coordenação da unidade básica faz o encaminhamento.

Implantar um sistema informatizado para acesso à marcação de exames e consultas possibilita melhora no monitoramento das filas, no tempo de espera e no controle da agenda de marcação, além do encaminhamento oportuno entre serviços da rede. Porém, a garantia do agendamento nem sempre gera maior agilidade de atendimento (GIOVANELLA, 2014).

Apesar da facilidade do agendamento à atenção especializada, não há garantia de atendimento em tempo oportuno, pois depende do quantitativo das vagas disponíveis, como observado nas entrevistas.

G5 – O paciente que precisa de uma consulta, nós dividimos em duas vezes, primeira vez e consulta de seguimento. Primeira vez qualquer paciente que tenha uma suspeita, ou que seja confirmado, ele consegue facilmente, porque não tem fila de espera para ela. Seguimento, vai depender da capacidade do hospital, porque ele como CACON, ele tem que oferecer todas as especialidades.

G3 – Eu tenho um paciente atendido na Estratégias de Saúde da Família em qualquer unidade básica que precisa de uma consulta especializada ou de um exame, ele vai nesse acesso, que é o ponto de marcação de consulta e exame... entra no sistema e marca onde tem vaga, quando não tem vaga, tem algumas especialidades que tem uma demanda muito maior que a oferta que a gente tem de profissional

para fazer, aí quando não tem vaga é colocado na fila de espera, a regulação analisa e vai liberando.

A não garantia de vaga no atendimento especializado fragiliza o papel da APS como ordenador da rede e coordenadora do cuidado, pois, dessa forma não haverá controle sobre o processo do cuidado das usuárias (GIOVANELLA, 2014; BOUSQUAT et al., 2017).

Responsabilização intermunicipal incipiente

O tempo de espera entre a marcação e atendimento não é longo. Entretanto, foi relatado um tempo longo de espera para tratamento com radioterapia, com a justificativa de haver um grande quantitativo de encaminhamentos dos municípios vizinhos. Teresina é referência para vários municípios do Piauí e estados vizinhos, como Maranhão, resultando em uma sobrecarga nos serviços do sistema de saúde municipal.

O município tem aproximadamente 850 mil habitantes, com 80% da população usuária exclusiva do SUS. Contudo, seu sistema de saúde sofre pressão por atendimento de quase cinco milhões de habitantes de outros municípios do interior e de outros estados. Tal situação produz descontinuidade e falta de seguimento nas ações assistenciais, a exemplo do diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares e de algumas neoplasias como os cânceres do colo do útero e de mama, responsáveis por elevados índices de mortalidade no Piauí (PIAUI, 2016).

G3- O Hospital de Urgência atende tudo, inclusive tudo vindo do estado, procura direta às vezes, o que ele não consegue resolver (Município vizinho), ele pede através da regulação do estado para transferir... lembrando que a carga é grande e ainda faltou dizer que para oncologia tem alguns municípios do Maranhão, que nós somos obrigados a atender, também entra nesse mesmo bolo, que disputa vaga e que tem ponto de acesso, para inserir o paciente.

G6 – Os serviços basicamente todos se concentram na capital. E como gestão plena nós gerimos os serviços. Com o acordo com o estado que aconteceu a algum tempo atrás, a alguns anos atrás aconteceu um acordo que o município de Teresina, faria a regulação para parte de consultas e exames, tanto ambulatorial, especializada. Seria feito por Teresina para todo estado.

Apesar de pactuado com o Estado a oferta dos serviços, a demanda ultrapassa a capacidade do município prestador, com geração de filas de espera, principalmente para o serviço de radioterapia, como constatado na fala seguinte:

G4 - A oferta em radioterapia hoje ainda é um problema, lá o hospital funciona três turnos. Funciona inclusive a noite, nós não questionamos muito a capacidade, porque se não fizer não tem atendimento.

O Piauí reconhece a fragilidade das estruturas locais e regionais em termos de capacidade tecnológica e humana, agravada pelo fato de que sua capital se responsabiliza, como referência, pela oferta de serviços para toda a população do Estado (PIAUÍ, 2016).

Neste sentido, é necessário fortalecer os municípios e as redes intermunicipais e daí o papel das Comissões Intergestores Regionais como espaço privilegiado para discussão da constituição de uma rede regionalizada. Seguramente, essas Comissões devem traçar estratégias para que os gestores firmem acordos conjuntos de compromissos sanitários para fortalecer a oferta pública de serviços (ALMEIDA; SANTOS, 2016).

