

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
ANA CRISTINA BORTOLASSE DE FARIAS**

**ATENÇÃO A SAÚDE DAS MULHERES COM EXAME DE COLPOCITOLOGIA
ONCÓTICA ALTERADO**

**CAMPO GRANDE
2015**

ANA CRISTINA BORTOLASSE DE FARIAS

**ATENÇÃO A SAÚDE DAS MULHERES COM EXAME DE COLPOCITOLOGIA
ONCÓTICA ALTERADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como quesito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa do curso: Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Ana Rita Barbieri.

**CAMPO GRANDE
2015**

ANA CRISTINA BORTOLASSE DE FARIAS

**ATENÇÃO A SAÚDE DAS MULHERES COM EXAME DE COLPOCITOLOGIA
ONCÓTICA ALTERADO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul, como quesito para obtenção
do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em de de 2015.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Ana Rita Barbieri (Presidente)
Curso de Medicina/Campo Grande, MS (UFMS)

.....
Profa. Dra. Luiza de Oliveira Cazola (Membro titular)

.....
Profa. Dra. Mara Lisiane dos Santos (Membro titular)
Curso de Fisioterapia/Campo Grande, MS (UFMS)

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo e filho, cuja compreensão, apoio e suporte nos momentos decisivos para que este projeto se concretizasse, foi imprescindível.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, infinita fonte de luz, pela iluminação sempre e, em especial, durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Arlindo Bortolassee Alice Bortolassee, que além de dar-me a vida, ensinou-me com todos os seus exemplos de coragem, determinação e sabedoria a ser quem sou.

Ao meu esposo, Osmar Monteiro, meu filho Kaio Vinicius, companheiros de todos os momentos, acompanhando-me sempre, entendendo minhas ausências, mas, acima de tudo, apoiando-me, incentivando-me e cuidando-me. Sem o apoio de vocês, amor incondicional e compreensão, não teria sido possível chegar até aqui com tranquilidade.

À UFMS, pela oportunidade da realização do curso de Mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pela receptividade e acolhida.

À minha orientadora Ana Rita Barbieri, que, com sua forma tranqüila de ser e sua capacidade de professora/pesquisadora, ofereceu-me, além de orientação, apoio e compreensão, sua amizade durante estes anos.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado em Saúde da Família pelo comprometimento com nosso crescimento e aprendizado. Foi um prazer estar entre professores tão competentes. Aprendi muito durante os momentos em que estivemos juntos.

Aos amigos do mestrado, por serem verdadeiros companheiros. Cada um ao seu modo me ensinou muitas coisas. Considero-me privilegiada por fazer parte de um grupo repleto de pessoas com ideais.

A Senhora Dinair Rezende Marques e amiga Patrícia Marques Magalhães por ter aberto a porta de sua casa e me acolhido com tanto carinho durante o curso de mestrado.

Às colegas e amigas Luciane Cordeiro e Rubiana Gabarim pelo companheirismo e participação nos momentos de luta, especialmente nas viagens a Campo Grande para aulas presenciais, orientação, etc.

À Secretaria Municipal da Saúde de Ivinhema, por dispensar-me nos dias de aula presencial do mestrado.

Às unidades de saúde (atenção básica, média e alta complexidade), coordenações de saúde da mulher e do sistema de regulação da microrregião de Nova Andradina pela receptividade, ajuda e respeito na realização deste trabalho.

A todos aqueles que mesmo sem saberem estiveram envolvidos com a realização deste estudo obrigada pela contribuição.

RESUMO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública porque compromete a saúde de um significativo número de mulheres. Estima-se que em 2.030, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença. Este estudo objetivou identificar e analisar a rede de atenção à saúde das mulheres com resultado do exame de colpocitologia oncótica e discutir os fluxos assistenciais existentes na atenção primária, especializada e hospitalar para o tratamento de lesões do colo uterino. Trata-se de um estudo transversal, tendo como cenário os municípios que compõem a microrregião de saúde de Nova Andradina, Mato Grosso do Sul. Foi realizada uma pesquisa em diferentes sistemas de informações e os dados primários foram coletados nos meses de janeiro a abril de 2014, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com 51 profissionais que atendem a mulher nos diferentes pontos assistenciais da rede. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva. Dentre os principais resultados foi evidenciada a existência dos pontos de atenção e procedimentos em conformidade com a Diretriz Brasileira de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero; o despreparo dos profissionais da atenção básica para prestar a assistência que compete a este nível; falta de comunicação entre os pontos de atenção; ausência de contra referência e o não monitoramento da mulher quando encaminhada. A rotina para os encaminhamentos é feita de diferentes formas sem um protocolo instituído e há dificuldades para agendar consultas e exames complementares. Na atenção especializada, conclui-se que a oferta da assistência é menor que a demanda, há falta de material e equipamentos para exames complementares e é frequente o não comparecimento de mulheres agendadas. Coordenadores municipais do Programa de Saúde da Mulher não registram resultados dos exames. A partir desses resultados conclui-se que apesar de existir pontos de atenção à saúde da mulher com diagnóstico de patologia cervical, há falhas na organização da rede o que compromete o seguimento e assistência às mulheres que precisam de intervenção. A falta de um sistema de comunicação formalmente instituído entre os pontos assistenciais e serviços de regulação é um problema relevante e é preciso estabelecer rotinas de comunicação compartilhadas e protocolos de regulação para assegurar a integração. Os resultados da pesquisa serão encaminhados aos gestores que podem, a partir das evidências encontradas definir ações educativas junto aos profissionais envolvidos nas rotinas e protocolos; instituírem processos de comunicação inter e intra municipais conferindo eficácia ao sistema de regulação e monitoramento; e pactuarem uma oferta de serviços adequada à demanda.

DESCRITORES: Políticas Públicas de Saúde; equidade no acesso; Saúde da Família.

ABSTRACT

Cervical cancer is a public health problem because it compromises the health of a significant number of women. It is estimated that in 2030, there will be 27 million incident cases of cancer, 17 million deaths and 75 million people with the disease. This study aimed to identify and to analyze the health care network of the women with test results of Pap smear and discuss the existing, specialized and hospital assistance flows in the primary care for the treatment of cervical lesions. This is a cross-sectional study, against the backdrop the municipalities that comprise the health microregion of Nova Andradina, Mato Grosso do Sul. A research was carried out in different information systems and the primary data were collected from January to April 2014 through semi-structured interviews with 51 professionals who treat women in different care network places. The results were analyzed using descriptive statistics. The existence of places of attention and procedures was evidenced in accordance with the Brazilian Guidelines for Screening for Cervical Cancer among the main results; the lack of qualification of the primary care professionals to provide the assistance that it is their task; lack of communication among the places of care; absence of counter-reference and the no monitoring of a woman when she is referred to appropriate facilities. The routine for referrals is done in different ways without an established protocol and there are difficulties to schedule appointments and further exams. It is concluded that the service of assistance falls short of the demand in the specialized care, there is lack of materials and equipment for further exams and it is frequent the no-show of the scheduled women. Municipal coordinators of women's health do not record test results. From these results it is concluded that although there are places of care to women's health with a diagnosis of cervical pathology, there are failures in the organization of the network which compromises the follow-up and assistance to women in need of intervention. The lack of a communication system formally established among the assistance units and regulatory services is a major problem and it is needed to establish shared communication routines and control protocols to ensure the integration. The search results will be sent to managers who can, from the evidence found define educational measures to professionals involved in the routines and protocols; establish communication inter and intra municipal giving the effectiveness of regulation and monitoring system; and pactuarem an offer of adequate demand services.

KEYWORDS: Health Public Policies; equity of access; Family Health.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Percentual de coleta do exame citopatológico no Brasil e Estado de Mato Grosso do Sul, 2007, 2008, 2011 e 2012.	14
Figura 2	Seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) – Mato Grosso do Sul e Microrregião de Nova Andradina, nos anos de diagnóstico: 2008-2012.	15
Figura 03	Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero por 100.000 mulheres, período de 2007 a 2011, no Brasil e Estado de Mato Grosso do Sul.	16
Figura 04	Primeira conduta da atenção primária diante os resultados de exame colpocitológico, realizado na Unidade de Saúde.	21
Figura 05	Hospitais habilitados para alta complexidade em oncologia em Mato Grosso do Sul.	24
Figura 06	Rede de atenção para procedimentos de média e alta complexidade referenciados na microrregião de Nova Andradina, segundo informações da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da SES/MS.	27
Figura 07:	Mapa da localização geográfica da microrregião de Nova Andradina, composta por sete municípios, inserida na macrorregião de Dourados em Mato Grosso do Sul.	37
Tabela 01	Condutas dos profissionais da atenção básica diante dos resultados dos exames citopatológico alterados.	39
Tabela 02	Regulação das mulheres com resultados alterados para os serviços especializados aos municípios de Nova Andradina e Dourados/MS.	40
Tabela 03 -	Regulação do serviço de assistência mulher na microrregião de Nova Andradina/MS.	56
Tabela 04 -	Formas de comunicação com a paciente quando é emitida a autorização para atendimento na atenção secundária e terciária	57
Figura 08-	Funções dos diferentes pontos de assistência para definição do fluxo assistencial à mulher com alteração (proposto pelos autores)	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Câncer de colo de útero.....	13
2.2 Redes de Atenção a Saúde (RAS).....	17
2.3 A Estratégia Saúde da Família como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde.....	19
2.4 Atenção de média complexidade a saúde.....	22
2.5 Atenção de alta complexidade a saúde.....	23
2.6 Caracterização do Estado de Mato Grosso do Sul.....	24
2.7 Rede de atenção à saúde de Mato Grosso do Sul.....	25
2.8 Microrregião de Nova Andradina.....	26
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo geral.....	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
4 MATERIAL E MÉTODO.....	29
4.1 Tipo, local e período da pesquisa.....	29
4.2 Área do estudo.....	29
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	29
4.4 Fonte de dados.....	30
4.5 Análise dos dados.....	30
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
ARTIGO 1.....	33
ARTIGO 2	50
CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO.....	64
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	64
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	70
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DA MULHER.....	74

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DO SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL E ESTADUAL.....	75
APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	76
APÊNDICES E - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	77
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79
APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS.....	80

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública porque compromete a saúde de um significativo número de mulheres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que para ano 2.030, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença. A região Centro-Oeste apresenta mortalidade de 28/100.000 e é a mais alta entre todas as regiões brasileiras (FERREIRA, 2012).

Desde 2006, com a Portaria 399 (BRASIL, 2006a) a detecção e intervenção precoce do câncer de colo uterino é uma meta que envolve a rede assistencial como um todo. A regionalização prevista tinha como objetivo assegurar o acesso de forma equânime para todas as pessoas.

Em 2011 a Portaria 2.488 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, destaca também as redes assistenciais de saúde como estratégia para o cuidado integral voltada às necessidades de saúde da população. Para isso, as redes assistenciais precisam ser arranjos articulados constituídos de serviços com diferentes complexidades, tecnologias e finalidades (BRASIL, 2011a).

Assim, a atenção à saúde da mulher é uma prioridade para a saúde pública do país, com metas a serem alcançadas e com serviços organizados em rede visando oferecer serviços resolutivos, preferencialmente com captação precoce da doença.

Em Mato Grosso do Sul, bem como na microrregião de Nova Andradina, relatórios anuais apontam dificuldades no acompanhamento das mulheres com resultado do exame colpocitológico alterado. De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (2012) grande parte das mulheres com este tipo de alteração celular não estão sendo seguida pela rede de atenção à saúde, fato que interfere no principal objetivo da coleta do referido exame que é a detecção precoce para uma intervenção em tempo oportuno.

O baixo seguimento das mulheres pode decorrer por despreparo dos profissionais da atenção primária para prestar assistência continuada, por falhas na comunicação entre os vários pontos de atenção oncológica na região ou nos sistemas de referência e contra referência dos pacientes (BRASIL, 2010a).

O sistema de saúde norteador pela Estratégia Saúde da Família (ESF) tem promovido o reordenamento do modelo de atenção no SUS. A ESF atende aos princípios da atenção primária à saúde, de forma a ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços. Essa

estruturação provoca maior organização da assistência nos demais níveis assistenciais (MENDONÇA, 2011).

Neste contexto, esta pesquisa investigou a rede de atenção à saúde das mulheres com resultado alterado do exame de colpocitologia oncótica na Microrregião de Nova Andradina/MS. O estudo permitiu identificar os limites e potencialidades da rede de atenção à saúde, desde a atenção básica até os níveis mais complexos da assistência. A pesquisa é oportuna visto que a microrregião passa por um período crítico em relação ao seguimento dessas mulheres, pois, de acordo com o relatório consolidado de dados da Secretaria de Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (2012), 70% delas não estão sendo seguidas na rede pública de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Câncer de Colo de Útero

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2013a), “câncer” é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que trazem em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Segundo a mesma instituição o câncer do colo do útero, demora vários anos para se desenvolver e as alterações celulares que podem desencadear essa doença são descobertas no exame citopatológico do colo uterino.

O câncer de colo de útero atinge todas as camadas sociais e regiões do país e a terceira causa de morte em mulheres em países do terceiro mundo, entre eles o Brasil (DAVIM *et al.*, 2005).

A história natural do câncer de colo uterino revela que esta doença apresenta grande potencial de prevenção e cura devido sua lenta evolução que perpassa por vários estágios de lesões intra-epiteliais, pré-cancerosas, até evoluir para a forma invasiva. Isso, somado a facilidade do diagnóstico, permite que a doença seja detectada ainda nos estágios iniciais, quando o tratamento apresenta altas taxas de cura (FERNANDES *et al.*, 2009).

O rastreamento abrangente e constante junto às mulheres está associado a uma redução de óbitos em mais de 70% em relação às populações não assistidas. Há dois motivos para este efeito: o primeiro é que em grande número de mulheres é detectado ainda com doença pré-invasora e o segundo, quando a doença é detectada na sua forma invasora, esta tende a ocorrer em estágios mais precoces, em que as chances de cura são maiores (CALAZAN *et al.*, 2008).

O câncer de colo uterino (CCU) compromete a saúde das mulheres, alterando a qualidade de vida. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura são próximas de 100% e existem evidências científicas que comprovam formas eficientes para o rastreamento desse tipo de câncer, sendo o exame citopatológico o mais indicado que pode, com ampla cobertura, reduzir a mortalidade por câncer de colo uterino (SOARESet *al.*, 2011).

As recomendações para a realização do exame de citopatologia oncológica (também denominado Exame de Papanicolau) são:

- a) é um citopatológico eficiente para o rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras com recomendação de intervalo entre os exames de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual;
- b) pode ser realizado em qualquer idade em mulheres que tem atividade sexual com recomendação especial para a faixa etária acima de 25 anos até 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos; e
- c) para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2011a).

Desde 2006, com o Pacto pela Saúde, a realização do exame de colpocitologia oncológica é um indicador com metas a serem alcançadas em todo o território nacional (BRASIL 2006a).

Relatórios do Instituto Nacional de Câncer (2014a) mostram que o Mato Grosso do Sul vem fortalecendo as coletas de exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos. A figura abaixo destaca a Razão entre exames citopatológicos e mulheres da população (Mato Grosso do Sul e Brasil) nos anos de 2007, 2008, 2011 e 2012 (figura 01).

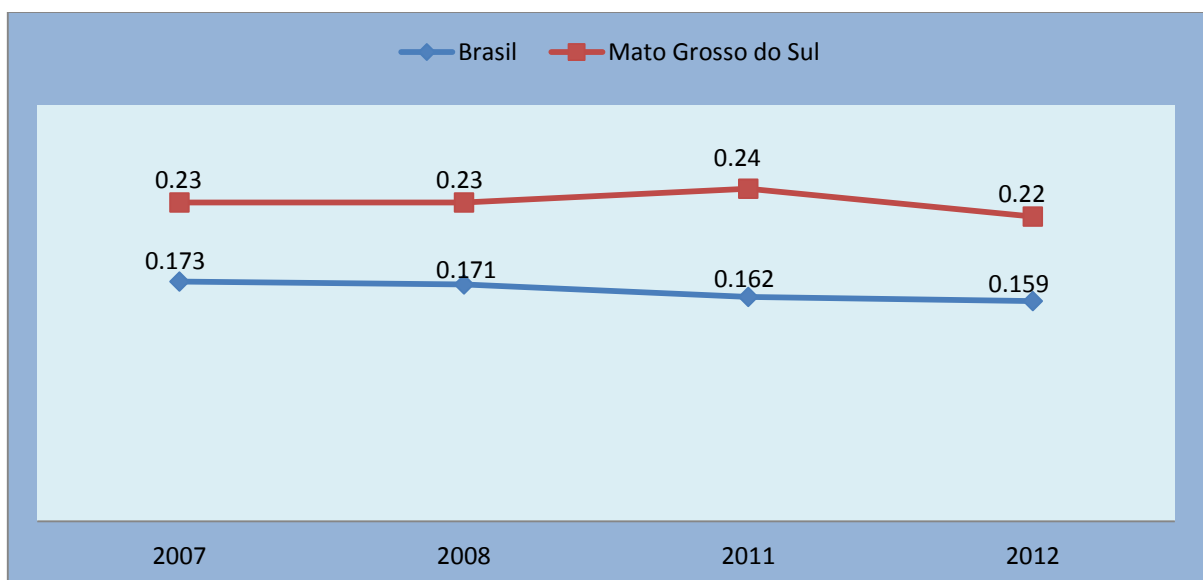


Figura 1: Percentual de coleta do exame citopatológico no Brasil e Estado de Mato Grosso do Sul, 2007, 2008, 2011 e 2012.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2014.

No entanto, a partir do ano de 2006, em média, 76.13% de mulheres com alteração celular do colo do útero no Brasil não foram acompanhadas pela rede de atenção à saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2014).

Nos últimos anos, tanto Mato Grosso do Sul quanto na Microrregião de Nova Andradina vem diminuindo o seguimento de mulheres com alteração de alto grau no exame colpocitológico, conforme figura 02.

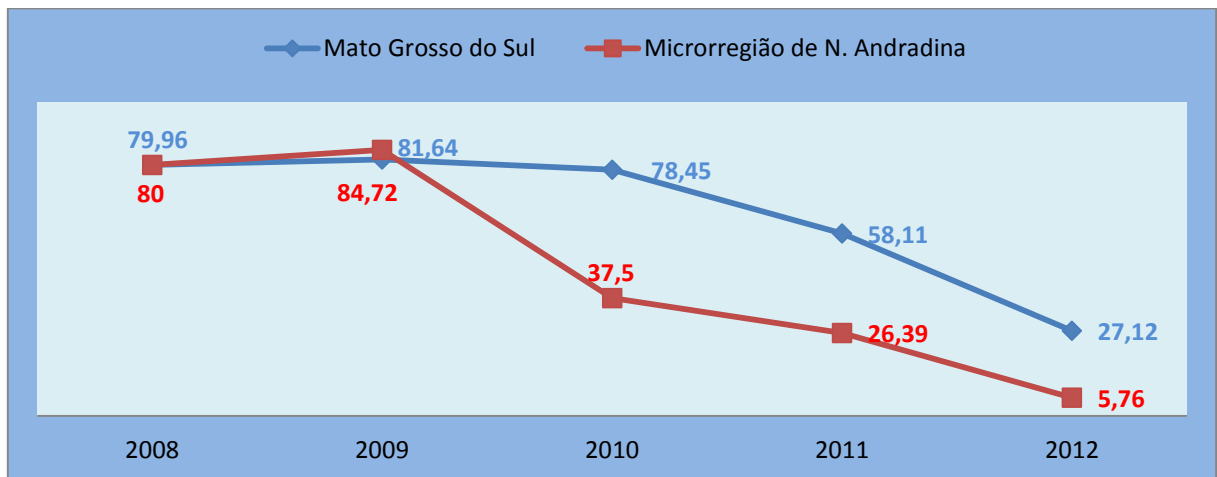


Figura 02: Seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) – Mato Grosso do Sul e Microrregião de Nova Andradina, nos anos de diagnóstico: 2008-2012.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS, 2014.

Esses dados e acontecimentos podem estar ligados a elevada taxa de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero por 100.000 mulheres que Mato Grosso do Sul vem apresentando nos últimos anos. Na figura (03) é possível perceber a dificuldade para o enfrentamento em relação a taxa de óbitos pela patologia (BRASIL, 2014a).

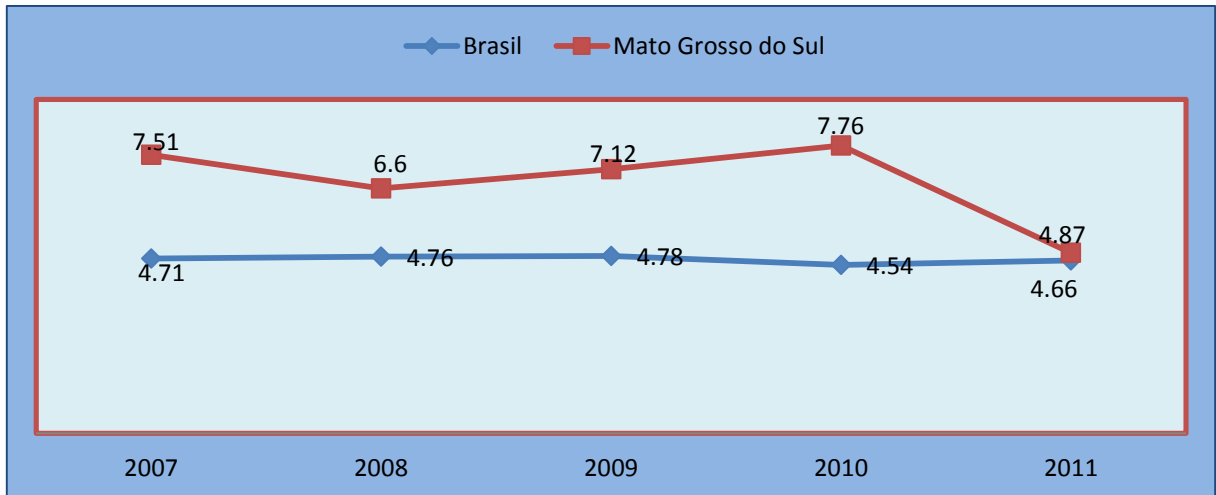


Figura 03: Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero por 100.000 mulheres, período de 2007 a 2011, no Brasil e Estado de Mato Grosso do Sul.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2014.