Sobre essa problemática da oferta de serviços na atenção especializada, vale ressaltar que a APS não tem poder para interferir nesse processo, ficando limitada à função burocrática. Como afirmaram Cecílio et al. (2012), na maioria das vezes a APS funciona como observatório das dificuldades de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Ou seja, em sempre a APS consegue ser o ponto de apoio quando se trata de alcançar outros níveis do sistema de saúde, o que se torna central para uma compreensão do lugar que ela efetivamente possa ocupar como centro de comunicação ou coordenadora da rede de atenção à saúde.

Comunicação fragmentada entre a APS e a Atenção Especializada

Essa categoria aborda um aspecto crucial para a coordenação, que é a comunicação entre os serviços na RAS. Almeida e Santos (2016) reforçam sua importância para um atendimento de qualidade.

Neste estudo, identificou-se a ausência de contrarreferência da atenção especializada, queixa destacada pelos profissionais entrevistados, que reforçam a dificuldade para o conhecimento sobre o tratamento da usuária. Relatam que apenas

conseguem algumas informações com a usuária ou com o ACS, nas visitas domiciliares.

P1 – De lá a gente não tem contrarreferência, a gente tem a paciente, ela não perde o vínculo, porque ela não sai da área, nem da comunidade. A gente sente falta na média e alta complexidade, é justamente um relatório, do que está sendo feito com a paciente, ... o SUS implantado, ele ainda não está conectado em rede, assim na média e alta complexidade ainda, ... em cada serviço é um prontuário, aí às vezes é difícil isso.

P1 – Químio e rádio, isso a gente não tem acesso a essas informações, a gente não tem acesso a isso, a essa demanda.

Achados semelhantes foram encontrados por Aleluia et al. (2017) que retratam a unanimidade quanto à ausência da contrarreferência, evidenciada pela baixa participação dos níveis secundário e terciário, observando que a ausência de comunicação compromete a garantia da integralidade do cuidado.

Sugere-se também que a ausência da contrarreferência é ocasionada pela cultura assistencial do nível especializado, na qual os oncologistas acompanham e são responsáveis pelas pacientes no início do tratamento até a fase de remissão (SILVA et al., 2016), como pode ser constatado nos trechos de fala abaixo:

G3 – Quando ela tem o diagnóstico ... vai receber um encaminhamento, para atendimento especializado em oncologia, vai lá no Gestor (Sistema de regulação) e agenda, ... uma vez feita a primeira consulta lá, a primeira avaliação, dependendo da necessidade do caso, o serviço vai dizer quando pode agendar as consultas de retorno. Uma vez que entrou lá, ele gira por lá, marca o seguimento dele lá, os exames, ele consegue marcar, só vai utilizar fora, se a capacidade instalada dele não der. Mas normalmente o doente que entrou lá, é oncológico, lá tende a resolver tudo lá dentro.

Fica evidente que há deficiência na comunicação entre a APS e os serviços especializados, especialmente pela não utilização dos mecanismos de comunicação, seja por meio informatizado ou manual.

Diversas pesquisas apontam que a informatização dos serviços de saúde facilita a comunicação entre eles, o acesso a prontuários clínicos e aos resultados de exames, potencializa o monitoramento e o encaminhamento realizados pelas equipes de APS. Devido a isso, a ausência de informatização dos serviços nos municípios é preocupante, na medida em que limita a capacidade de coordenação (ALELUIA et al., 2017; BOUSQUAT et al., 2016; SILVA, 2016).

Neste estudo, a informatização se limita à marcação de consultas e ao prontuário eletrônico. Este último fica restrito ao primeiro nível de atenção, não permite a comunicação interprofissional e a informação não é interligada na rede de saúde. Essa realidade também foi encontrada em outros estudos sobre coordenação do cuidado (ALMEIDA et al., 2016; BOUSQUAT et al., 2017; SANTOS, 2018).

Foi considerado como potencialidade um instrumento desenvolvido pela gestão, um sistema de informação de monitoramento de mulheres com exames alterados, que é utilizado no município, porém, restrito à gestão e não disponibilizado para os profissionais que, provavelmente, não têm conhecimento da existência desse sistema, visto que não foi relatado durante a entrevista.