Registros do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA alertam que a oferta de exames de confirmação diagnóstica e tratamento do câncer do colo uterino são inferiores à esperada. O percentual de acompanhamento das mulheres com resultados alterados (lesões de alto grau) vem decrescendo no decorrer dos últimos tempos. Em 2004, em média 24% das mulheres eram acompanhadas enquanto que em 2011 esse resultado caiu para menos de 10% (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2013b).

Corroborando com as Portarias Ministeriais, o Instituto Nacional do Câncer (2011b) orienta que a oferta da atenção integral em saúde, em tempo e local oportuno e com qualidade, precisa que os diversos serviços que compõem o SUS estejam organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, orientadas pela atenção primária e capazes de responder às necessidades de saúde individual e coletiva.

A oferta de Exames de Papanicolaou pelo SUS atualmente seria insuficiente para a cobertura da população alvo, além disso, observa-se que a maioria dos exames realizados é de repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado (BRASIL, 2013a).

O desafio para o controle do câncer de colo uterino é grande, visto que é o terceiro tumor mais frequente na população feminina. No ano de 2012 esta patologia se apresentou no Brasil com uma taxa bruta de incidência de 17.49 casos para cada 100 mil mulheres. No mesmo ano Mato Grosso do Sul se destacou, com uma taxa bruta de 35.13 para cada 100 mil mulheres. A estimativa da incidência da mesma patologia no Brasil em 2014 foi de 15.590 novos casos (15.33 por 100.000 mulheres). Para Mato Grosso do Sul este dado foi estimado em 29.90 por 100.000 mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014b).

Segundo Instituto Nacional de Câncer (2010) houve um aumento na cobertura de exame preventivo para câncer do colo do útero de 82.6% (2003) para 87.1% (2008), entre mulheres com idade entre 25 e 59 anos. Porém, ainda persistem desigualdades em relação à escolaridade e região, que precisam ser superadas. Assim, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, traz como meta nacional a ampliação e universalização da cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011b).

Análises realizadas comprovam que a estrutura da rede de atenção oncológica brasileira não tem permitido acesso oportuno e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. Os motivos se dão por vários fatores como, por exemplo: despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos, estrutura deficiente da rede de saúde, carência de profissionais, dentre outros. Na auditoria o estado de Mato Grosso do Sul (MS), está inserido apresentando falha na assistência, inviabilizando a possibilidade de tratamento a consideráveis contingentes da população que dele necessita (BRASIL 2010b).

Os profissionais de saúde que atendem a clientela feminina devem cuidar para que haja a maior efetividade possível no tratamento. Os serviços precisam adotar estratégias que evitem as oportunidades perdidas de atenção às mulheres, isto é, evitar ocasiões em que estas procuram a unidade e não recebem assistência adequada (BRASIL, 2008a).

2.2 Redes de Atenção a Saúde (RAS)

Desde o início da construção do SUS, nos princípios e diretrizes e na Lei 8080/90 está proposto o desafio de trabalhar redes integradas de saúde. A rede de atenção em saúde corresponde à articulação entre os serviços e sistemas de saúde, bem como as relações entre as instituições mediante relações de interdependência entre os pontos da rede (PIMENTA, 2014).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos que tem como objetivo principal organizar as ações e serviços de saúde, com suas diferentes densidades tecnológicas que, quando integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, procuram garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS no sistema público de saúde

sinaliza maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2014b).

Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. A **população** vive em territórios sanitários, organiza-se socialmente em famílias, devendo ser cadastradas e registradas pelas equipes de saúde. A **estrutura operacional** consolida-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde; os sistemas de apoio (farmacêutico, diagnóstico terapêutico e informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, central de regulação e transporte sanitário); e o sistema de governança. Já o **modelo de atenção à saúde** é o sistema que permite funcionamento das redes de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde, entendendo que a organização dos serviços é de fundamental importância para promoção, proteção e recuperação da saúde; que a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a coordenação das redes, institui a Portaria 4.279 (Brasil 2010c). A mesma estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como as diretrizes e estratégias superando a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A Política Nacional de Regulação prevê a operacionalização da regulação do acesso definida como uma dimensão do processo regulatório em saúde que, por meio de Complexos Reguladores, visa conformar uma rede de cuidados integrais e equitativos (BRASIL, 2008b).

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, considerando que o setor é ligado por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2007a).

Nesta ótica, os Complexos Reguladores (CR) foram concebidos na rede de atenção a saúde, com estruturas operacionais que articulam a oferta determinada e a demanda por serviços de saúde, organizando o acesso conforme o grau de risco e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).

2.3 A Estratégia Saúde da Família como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde

No Brasil, a Atenção Primária a Saúde incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Importante lembrar que a partir da PNAB (2011), considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011).

Starfield (2002) propõe quatro atributos para a atenção primária de saúde, para que a mesma desenvolva suas ações de forma eficiente, sendo eles: o primeiro contato, que implica a acessibilidade do usuário e a busca pelo serviço a cada problema ou novo episódio de saúde; a longitudinalidade que é a existência do cuidado regular da equipe junto ao indivíduo, família e/ou comunidade ao longo do tempo, num ambiente colaborativo e humanizado; a integralidade que representa o cuidado ou conjunto de serviços que atendam as necessidades da população, além da responsabilização da oferta de serviço em outros pontos de atenção e a coordenação do cuidado aos problemas que requerem seguimento constante.

Seguindo a mesma lógica, Brasil (2011) define que a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Assim, dentre as atribuições da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família está o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. A equipe deve acompanhar o usuário mesmo quando ele demanda de um serviço especializado. Ela ainda é responsável pela articulação dos diversos serviços participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população (BRASIL, 2013a).

O documento enfatiza que em relação específica às ações que visam o controle dos cânceres do colo do útero, a equipe de atenção básica deve aliar as ações de detecção precoce garantindo o acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

Entretanto, Matta e Morosini (2009) lembram que os desafios persistem no Sistema Único de Saúde (SUS) e indicam a necessidade contínua de articulação para o acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde.

A boa organização dos serviços de Atenção Primária a saúde contribui com impactos positivos na saúde da população e automaticamente à eficiência do sistema. Implementar uma concepção abrangente na atenção primária, implica a construção de sistemas orientados, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Mendes (2007) lembra que o papel coordenador da Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família nas redes de atenção à saúde torna-se possível em três planos: Integração funcional, que conta com a superação de uma visão estrita às pessoas doentes buscando aprimorar uma abordagem integrada diante as necessidades da população; a organizacional que coloca a atenção primária como coordenadora da atenção à saúde em todos os pontos de atenção, a integração do cuidado por equipes multidisciplinar e intersetorial; e por fim a educacional, que busca desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde através de educação permanente adquirindo competências para atuar junto aos pacientes na atenção primária.

A investigação de mulheres com resultados positivos e o tratamento das lesões precursoras identificadas apresenta maior repercussão sobre a mortalidade do que as taxas de cobertura. O seguimento de 50% das mulheres com diagnóstico citopatológico compatível com Lesões Intraepiteliais Escamosas do Colo de Útero de baixo grau (LSIL) ou lesões mais graves, com uma cobertura de 100%, reduz o risco de mortalidade em 52,7%, ao passo que o acompanhamento de 100% de resultados positivos com cobertura de 50% reduz o mesmo risco em 74% (GONÇALVES, 2008).

Nessa perspectiva, o INCA direciona seu foco de atuação para a estruturação da Rede de Atenção Oncológica, com papéis definidos para todos os pontos de atenção à saúde. Uma nova diretriz que propõe uma mudança na abordagem do câncer, estendendo a responsabilidade do controle da doença a todos os níveis e setores da sociedade, tendo como enfoque a prevenção (BRASIL, 2007b).

RESULTADOS			CONDUTA DA ATENÇÃO BÁSICA
Atípicas de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Repetir o exame de colpocitologia oncótica em 06 meses
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Encaminhar para exame de colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Encaminhar para exame de colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Encaminhar para exame de colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Encaminhar para exame de colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Encaminhar para exame de colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Repetir o exame de colpocitologia oncótica em 06 meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Encaminhar para exame de colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir micro invasão		Encaminhar para exame de colposcopia
	Carcinoma epidermóide invasor		Encaminhar para exame de colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma In situ		Encaminhar para exame de colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Encaminhar para exame de colposcopia

Figura 04: Primeira conduta da atenção primária diante os resultados de exame colpocitológico, realizado na Unidade de Saúde.

Fonte: Brasil, 2011

A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma ação operacional com formação de equipes multiprofissionais. A equipe tem como objetivo atuar na atenção básica, investindo na promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças e agravos que atingem a comunidade tornando-se responsável pela manutenção da saúde da população. Essa estratégia deve se organizar em caráter substitutivo à rede de atenção básica tradicional, devendo estar atentos as necessidades da comunidade, com cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações voltadas aos problemas de saúde, cuidado dos indivíduos e as famílias de forma longitudinal, mantendo uma postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2006b).

De acordo com Miura (2005), os componentes da equipe da Estratégia Saúde da Família devem ser conscientes de que o trabalho em equipe é um processo dinâmico onde os indivíduos desempenham papéis que podem se alterar de acordo com o momento e que

podem influir na produtividade e alcance dos objetivos. Se os papéis assumidos pelos membros não se adaptarem as necessidades, essa se torna ineficaz e não atinge o seu objetivo.

2.4 Atenção de média complexidade a saúde

A atenção de média complexidade é um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos a saúde da população, cuja capacidade de assistência demande a disponibilidade de profissionais habilitados e utilização de recurso tecnológico para apoio ao diagnóstico e tratamento. Por exigir maior densidade tecnológica sua distribuição nos territórios é feita para ter escala, isto é, concentrar-se em locais com maior densidade populacional (GAVRONSKI *et al.*, 2005).