G5 – Temos um sistema hoje que não vejo só números quantitativo. Nós temos uma ferramenta, ..., que tem os nomes e eu sei quantas vezes essa paciente fez e tudo mais, além do Ministério que é o SISCOLO e SISMAMA, que agora junto os dois, nós temos uma ferramenta que dá essa parte, então eu vou saber se aquela paciente fez, se não fez, como é que tá.

O uso dessa ferramenta é considerado positivo, porém, no caso estudado não apresenta potencialidade na coordenação do cuidado devido ao não acesso pelos profissionais da EqSF.

Almeida et al. (2018) consideram muito importante a gestão da informação para a organização e gestão do cuidado, considerando o enfermeiro como profissional essencial nessa construção. Na questão do controle do CCU ainda é mais evidente a importante atuação desse profissional no processo de cuidado, pois é ele que realiza, na maioria das vezes, o exame de rastreamento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou como a APS realiza a coordenação do cuidado, suas potencialidades e as principais dificuldades, utilizando como marcador o CCU, em um município com 100% de cobertura de USF. A análise resultou em cinco categorias que descrevem o cenário observado.

O município apresentou fragilidades para que a APS exercesse seu papel como coordenador do cuidado às mulheres com CCU, abrangendo o processo de trabalho das equipes, como também a articulação com os serviços especializados.

A APS é considerada a porta de entrada do sistema, na perspectiva dos profissionais e gestores; restrições e por parte das usuárias há algumas limitações, demonstradas pela não credibilidade quanto aos procedimentos realizados na unidade. Na visão dos profissionais, e crítica da gestão quanto a resolutividade das equipes, além do subfinanciamento da APS.

Quanto à forma de atendimento às mulheres na APS, é adotado o agendamento como estratégia prioritária, o qual não é considerado como a melhor forma para viabilização do acesso em diversos setores. No rastreamento do CCU há uma particularidade: a necessidade de uma agenda flexível e uma oferta organizada com busca ativa das mulheres para a realização do exame. No município estudado o trabalho do ACS foi considerado positivo, compete a este profissional a busca ativa das mulheres para a realização do exame de citologia, bem como para atendimento nos casos em que houve alteração no tratamento.

O incipiente envolvimento da gestão na organização do processo de trabalho da equipe, identificado neste estudo, é considerado um aspecto negativo, uma realidade que pode ser modificada positivamente pela educação permanente e o matriciamento.

Considerou-se positivo o mecanismo de acesso para a atenção especializada, bem como a disponibilidade de vagas para algumas especialidades, por meio da marcação online na própria unidade, com o uso de um sistema gerenciado pela regulação, porém, sem governabilidade e conhecimento da APS no gerenciamento das filas de espera. A grande espera para o tratamento com radioterapia foi apontada pela gestão como problema, ocasionada pela grande procura por pacientes dos municípios vizinhos e de outros estados, atendidos em Teresina.

A ausência de comunicação entre os níveis de atenção é apontada como gargalo para a coordenação do cuidado pela APS e evidencia a baixa participação da atenção especializada em fortalecer o sistema de referência e contrarreferência do município. Essa realidade dificulta o retorno de informação essencial para o monitoramento e acompanhamento longitudinal das usuárias pelas equipes de atenção primária.

Verificou-se a existência de instrumentos para continuidade informacional no município, o uso do prontuário eletrônico e um sistema de informação de monitoramento de mulheres com exames alterados, porém os dois com restrição de acesso. O primeiro é restrito às USFs e não se comunica com outros serviços; o segundo é restrito à gestão municipal e as equipes não têm conhecimento, nem acesso à ferramenta. A utilização desses recursos e sistemas em rede fortaleceria a integralidade do cuidado.

Conclui-se que uma alta cobertura das EqSFs é importante, porém não é suficiente em contextos em que os processos de trabalho permanecem inalterados, não integrados com os serviços especializados e sem participação ativa da gestão na padronização dos fluxos, com o objetivo de fortalecer a APS como protagonista na coordenação do cuidado, na Rede de Atenção ao CCU.

REFERÊNCIAS

- AGUADO, J. J. H. et al. Prevención primaria del virus del papiloma humano. **Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia**, Prog Obstet Ginecol, v. 62, n. 3, p. 266-280, 2019.
- AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuários e profissionais da estratégia de saúde da família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p.359-379, 2015.
- ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em municípios sede de macrorregião do Nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela a tenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n.94, p. 375-391, 2012.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, n. 80, p. 1-13, 2016.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre os níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 244-260, 2018.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2006; v. 22, n. 11, p. 2329-38.
- ANDRADE, S. S. C. et al. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2301-2310, 2013.
- BARBOSA, J.L. Exame de papanicolau: estratégias para melhoria da adesão das mulheres entre 25 e 64 anos. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina Brasil; 2016.

BEZERRA, R. B. Genótipos do HPV nas lesões precursoras do câncer do colo do útero em mulheres atendidas em dois centros de referência em oncologia do Estado de Pernambuco. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Recife, 2018.

BOTTARI, C. M.S; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M.H.M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, s. 1, p. 5111-5122, 2008

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

_____. **Decreto n. 7508**, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2011.

_____. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 13, Brasília, 2013a.

_____. **Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013b.

_____. Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da secretaria de atenção à saúde. Brasília, 2014.

_____. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016. 230 p.

_____. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017.

_____. Departamento de informática do SUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRAY, F. *et al.*, Global Cancer Statistic 2018: GLOBOCAN. Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6. p. 394-424, 2018.

BRITO, K. S. S. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BRITO, K. S. *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C.V.; LIMA, L. D., Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil, em: Atenção Primária à Saúde no Brasil, conceitos, práticas e pesquisa, MENDONÇA et al organizadores. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2018. 610 p.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, s. 1, p. 545-553, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, 2014.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R.P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

CRUZ, M. J. B. *et al.* A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Caderno de Saúde Pública (online)**, Rio de Janeiro, v. 35, n.11, 2019. Acessado em 3 março 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00004019>>

DUAVY, L. M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, p. 733-742, 2007.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em rede de atenção em: Atenção Primária à Saúde no Brasil, conceitos, práticas e pesquisa, MENDONÇA et al organizadores. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2018. 610 p.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

FLICK, U. Uma introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso; 2013. 256p.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p.1312-1322, jul. 2011.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, 2014.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F.; FACCHINI, L. A. Estudo de caso – Teresina/PI. Consolidação da estratégia saúde da família como modelo único e universal de atenção primária à saúde e porta de entrada eletiva do SUS em Teresina. Relatório final. Rede de pesquisa em APS – ABRASCO, apoio OPAS. Rio de Janeiro, 2019. 81p.

GITTELL, J. H. Organizing work to support relational co-ordination. **International Journal of Human Resource Management**, v. 11, n. 3, p. 517-539, 2000.

GOMES, C.H.R. et al. Câncer cérvico uterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de Minas Gerais. **Rev bras cancerol**, v. 58, n. 1, p. 41-5, 2012.

HARDEN, M. E.; MUNGER, K. **Human papillomavirus molecular biology**. Mutation research, Elsevier. v. 759, p. 3 – 12. Abr.-jun. 2017.

IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default>>.

INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.

INCA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Organizadores: Maria Beatriz Kneipp Dias; Caroline Madalena Ribeiro. Rio de Janeiro: Inca, 2019. 32 p.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.

_____. **Atlas de mortalidade**. Acesso em: 11/10/2020. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER J. Assessing health quality the case for tracers. **New England Journal of Medicine**, v. 288, p.189-194,1973.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

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

LIRA, C. R. S. **Linha de cuidado ao câncer do colo do útero: a integralidade na perspectiva de gestores estaduais de saúde**. 2017. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, 2018.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, s. 1, p. 4, 2017.

MCDONALD, K. M. *et al.* **Care Coordination: Atlas Version**. Rockville: AHRQ Publication; 2014.

MEDEIROS, R. *et al.* Prevention of human papillomavirus infection. Beyond Cervical Cancer: a brief review. **Acta Médica Portuguesa**, v. 33, n. 3, p. 198-201, 2020.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Á. N. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da proposta de emenda constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. 1-2, 2016.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília. CONASS, 2019. 869p.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, A. C. S.; GOMBERG, E. (org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: editora UFS, 2009. P. 29 – 56.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOGUEIRA, K. R. C.; MORAES, M. M. Prevenção do câncer cervical: o conhecimento das usuárias em uma equipe de saúde da família. **Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 1892-1901, 2017.

OPAS. OMS. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS; contribuições para o debate. Brasília: 2011. 113p.

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. **L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. 4. ed. Paris: Armand Colin, 2016.