A média complexidade serve de referência para um conjunto de unidades de Atenção Básica, prestando assistência ao usuário mediante encaminhamento. No caso do câncer do colo do útero, deve ser realizada a colposcopia, bem como os outros procedimentos que possam confirmar ou descartar o diagnóstico. Além do atendimento à usuária é importante o fornecimento de relatório para a equipe da Estratégia Saúde da Família em relação ao cuidado, devendo informar os procedimentos realizados, o diagnóstico, bem como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento dessa usuária (BRASIL 2013a).

Dentre a atenção especializada está a média complexidade em saúde que segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007) é composta por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos a saúde da população, cuja capacidade de assistência demande a disponibilidade de profissionais habilitados, recurso tecnológico para apoio ao diagnóstico e tratamento.

Segundo o INCA (2013c) um dos objetivos para o controle do câncer do colo do útero é qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras desse câncer. Dentre as principais ações está a divulgação das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, com garantia a padronização de condutas; aprimoramento das redes assistenciais para estruturação de serviços de diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, implantação de centros regionais de qualificação de ginecologistas para atuarem nas unidades de referência e prestarem assessoria na linha de cuidado do câncer do colo do útero.

2.5 Atenção de Alta complexidade a saúde

A atenção especializada em alta complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE 2007).

Na lógica da hierarquização e regionalização do Sistema Único de Saúde, a atenção terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalar que constituem referência para a Atenção Básica. A Rede de Atenção Terciária deve ser planejada com base em parâmetros populacionais, baseada na oferta de um conjunto mínimo de procedimentos. Em especial a atenção ao câncer, este é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia, sendo eles: cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia (BRASIL, 2013a).

No tratamento do câncer invasor a recomendação do Ministério da Saúde é de encaminhamento para as Unidades Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) (INCA 2010).

Trata-se de hospitais que possuam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos apropriados para prestarem assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres. As UNACON podem prestar atendimento nos seguintes serviços: Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica; Radioterapia; Serviço de Hematologia e de Oncologia Pediátrica (BRASIL, 2014).

Já, o credenciamento do Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) exige condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Devem prestar atendimento em todos os serviços de cirurgia oncológica; oncologia clínica; serviço de radioterapia e de hematologia (BRASIL, 2005).

A Portaria 140/2014, organiza a atenção oncológica incluindo os hospitais de Mato Grosso do Sul na Alta Complexidade em Oncologia, conforme demonstrada na figura 05 (BRASIL, 2014a).

Município	Razão Social	Habilitação
Campo Grande	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS	UNACON com serviço de radioterapia
	Hospital do Câncer Professor Dr. Alfredo Abrão/Fundação Carmem Prudente de MS.	UNACON com serviço de radioterapia
	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul/Fundação Serviços em Saúde de Mato Grosso do Sul MS	UNACON com serviço de oncologia pediátrica
	Hospital da Santa Casa/Associação Campo Grande Beneficente	UNACON com serviços de radioterapia e de hematologia
Corumbá	Santa Casa de Corumbá/Associação Beneficente de Corumbá	UNACON.
Dourados	Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldby King/Associação Beneficente Douradense	UNACON com serviço de radioterapia
Três Lagoas	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Três Lagoas	UNACON

Figura 05: Hospitais habilitados para alta complexidade em oncologia em Mato Grosso do Sul.

Fonte: Ministério da Saúde/2014.

2.6 Caracterização do Estado de Mato Grosso do Sul

O Estado de Mato Grosso do Sul, criado em 1977 está situado na Região Centro-Oeste do Brasil, tendo a cidade de Campo Grande como sua capital. É formado por 79 municípios, distribuídos em 357.124,962 km². Limita-se com cinco estados brasileiros: Mato Grosso (norte), Goiás e Minas Gerais (nordeste), São Paulo (leste) e Paraná (sudoeste); e dois países: Paraguai (sul e sudoeste) e Bolívia (oeste). Além da capital, as cidades principais são Dourados, Corumbá e Três Lagoas. Suas principais fontes econômicas são agricultura e pecuária (ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, 2014).

De acordo com a estimativa das populações Residentes tanto no Brasil como nas unidades de federação, a população estimada de Mato Grosso do Sul é de 2.477.542 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA, 2011).

Segundo os resultados do censo 2010, dos habitantes residentes no estado, 1.229.166 são do sexo feminino o que corresponde a 50.2% da população. Destas, 624.068 estão na faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero (25 a 64 anos), correspondendo a 50.8% da população feminina do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA, 2012).

2.7 Rede de atenção à saúde de Mato Grosso do Sul

A ideia de estruturar os serviços de saúde em redes de atenção está presente desde a promulgação da Lei 8.080 que idealizou a integração de ações de promoção, prevenção e recuperação e assistência a saúde (THULER *et al.*, 2012). Em 2006, com a Portaria 399/2006 ficou estabelecido o Pacto pela Saúde que estabelece dois instrumentos que desenham as redes assistenciais por regiões de saúde: O Plano Diretor de regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (Brasil, 2006a). Com o Pacto pela Saúde, a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e mama ficou definido como prioridade.

Em Mato Grosso do Sul, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) dividiu o estado em quatro macrorregiões e 11 microrregiões, abrangendo os 79 municípios de forma que os usuários SUS tenham acesso aos serviços da atenção básica no seu município de residência, da atenção secundária na sua microrregião e, se houver necessidade, de procedimentos de alta complexidade em serviços especializados nos polos macrorregionais, mediante referência (THULER *et al.*, 2012).

O Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, define quatro macrorregiões de saúde, sendo elas:

1 Campo Grande - com 05 microrregiões: Corumbá, Aquidauana, Jardim, Campo Grande e Coxim; reunindo 34 municípios, sendo a mais populosa do Estado com 1.434.856 habitantes;

2 Dourados – com 04 microrregiões: Ponta Porã, Naviraí, Nova Andradina e Dourados; reunindo 33 municípios e 741.947 habitantes;

3 Três Lagoas – com 02 microrregiões: Paranaíba e Três Lagoas; reunindo 10 municípios e 272.221 habitantes

4 Corumbá – com 02 municípios: Corumbá e Ladário; somando 124.264 habitantes. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE/ MS, 2013).

A Diretriz Central do Plano de Saúde do Mato Grosso do Sul visa o fortalecimento regional, buscando organizar ações e serviços de saúde em redes de atenção de forma regionalizada, hierarquizada e estruturada a partir da Atenção Básica, regulada pela integralidade do cuidado.

O Plano de Desenvolvimento Regional oportuniza um novo modelo, com vistas a possibilitar a diminuição das desigualdades entre as regiões do estado, as fortalecendo e as integrando (ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, 2009). É um dos pilares para organização e descentralização dos sistemas de co-gestão, bem como, a coordenação dos serviços em redes, possibilitando o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas, com priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Para o cuidado às mulheres, Mato Grosso do Sul conta com a atenção primária, composta por 504 Unidades que realizam em média 170.000 exames colpocitológicos de colo de útero por ano, nos quais são diagnosticadas aproximadamente 460 alterações de alto grau (2.7%). No estado, todos os exames de citologia do colo útero e anatomopatológicos são encaminhados para nove laboratórios que compõem a rede (THULER *et al.*, 2012).

A atenção secundária, referência para assistência às mulheres que precisam de colposcopia ou exérese da zona de transformação, está situada nas quatro macrorregiões e 11 microrregiões, realizando, em torno de 5.437 colposcopias e 329 Cirurgias de Alta Frequência (CAF) anualmente. Já a rede terciária para tratamento dos casos de câncer está situada nas macrorregiões (THULER *et al.*, 2012).

2.8 Microrregião de Nova Andradina

A Microrregião de Nova Andradina é composta por sete municípios: Anaurilândia, Angélica, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul e Taquarussu. A população total da microrregião no ano de 2010 era de 104.998 habitantes, passando para 109.841 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A Microrregião de Nova Andradina conta com 31 Estratégias Saúde da Família, 02 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos sete municípios, 02 Unidades Mistas, 01 Centro de Especialidades Médicas, 01 Centro de Referência à Saúde da Mulher, 01 Centro de Atendimento a Mulher, 08 hospitais públicos e privados, somando 204 leitos para assistência à pacientes do Sistema Único de Saúde (BRASIL 2013b).

Conforme informações da Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul, a assistência de média e alta complexidade para a microrregião é distribuída conforme o procedimento a ser realizado na microrregião (SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, 2014) (Figura 06).

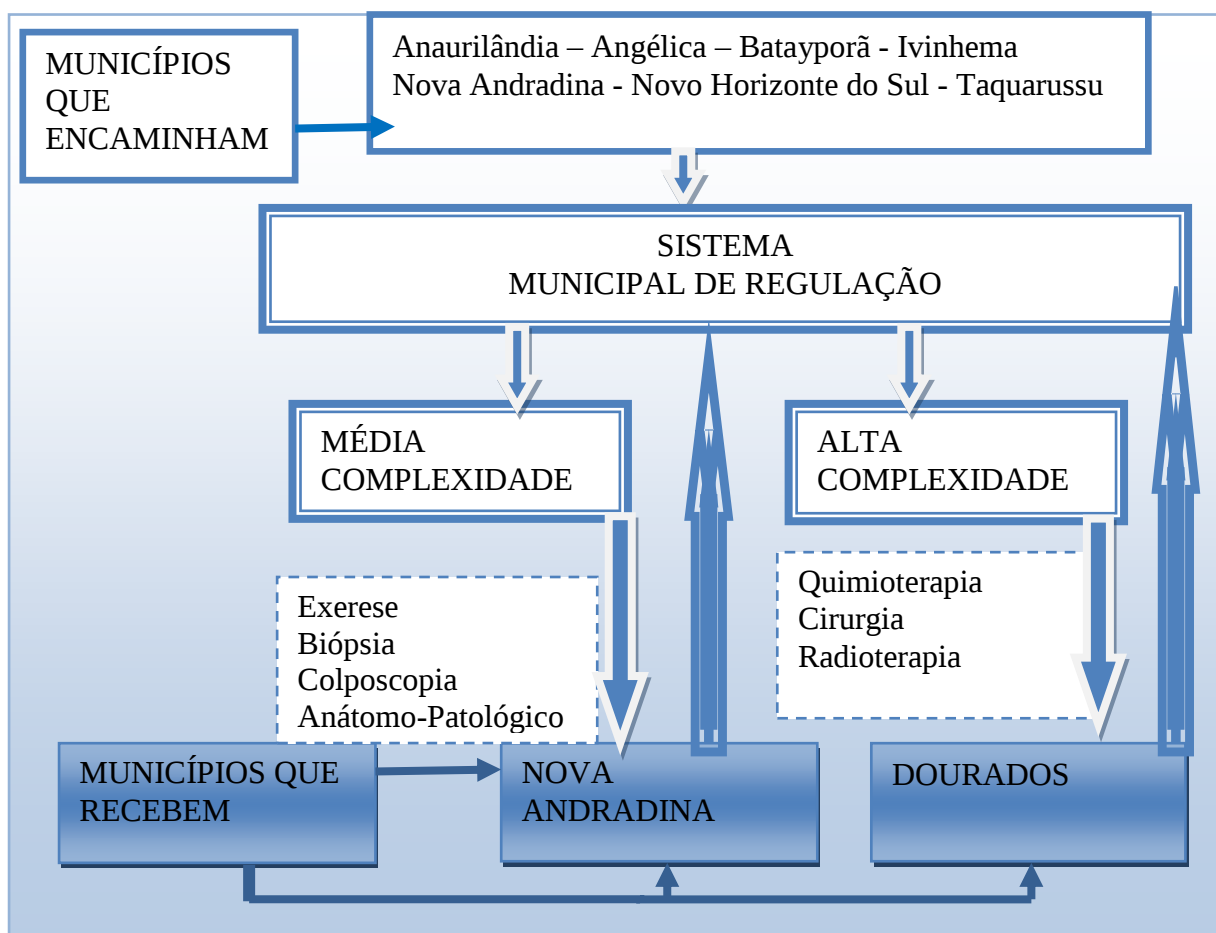


Figura 06: Rede de atenção para procedimentos de média e alta complexidade referenciados na microrregião de Nova Andradina, segundo informações da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da SES/MS.

Fonte: Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2014.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a rede de atenção à saúde das mulheres com resultado alterado do exame de colpocitologia oncótica na Microrregião de Nova Andradina/MS.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar o funcionamento e a organização da rede de atenção à saúde da mulher na microrregião;

Discutir os fluxos assistenciais existentes na atenção primária, especializada e hospitalar para o tratamento de lesões do colo uterino;

Discutir o seguimento do colo do útero na microrregião.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal tendo como cenário os municípios que compõem a microrregião de saúde de Nova Andradina. O período do estudo se deu entre os meses de janeiro a abril de 2014.

4.2 Área do estudo

O estudo foi realizado na rede de atenção à saúde que realiza a assistência à saúde da mulher, ou seja, atenção primária e serviços especializados. Na atenção primária a pesquisa abrangeu os sete municípios da microrregião de Nova Andradina/MS: Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul e Taquarussu.

Os serviços especializados ambulatoriais e hospitalares de referência para a região pesquisada foram: Centro de Referência a Saúde da Mulher de Nova Andradina; Centro de Atendimento a Mulher Enf. Ana Maria Carneiro, Hospital Universitário da UFGD Dourados, Centro de Tratamento de Câncer de Dourados e Coordenação do Sistema de Regulação de Dourados, referência de alta complexidade para a região de Nova Andradina.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Foram incluídos como participantes da pesquisa:

- a) Sete coordenadores municipais do Programa Saúde da Mulher;
- b) Trinta e três profissionais que compõem as equipes da atenção primária indicados pelo coordenador como responsáveis pelos seguimentos das mulheres, objeto de pesquisa nos seus respectivos Municípios;

- c) Sete coordenadores municipais e um coordenador estadual do Sistema de Regulação (SISREG);
- d) Quatro membros das unidades de atenção especializada, responsáveis pelo atendimento à mulher com exame de colpocitologia oncótica alterado.

4.4 Fonte de dados

Os dados secundários foram obtidos por meio da leitura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que apresenta a cobertura de equipes de Estratégias de Saúde da Família na microrregião e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, compreendendo o número de Unidades Básicas de Saúde que compõe a região estudada.

Os dados primários foram coletados no período de janeiro a abril de 2014 por meio de questionário (Apêndice A, B, C e D). As variáveis deste instrumento: caracterização das unidades de saúde e do profissional envolvido na saúde da mulher e identificação dos fluxos assistenciais na rede de atenção a saúde da mulher.

Os questionários foram elaborados com questões semi-estruturadas tendo como base os protocolos de diretrizes e fluxos assistenciais editados pelo Ministério da Saúde e a Portaria 874/2013, que instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a; BRASIL, 2013c).

4.5 Análise dos dados

Os dados pesquisados foram tabulados e inseridos no Programa Epi Info versão 7 e apresentados em forma de figuras e tabelas.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Para realização da pesquisa foi elaborado o termo de consentimento livre e esclarecido, autorização dos gestores municipais para a pesquisa de dados primários e do gestor estadual para os dados secundários.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob número do CAAE: 29402114.3.0000.0021.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do estudo foram organizados em formato de artigos. O primeiro artigo, submetido à Revista de Saúde Materno Infantil, discute o seguimento do câncer do colo do útero na microrregião de Nova Andradina. O segundo artigo discute os fluxos assistenciais existentes na atenção primária, especializada e hospitalar que será submetido à Revista Saúde em Debate.

ARTIGO 1.

Seguimento do câncer de colo de útero em uma região de saúde.

Follow-up of cervix neoplasm in a health region.

Ana Cristina Bortolasse de Farias¹

Ana Rita Barbieri²

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Bloco XII. Av. Senador Filinto Muller s.n.. Cidade Universitária. Campo Grande, MS, Brasil. CEP 79090-900. Email: abortolasse@bol.com.br. Telefone (67)9998 2412 (responsável pela troca de correspondência).

2. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Av. Senador Filinto Muller s.n.. Cidade Universitária. Campo Grande, MS, Brasil. CEP 79090-900. E.mail: ana.barbieri@ufms.br

Ana Cristina Bortolasse de Farias¹

Ana Rita Barbieri²

Resumo

Objetivo: discutir o contexto da assistência às mulheres com resultado do exame colpocitológico alterado na rede de atenção à saúde.

Método: estudo transversal, com abordagem quantitativa, na microrregião de Nova Andradina, Mato Grosso do Sul em 2013 e 2014. Foram realizadas entrevistas com 37 profissionais que atendem a mulher nos diferentes pontos assistenciais da rede. Os dados foram analisados a partir da tabulação das frequências.

Resultados: As mulheres com resultado de exame colpocitológico alterado são encaminhadas e orientadas a procurar ou o serviço de regulação do próprio município ou o serviço de referência. Na atenção básica foi evidenciado o despreparo dos profissionais para assistência, falta de comunicação entre os pontos de atenção, ausência de contra referência e o não monitoramento da mulher encaminhada. Foram identificadas dificuldades para agendar consultas e exames complementares. Na atenção especializada, apontou-se que a oferta da

assistência é menor que a demanda, há falta de material e equipamentos para exames complementares e é freqüente o não comparecimento de mulheres agendadas. Existem pontos de atenção a saúde da mulher com diagnóstico de patologia cervical, porém, não está organizada em rede gerando falhas no seguimento e na assistência às mulheres que precisam de intervenção.

Palavras Chave: Saúde da Mulher, Teste Papanicolaou, Saúde da Família; Saúde, Equidade no Acesso.

ABSTRACT

Objective: To discuss the context of assistance to women with positive Pap smear result in the health care unit. **Method:** Cross-sectional study with a quantitative approach in Nova Andradina microregion, Mato Grosso do Sul in 2013 and 2014. Interviews were conducted with 51 professionals who treat women in different health care units. Data were analyzed from the frequency tabulation. **Results:** Women with positive cervical cytology result were guided and referred to seek either the regulation service of the municipality or the reference service. The lack of the professionals' qualification for assistance in primary care was evidenced; lack of communication among the care units, absence of counter-reference and no monitoring of the referred women. Difficulties were identified to schedule appointments and further exams. It was pointed out that the offer of care was lower than the demand in the specialized care, there are lack of materials and equipment for further exams and it is frequent the no-show of the scheduled women. There are health care units to women's health with a diagnosis of cervical pathology; however, it is not organized in network generating failure in the follow up and in the assistance to the women who need intervention.

Keywords: Women's Health, Pap smear screening, Family Health; Health; Equity in Access.

Keywords: Women's Health, Pap smear screening, Family Health; Health; Equity in Access.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública porque compromete a saúde de um significativo número de mulheres. Nas últimas décadas, o câncer tornou-se um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que para ano 2030, no mundo, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença¹.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2015, apontam para a ocorrência de aproximadamente 576.580 casos novos de câncer e dentre os tipos mais incidentes está o câncer de colo uterino, com número estimado de 15.590 casos novos².

A incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero dão a doença uma importante magnitude. No entanto, a eficiência dos mecanismos para o seu rastreamento, realizado por meio do exame de colpocitológico do colo do útero na rede básica de saúde do país, favorece o controle da doença com detecção precoce das alterações celulares. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o Teste de Papanicolaou (exame colpocitológico), como estratégia de rastreamento para a detecção do câncer de colo de útero em estágio inicial. Assim, a capacidade de resposta à doença faz com que a atenção à saúde da mulher seja prioridade para a saúde pública do país, com metas a serem alcançadas, assistência organizada em redes visando oferecer serviços resolutivos, preferencialmente com captação precoce da doença ^{3, 4, 5,6}.

A finalidade do rastreamento é detectar alterações celulares em estágios iniciais para que procedimentos de intervenção sejam oportunos, ou seja, fazer o seguimento destas mulheres. Dados estaduais apontam que mais de 70% das mulheres com alteração celular do colo do útero em Mato Grosso do Sul não está sendo seguida pela rede de atenção à saúde, fato que desqualifica o principal objetivo da execução do exame colpocitológico que é a detecção precoce de alterações celulares para uma intervenção em tempo oportuno⁷.

Esse seguimento/tratamento deve ser assegurado a mulher com garantia do percurso assistencial, reorganização do fluxo de atendimento, conforme a necessidade, bem como é imprescindível que a equipe de saúde articule o cuidado nos diferentes níveis de atenção, garantindo o acesso aos serviços e o cuidado integral ^{08,09}.

Nos últimos anos, relatórios mostram que Mato Grosso do Sul (MS) vem fortalecendo as coletas de exame colpocitológico em mulheres de 25 a 59 anos. No período compreendido entre 2007 a 2012 atingiu uma razão de 0,23 superando a média nacional, que foi de 0,17. No entanto, em se tratando de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero o Estado se apresenta, no mesmo período, média de 6.77 mortes por 100.000 mil mulheres, quando no Brasil foi de 4.57 ¹⁰.

A Microrregião de Nova Andradina conta com 31 Estratégias Saúde da Família, 02 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos sete municípios, 02 Unidades Mistas, 01 Centro de Especialidades Médicas, 01 Centro de Referência a Saúde da Mulher; 01 Centro de Atendimento a Mulher; 08 hospitais públicos e privados, somando 204 leitos para assistência à pacientes do Sistema Único de Saúde ¹¹.

Diante da situação apresentada, este estudo objetivou analisar o contexto da assistência às mulheres com resultado do exame colpocitológico alterado a partir de entrevistas realizadas junto aos profissionais da rede básica e especializada que prestam atendimento às mulheres, com base no protocolo de Diretrizes e fluxos assistenciais do Ministério da Saúde.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, nos municípios que compõem a microrregião de Nova Andradina, Mato Grosso do Sul (MS) nos anos de 2013 e 2014, sendo eles: Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, e Taquarussu. A área total da unidade territorial da microrregião é de 14.873,114km², com uma população de 110.883 habitantes ^{12, 13}.