PERONI, F. M. A. **Tecendo redes: itinerários terapêuticos de pacientes com câncer na macrorregião de Campinas, SP**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2013.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016

PIAUÍ. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Unidade de Planejamento. Plano Estadual de Saúde, 2016 a 2019. Teresina, 2016. p. 16.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1009-1019, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (2018-2021), Prefeitura Municipal de Teresina, Fundação Municipal de Saúde. Teresina-PI, novembro, 2017.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde no Brasil em 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, fev. 2018.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.9. p. 1763-1773, 2013.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SAGE, F. V.; COHEN, R. Prévenir les cancers: place de la vaccination Papillomavirus en population générale, Bulletin du cancer. **Elsevier**, v. 107 p. 10–20, 2020.

SAMICO I. *et al.* A sala de situação na unidade de saúde da família: o sistema de informação de atenção básica (SIAB) como instrumento para o planejamento local. **Saúde em Debate**, v. 26, p. 236-244, 2002.

SANTOS, A. M. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e à coordenação do cuidado. Salvador, EDUFBA, 2018, 311p.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em regiões de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p.48-63, 2016.

SANTOS, E. R. R.; SILVA, K. C. L.; BEZERRA, A. F. B. Desafios para organização do rastreamento do câncer no colo uterino em um município da Região Metropolitana no Recife. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 21, n. 1-6, p. 45-54, 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia. International Agency for Research on Cancer. WHO, 2003.

SILVA, M.R.F. *et al.* Continuidade assistencial de mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-119, 2016.

SONEJI, S.; FUKUI, N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 3, p.174-182, 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, M. R.; AMORIM, L. T. Desigualdades sexuais e de gênero: Um estudo sobre o câncer uterino. Anais do II Simpósio Gênero e Políticas públicas. Universidade Estadual de Londrina, 2011.

TEIXEIRA, L. Câncer de mama, câncer de colo do útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. 256 p.

TEIXEIRA, J. C. *et al.* Câncer de colo do útero registrado em duas regiões desenvolvidas do Brasil: limite superior de resultados alcançáveis a partir do rastreamento oportunístico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, 2018.

TEIXEIRA, M. O. A crise econômica e as políticas de austeridade: efeitos sobre as mulheres. In: ROSSI, P. *et al.* **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária; 2018. p. 281-299.

TESSER, C. D. *et al.* Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 361-378, 2018.

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 Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n.2. p. 171-180 abr. / jun., 2015

TSUCHIYA, C. T. *et al.* O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 137-147, 2017.

VALE, D. B. A. P. *et al* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.383-390, fev. 2010.

VASCONCELOS. S. C. A problemática do financiamento da atenção básica nos municípios no período do Pacto pela saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia, 2013. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2013.

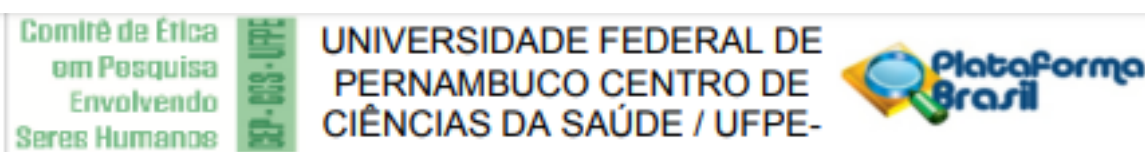
VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e redes de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1791-1798, 2018.

VENÂNCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol.26, n.1, pp.113-135, 2016.

WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan. Acesso em: 11/10/2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 674.336

estruturação da oferta: uma investigação mista)

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

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

Subprojeto 3 (Desafios e perspectivas da regionalização)

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

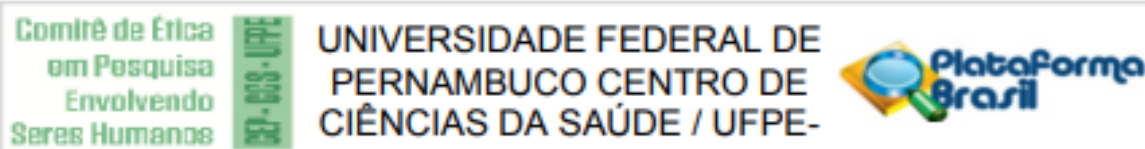
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados principais termos.

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



Continuação do Parecer: 674.336

Recomendações:

Destacar dentre os benefícios, a devolução dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

RECIFE, 04 de Junho de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)