A microrregião de Nova Andradina situa-se na Macrorregião de Dourados, sendo esta referência para média e alta complexidade. Para análise do seguimento/tratamento das mulheres nos níveis de maior complexidade, este estudo se estendeu até o município de Dourados. A escolha da microrregião para o estudo deu-se porque relatórios oficiais apontam que nesta área mais de 70% das mulheres não tem seguimento para resultados de exame colpocitológico alterado⁷.

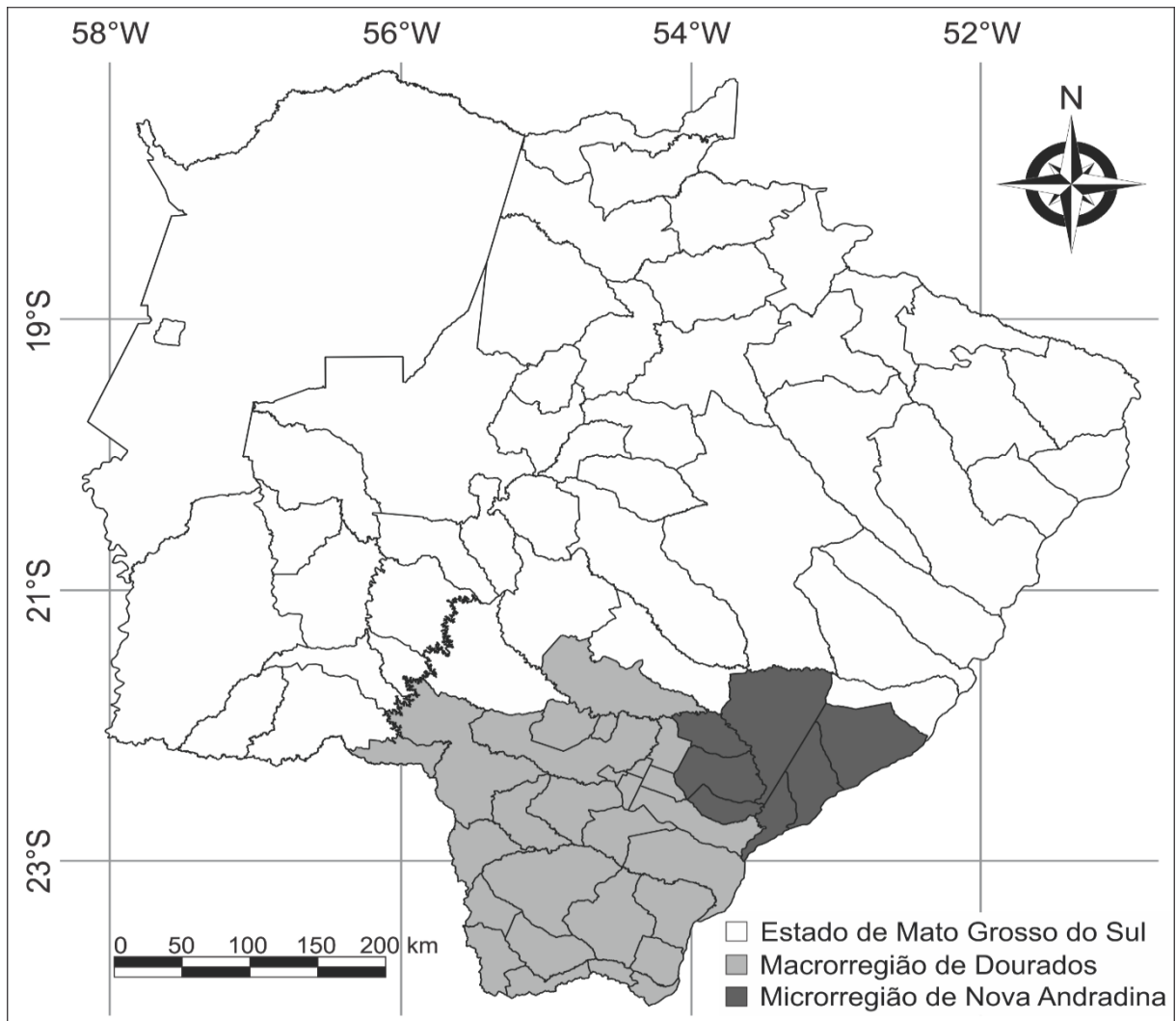


Figura7: Mapa da localização geográfica da microrregião de Nova Andradina, composta por sete municípios, inserida na macrorregião de Dourados em Mato Grosso do Sul.

Foram desenvolvidos dois instrumentos para entrevista, sendo um para os profissionais da atenção primária e um para profissionais da atenção especializada. Os questionários foram elaborados com questões semi-estruturadas tendo como base os protocolos de diretrizes e fluxos assistenciais editados pelo Ministério da Saúde na Portaria 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴.

O instrumento elaborado para profissionais da atenção primária compôs-se de 02 blocos: caracterização profissional (profissão, tempo de trabalho e treinamento/capacitação na

área e saúde da mulher); identificação dos fluxos assistenciais incluindo tempo médio para o recebimento do resultado do exame colpocitológico, rotina de entrega e forma de registro do resultado, conduta da equipe, acompanhamento à mulher encaminhada a outros níveis de complexidade, instrumentos utilizados e barreiras enfrentadas para o seguimento nos níveis de maior complexidade.

O instrumento da atenção especializada para média e alta complexidade (Centro de referência a Saúde da Mulher do Município de Nova Andradina e Centro de Atendimento a Mulher, Hospital do Câncer e Hospital Universitário de Dourados) compôs-se também de dois blocos, sendo o primeiro de caracterização profissional (sexo, profissão e capacitação na área de saúde da mulher) e o segundo investiga os procedimentos executados na rede, quais os mecanismos e dificuldades para o acompanhamento do tratamento da mulher.

Entre os meses de janeiro a abril de 2014 foram realizadas 37 entrevistas para: 33 profissionais da atenção básica, da microrregião; quatro profissionais da atenção especializada, sendo um do Centro de Referência a Saúde da Mulher de Nova Andradina; Centro de Atendimento a Mulher Enf. Anamaria Carneiro e Hospital Universitário da UFGD Dourados e Hospital Universitário de Dourados, cobrindo (100%) da rede especializada para a microrregião.

A análise estatística dos questionários aplicados aos profissionais da atenção básica foi apresentada por meio de tabelas de frequência relativas. Os resultados das entrevistas dos profissionais dos serviços especializados foram analisados de forma discursiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob número do CAAE: 29402114.3.0000.0021.

RESULTADOS

Dos 33 profissionais entrevistados da atenção básica, 100% são enfermeiros. Desses, 05 (16%) possuem menos de um ano de serviço, 17 (51%) de um a cinco anos e 11 (33%) de seis a dez anos. Quanto à capacitação para desenvolver ações relacionadas à saúde da mulher, 63% do total de entrevistados relataram não haver recebido.

Em 33 (100%) das UBS, é realizado o exame colpocitológico com tempo médio de 30 a 59 dias para o recebimento do resultado. Apenas em oito (24.2%) delas o resultado do exame é devolvido via on-line. Observou-se uma duplicidade no registro dos resultados, tanto que em 33 (100%) das UBS os resultados são anotados nos prontuários e 32 UBS (96.96%) anotados no livro de registro.

A rotina para comunicação dos resultados dos exames para as mulheres é por meio de visita domiciliar em 32 (96.96%) dos casos e em 04 (12.1%) a comunicação é por telefone.

Na atenção primária, significativo número de mulheres com resultado do Teste de Papanicolaou com “células escamosas atípicas indeterminadas provavelmente não neoplásicas” e “lesão intraepitelial de baixo grau”, 16 (48.5%) e 26 (78.8%) respectivamente, são encaminhadas para outros níveis de atenção quando deveriam receber o tratamento no nível local (Tabela 01).

Tabela 01: Condutas dos profissionais da atenção básica diante dos resultados dos exames citopatológico alterados.

CONDUTAS	Repete o ECC em 06 meses		Repete o ECC em 12 meses		Encaminha para outros níveis de atenção a saúde		Não sabe responder		Outros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, provavelmente não neoplásico	16	48.5	01	3.0	16	48.5	-	-	-	-	33	100

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.	02	6.1	-	-	28	84.8	02	6.1	01	3.0	33	100
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.	04	12.1	-	-	27	81.8	02	6.1		-	33	100
Células atípicas de origem indefinida.	08	24.2	1	3.0	20	60.6	04	12.1	-	-	33	100
Lesão intraepitelial de baixo grau	04	12.1	1	3.0	26	78.8	01	3.0	01	3.0	33	100
Lesão intraepitelial de alto grau	-	-	-	-	32	97.0	01	3.0	-	-	33	100
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor ou suspeita clínica de invasão	-	-	-	-	32	97.0	01	3.0	-	-	33	100
Adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor	-	-	-	-	30	90.9	03	9.1	-	-	33	100

Quanto à regulação para os serviços especializados encaminhados ao município de Nova Andradina, 18 (54.54%) dos profissionais relataram orientar as mulheres encaminhadas a procurar o serviço de regulação do próprio município e 09 (27.27%) a procurar o próprio serviço de referência. Já no caso de encaminhamentos referenciados ao município de Dourados 33 (100%) encaminham para o serviço de regulação do município de origem da mulher. Tal resultado indica que as mulheres recebem o encaminhamento e, de posse deste, procuram a assistência em outros níveis de complexidade por conta própria, sem nenhum mecanismo de monitoramento e acompanhamento do seguimento na rede de saúde (Tabela 02).

Tabela 02 – Regulação das mulheres com resultados alterados para os serviços especializados aos municípios de Nova Andradina e Dourados/MS.

Variáveis	Município de Nova Andradina		Município de Dourados	
	N	%	N	%
Encaminha para o serviço de referência via telefone	01	3.03	-	-
Orienta a paciente a procurar o	09	27.27	-	-

serviço de referência				
Orienta a paciente a procurar o serviço de regulação do município	18	54.54	33	100
Outros	05	15.16		-
Total	33	100	33	100

Os resultados da pesquisa apontam que 27 (81.8%) das UBS não recebem contra-referência acerca da assistência e/ou tratamento realizado nas mulheres encaminhadas aos serviços especializados. Em 29 (87.9%) das Unidades de Saúde há busca de informações junto a paciente. Dentre as alternativas relatadas pelos profissionais 27 (81.8%) conversam informalmente com a paciente, 13 (39.4%) olham o agendamento do retorno, resultados dos exames e a prescrição médica.

Dos profissionais entrevistados 25 (75.8%) identificam dificuldades na rede de atenção para dar seguimento ao tratamento das mulheres com exame colpocitológico alterado. Dentre eles, 14 (42.4%) apontam problemas para agendar exames complementares, 11 (33.3%) consideram difícil realizar o agendamento para a primeira consulta nos outros níveis de complexidade e 09 (27.3%) afirmam que há dificuldades para o agendamento das consultas subseqüentes nos outros níveis de complexidade.

Os profissionais que atuam na rede de média e alta complexidade são em sua maioria enfermeiros com capacitação para o serviço de assistência a saúde da mulher. Há na rede a oferta de procedimentos em conformidade com as recomendações propostas nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero para as intervenções/tratamento da mulher com alterações celulares de colo uterino. Duas Unidades oferecem exames do colposcopia, biópsia, conização e cirurgias uterinas; três delas oferecem exérese da zona de transformação e uma instituição oferece tratamento de quimioterapia e radioterapia.

Apesar da oferta desses procedimentos na rede de saúde da região estudada, dos quatro profissionais entrevistados da atenção especializada, dois afirmam que há demanda reprimida sugerindo haver dificuldades em relação ao atendimento efetivo a mulher. Citaram, dentre as

dificuldades, a falta de material para realização de procedimentos, falta de equipamento para exames complementares e o não comparecimento da mulher nos atendimentos agendados.

DISCUSSÃO

A importância do seguimento do câncer do colo do útero se dá pela detecção de complicações; detecção de lesões residuais; instituição de tratamento conservador; redução do risco de câncer pós-tratamento conservador e identificação de mulheres com menor necessidade de vigilância¹⁵. Logo, se constitui como um indicador de saúde e qualifica a assistência prestada à mulher.

Estudos apontam falhas na coleta do exame, relação entre o exame e as condições sociais e econômicas das mulheres, outros investigam a percepção feminina em relação ao exame. No entanto, há poucos estudos sobre o seguimento da assistência ^{4,16}.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que a atenção básica da microrregião estudada realiza o exame colpocitológico, os profissionais fazem a busca da mulher para entrega dos resultados e registra. Chama atenção o fato de 63% dos entrevistados responderem não haver recebido capacitação para atuar na atenção à mulher na prevenção do colo de útero.

Autores alertam que a qualidade do cuidado em saúde ofertado por um sistema está relacionada com a educação permanente de seus profissionais, utilização de protocolos clínicos e definição de linhas de cuidado. Assim, o seguimento adequado das mulheres atende ao princípio da oferta da atenção integral e contínua. Formar profissionais para atuar no sistema de saúde mostra-se fundamental para a resolução dos problemas e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos ^{17,18}.

A educação permanente contribui para a organização dos serviços e deve contemplar o desenvolvimento de intervenções que envolvam o acesso, a qualidade do atendimento e a resolutividade. Um estudo realizado com médicos da Faculdade de Medicina de Santo André-SP, sobre as práticas preventivas, incluindo câncer do colo do útero identificou que o exame é feito de forma inadequada por estes profissionais. Dos entrevistados, 77.14% alegaram pouco treinamento e falta de conhecimento em relação ao tema^{19, 20}.

A divulgação da Diretriz Brasileira para rastreamento do câncer do colo do útero objetivou difundir recomendações baseadas em evidências para orientar a tomada de decisões dos profissionais de saúde, viabilizar a comunicação efetiva e organizada entre as equipes e serviços e orientar as Linhas de Cuidado^{14, 21}. Seus protocolos e fluxos assistenciais devem ser adotados para apoiar a assistência e estabelecer as competências para os níveis de atenção básica, média e especializada. Isso implica em ações no campo da gestão, que instituiria as responsabilidades, as competências e as ações a serem executadas em cada ponto de atenção com fornecimento de insumos para a sua realização e, ao mesmo tempo, no campo assistencial, faria a previsão de capacitação profissional para realizar procedimentos corretamente assegurando resolutividade nas ações.

O desconhecimento da Diretriz pela atenção básica interfere diretamente na capacidade resolutiva e na confiança depositada pela população nos serviços primários. O encaminhamento aos serviços de referência para intervenções que podem ser realizadas no nível local confere pouca eficiência à atenção básica e retarda o tratamento das mulheres²².

Registros do Sistema de Informação Ambulatorial sugerem que a oferta de exames para confirmação diagnóstica e tratamento do câncer do colo uterino são inferiores à esperada. Além disso, o encaminhamento inadequado de pacientes e as perdas no acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau comprometem o sucesso do rastreio. O percentual médio de seguimento/tratamento informado é de apenas 9% no País²³.

A coordenação do cuidado, para articular os diversos níveis em redes de atenção, atribuição da atenção básica, não é uma prática cotidiana na microrregião estudada. A atenção primária em saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade do sistema e garantia de melhorias nas condições de saúde da população ²⁴. Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, feita numa perspectiva internacional, percebeu que os sistemas são fragmentados e organizam-se por um conjunto de pontos de atenção isolados e sem comunicação, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua à população dificultando que a atenção primária exerça seu papel de coordenadora do cuidado, com qualidade e de forma integral^{25, 26}.

Coordenação do cuidado pressupõe a longitudinalidade e a integralidade visando a continuidade assistencial. Assim, seus processos e relações entre serviços são ligados, podem reduzir os intervalos entre rastreio e diagnóstico – diagnóstico e início do tratamento – início do tratamento – intervenções eficazes. Pesquisa com gestores dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), destaca que a habilidade para a coordenação do cuidado é fortemente comprometida pela falta de integração entre os níveis assistenciais e desses com os prestadores de serviço. Isso se dá especialmente pela existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do próprio sistema de saúde ²⁷⁻²⁸.

A articulação entre os pontos de atenção não pode prescindir de mecanismos de regulação para relacionar unidades assistenciais nos diferentes níveis de complexidade. Sistemas informatizados de referência e contra referência devem compor os protocolos de serviços das coordenações municipais tanto para encaminhar as mulheres quanto para monitorar as intervenções.

Um relatório de auditoria demonstra que a estrutura da rede de atenção oncológica brasileira não tem permitido acesso oportuno e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de

câncer. Os motivos são diversos como, por exemplo, o despreparo da atenção básica para rastrear precocemente os casos, estrutura deficiente da rede de saúde, número insuficiente de profissionais, dentre outros. Mato Grosso do Sul (MS), foi citado no relatório por apresentar falhas na assistência que inviabilizam ou retardam a possibilidade de tratamento a consideráveis contingentes da população que dele necessita²⁹.

O Teste de Papanicolaou deve ser compreendido pelos profissionais de saúde como uma técnica de rastreamento, sensível para detecção do câncer de colo do útero e não um fim em si mesmo, ou seja, é o início do processo de intervenção. Técnicas de rastreamento são aplicadas às populações saudáveis ou grupos de risco e, portanto devem ter ampla oferta e cobertura. No entanto, ampliar a sua cobertura sem oferecer e organizar as ações decorrentes do resultado do exame não altera a morbimortalidade nem tampouco o sofrimento humano.

Os desafios persistem no Sistema Único de saúde (SUS) e indicam a necessidade contínua de articulação da atenção primária para o acesso responsável aos demais níveis de atenção a saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde³⁰.

Este estudo contém limitações. É possível que tenha falhas nos registros de seguimento das mulheres e não foi objeto de pesquisa a associação entre resultados dos exames colpocitológicos com alteração celular e atendimentos nos serviços de oncologia. Apesar de cientes da promulgação da Lei 12.732 de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.” Observou-se que não há garantia do acesso das mulheres ao diagnóstico para possam se beneficiar da Lei. Os registros de mortalidade, que são altos no estado, suscitaram a necessidade do estudo que investigou lapsos entre o rastreamento e o início do tratamento.

Este estudo evidenciou a necessidade de aprimorar o atendimento oferecido às mulheres sob dois aspectos fundamentais. Um deles trata da qualificação dos trabalhadores

para as ações em cada nível de complexidade adequando a estrutura dos serviços à assistência, com regularidade na disponibilização de suprimentos e equipamentos. Assim, cada nível de atenção à saúde da mulher executa a assistência que lhe é definida pelos protocolos clínicos, ampliando a capacidade resolutiva. O segundo aspecto aponta para a necessidade de melhorar os sistemas de acompanhamento entre os pontos de atenção, mantendo a mulher permanentemente no foco (na tela do radar) e a colocando nos pontos de atenção previstos para a respectiva linha do cuidado. Afinal compete ao sistema de saúde e não ao cliente a garantia do acesso à assistência. Sistemas informatizados permitem melhor monitoramento das ações, dos resultados dos exames e do percurso da mulher nos diversos pontos assistenciais.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO I

1-Ministério da Saúde. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2012.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/> Acessado em: 03 de agost. 2013.

2 – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2014. Incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Aceso em: 26 de fev. 2014.

3-THULER, C. C. L. *et al.* **Câncer do colo do útero no Estado de mato Grosso do Sul: Detecção precoce, Incidência e Mortalidade.** Ver. Bras. de cancerologia 2012; 58(3). Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/09_artigo_cancer_colo_uterio_estado_mato_grosso_sul_deteccao_precoce_incendencia_mortalidade.pdf. Acesso em 09 de fev. 2014.

4-PINHO. A. A.; França-Junior, I. **Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou.** Ver. saúde materno infantil. Recife, 3 (1): 95-112, jan. – mar., 2003.

5-CASTRO F. L. **Exame Papanicolaou:** O conhecimento das mulheres sobre o preventivo e a estratégia do PSF no combate ao câncer de colo de útero. Uberaba\MG, 2010. Disponível

em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2318.pdf>>. Acesso em 09 de fev. 2014.

6-VALENTE; A. C.*et al.***Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou.**Ver. Esc. Enferm. USPvol.43no.spe2São PauloDec.2009.

7- SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE/MS. Gerência Estadual Saúde da Mulher Mato Grosso do Sul Publicação eletrônica – informações sobre o programa SISCOLO 2012 [mensagem institucional]. Mensagem recebida por <siscolo@saude.ms.gov.br> em 27 de jan. de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do Câncer do Colo do Útero. **Painel de Indicadores do Câncer do Colo de Útero** (indicadores do SISCOLO). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/>. Acesso em 30 de jan. 2014.

08-INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Linha de cuidado e integralidade da atenção.** Brasília, 2014. P.92-93.

09- MALTA, C.D; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface – Comunic., Saúde, Educ. v.14, n.34, p.593, jul\set.2010.

10-INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do Câncer do Colo do Útero. **Painel de Indicadores do Câncer do Colo de Útero** (indicadores do SISCOLO). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/>. Acesso em 30 de jan. 2014.

11- DATASUS. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 de out. 2013.

12- ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano de Desenvolvimento Regional.** Secretaria de Estado de Meio Ambiente, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia. Documento Síntese. PDR – MS. 2010-2030. Disponível em <http://www.semec.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=52608>. Acesso em: 09 de fev. 2013.

13- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Mato Grosso do Sul.** Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=50&search=mato-grosso-do-sul>>. Acesso em: 10 de fev. 2014.

14- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

- 15- LEWIS Merle J. 2004. **A Situational Analysis of Cervical Cancer Latin America & the Caribbean**. PAHO. Washington, D.C.
- 16- Albuquerque; M. K. *et al.* **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S301-S309, 2009.
- 17- BATISTA, C. B. K. GONÇALVES, J. S. O. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- 18- CALIFE, K. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE\SP. Linhas de cuidado E a integralidade na atenção à saúde da mulher. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/rede-cegonha/oficina-ambiencia/apresentacoes/linha_de_cuidado_karina_calife.pdf.
- 19- TUCUNDUVA, M. C. T. L. *et al.* **Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer**. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.50 n.3 São Paulo July/Set. 2004.
- 20- SARRETA, O. F. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. ISBN 978-85-7983-009-9.
- 21-REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Normas e Recomendações do Ministério da Saúde Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas** - Recomendações para profissionais de saúde. Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(3): 213-236.
- 22- FRANCO, B. T.; Franco, M. C. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2014. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf. Acesso em: 23 de set. 2014.
- 23- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- 24- NÚÑEZ, RT. *et al.* **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas**. GacSanit 2006; 20:485-95.
- 25-LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde soc.vol.20n.4São PauloOut./Dez.2011.
- 26- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.15no.5Rio de JaneiroAug.2010. *Printversion*ISSN1413-8123.
- 27-FRANCO, B. T., JUNIOR, M. M. H. **Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado**. 2004. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20AS>

SIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlho.pdf>. Acesso em: 23 de agosto. 2014.

28- HOFMARCHER MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. **Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development**; 2007.

29- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – (TCU). **Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica**, 2010. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Oncologia%20-%20relat%C3%B3rio%2020vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em: 19 out. 2012.

30- MATTA, C.G; MOROSINI, G. V. M.; **Atenção a Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em 14 de jan. 2014.

ARTIGO 2

Lesões do colo uterino: é preciso construir fluxos assistenciais entre serviços para assegurar o tratamento.

Ana Cristina Bortolasse de Farias¹

Ana Rita Barbieri²

3. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Bloco XII. Av. Senador Filinto Muller s.n.. Cidade Universitária. Campo Grande, MS, Brasil. CEP 79090-900. Email: abortolasse@bol.com.br. Telefone (67)9998 2412 (responsável pela troca de correspondência).

4. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Av. Senador Filinto Muller s.n.. Cidade Universitária. Campo Grande, MS, Brasil. CEP 79090-900. E.mail: ana.barbieri@ufms.br

Ana Cristina Bortolasse de Farias¹

Ana Rita Barbieri²

Resumo

Objetivo: discutir o fluxo de atendimento às mulheres com exame de citopatologia oncológica alterada, na microrregião de Nova Andradina/MS e contribuir para o debate da organização das redes e fluxos assistenciais.

Método: estudo transversal, quantitativo, realizado entre janeiro a abril/2014, com 52 entrevistas aos profissionais que atendem a mulher nos diferentes pontos assistenciais da rede. **Resultados:** Existência dos pontos de atenção e procedimentos em conformidade com a Diretriz Brasileira de Rastreamento do CCU. Falhas na conduta da atenção básica aos resultados dos exames. A maioria da atenção especializada de média complexidade, afirmou demanda reprimida. A atenção terciária relata a chegada da mulher para os serviços com diagnóstico tardio. Os serviços de regulação possuem agendas centralizadas. As Unidades Básicas de Saúde não recebem contra-referência da assistência as mulheres encaminhadas às especialidades. Coordenadores municipais de saúde da mulher não registram resultados dos exames. A falta de um sistema de comunicação formalmente instituído entre os pontos assistenciais e serviços de regulação é um problema tão relevante quanto à assistência. A

instituição de rotinas de comunicação compartilhadas e protocolos de regulação são importantes para assegurar a integração.

Palavras Chaves: Equidade no acesso, assistência à saúde, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Objective: To discuss the service flow to women with positive Pap cytology exam in Nova Andradina micro region, Mato Grosso do Sul and to contribute to the network organization debate and assistance flows. **Method:** Cross-sectional, quantitative study, carried out from January to April / 2014 with 52 interviews with professionals who work with women in different health care units. **Results:** The existence of care units and procedures in accordance with the Brazilian Guidelines for CCU Tracing. Failures in the primary care behavior of the exam results. Most complexity average specialized care, stated restrained demand. The tertiary care reports the arrival of women for services with late diagnosis. Regulatory services have centralized agendas. The Basic Health Units do not receive women assistance counter-reference referred to the medical specialties. Municipal coordinators of women's health do not record exam results. The lack of a communication system formally established among the care units and regulating services is as important as assistance. The establishment of shared communication routines and regulatory protocols are important to ensure integration.

Keywords: Equity in access, health care, Family Health Strategy

INTRODUÇÃO

Câncer é um conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que envolvem os tecidos e órgãos. Em 2020, estima-se que o número de casos novos no mundo seja de 15 milhões, sendo 60% em países em desenvolvimento. É a segunda causa de mortes representando 13% do total. Pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente poderia ser prevenido (AYRES *et al.*, 2010; WILD, 2014).

Em se tratando do câncer de colo de útero, estatísticas mostram que em 2014, foram estimados, no Brasil, 15.590 novos casos, (15.33/100 mil mulheres). Quando distribuído por região, a Centro Oeste é a segunda com maior incidência (22.19/100 mil), superando apenas a região Norte (23.57/100 mil). A melhoria desses indicadores exige organização, integralidade, ações em linha de cuidado, tratamento e seguimento efetivo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Considerando a magnitude do câncer, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com

Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde. Tal rede tem por finalidade organizar os pontos de atenção à saúde, com ações cooperadas, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária (BRASIL, 2013; MENDES, 2010).

A continuidade da assistência se define pelo grau de coerência dos serviços prestados aos usuários ao longo do tempo e depende da coordenação entre profissionais, serviços e instituições que realizam o atendimento (GARCIA-SUBIRATS *et al.*, 2015). A garantia da assistência nos diferentes níveis de complexidade pressupõe troca de informações clínicas e coordenação do cuidado por meio de protocolos que precisam ser assegurados por uma gestão que integre os níveis assistenciais envolvidos (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Só faz sentido pensar em rede se a continuidade do cuidado for seu fio condutor. A rede de atenção às mulheres com resultado de exame de colpocitologia oncótica alterado de Mato Grosso do Sul dispõe de 504 unidades de atenção básica distribuídas nos 78 municípios que realizam anualmente 170.000 exames citopatológicos do colo do útero, dos quais são diagnosticadas aproximadamente 460 alterações de alto grau (2.7%). Os exames de citologia do colo útero e anatomopatológicos são encaminhados para nove laboratórios de patologia. A atenção secundária está distribuída nas 11 microrregiões do estado, realizando em torno de 5.437 colposcopias e 329 Cirurgias de Alta Frequência (CAF) a cada ano. Já a rede terciária para tratamento dos casos de câncer está situada nos municípios-sede das quatro macrorregiões (THULER *et al.*, 2012).

A primeira vista, há a impressão de fluidez na assistência às necessidades da mulher no estado, no que diz respeito à saúde do colo do útero. Mato Grosso do Sul vem reforçando a coleta de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Isso é evidenciado quando no período compreendido entre 2007 a 2012, a razão de coleta foi de 0,23 superando a nacional, que foi de 0,16 por 100.000 mulheres. No entanto, a mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero no estado, no mesmo período, foi de 6,77 por 100.000 mil mulheres, enquanto no Brasil a média foi de 4,57 (DATASUS, 2014).

Uma eficiente medida para redução da mortalidade é o rastreamento abrangente e constante que pode reduzir óbitos por câncer de colo de útero em mais de 70% em relação às populações não assistidas. Há dois motivos para este efeito: o primeiro é que em grande número de mulheres é detectada ainda com doença pré-invasora e o segundo, quando a doença é detectada na sua forma invasora, esta tende a ocorrer em estádios mais precoces, em que as chances de cura são maiores (CALAZAN *et al.*, 2008).

O propósito do rastreamento é a detecção de alterações celulares em estágios iniciais para que procedimentos de intervenção sejam feitos em tempo oportuno. No Mato Grosso do

Sul, relatório aponta insuficiência no acompanhamento das mulheres com resultado do exame colpocitológico alterado. De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (2012) mais de 70% das mulheres com este tipo de alteração celular não estão sendo seguidas/acompanhadas pela rede de atenção à saúde. Diante deste contexto, este estudo objetivou discutir o fluxo de atendimento às mulheres com exame de citopatologia oncológica alterada, em uma das microrregiões de Mato Grosso do Sul e contribuir para o debate da organização das redes e fluxos assistenciais.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal na microrregião de Nova Andradina, MS, entre os meses de Janeiro e abril de 2014, tendo como cenário os sete municípios que compõem a microrregião: Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Taquarussu e Dourados, sendo este último da macrorregião de saúde e referência para a assistência de média e alta complexidade. A microrregião foi escolhida para o estudo por ter mais de 70% das mulheres sem seguimento para resultados de exame de colpocitologia oncológica com alterações (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014).

Foram desenvolvidos 04 diferentes formulários para entrevista, sendo 01 para os profissionais da atenção primária, abrangendo 33 Unidades de Atenção Básica, 01 para os coordenadores municipais de saúde da mulher, sete entrevistas, 01 para os profissionais do sistema de regulação municipal e de referência para região; com oito participantes e 01 para profissionais da atenção especializada, com quatro entrevistados.

Os critérios de inclusão foram: atuar diretamente junto à mulher no que diz respeito a prevenção, tratamento e reabilitação do câncer do colo do útero; coordenar no nível municipal o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e atuar na central de regulação municipal e regional em Dourados. Todos profissionais convidados aceitaram participar da pesquisa após esclarecimentos acerca dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os formulários foram desenvolvidos com base nos protocolos de diretrizes e fluxos assistenciais editados pelo Ministério da Saúde (INCA, 2011) e na Portaria 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à

Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011; BRASIL, 2013).

Os formulários tinham a finalidade de conhecer os procedimentos existentes em cada nível de atenção bem como os mecanismos de encaminhamento das mulheres aos diferentes níveis assistenciais.

Foi feita uma pesquisa com dados secundários dos relatórios do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) entre junho de 2013 a julho de 2014.

Os 33 questionários realizados na Atenção Básica foram analisados estatisticamente por meio de tabelas de frequência relativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob número do CAAE: 29402114.3.0000.0021.

RESULTADOS

Dos entrevistados, 47 (90.38%), são do sexo feminino e com faixa etária predominante de 40 (76.93%) entre 25 e 45 anos de idade. Os demais 12 (23.07%) possuem mais de 45 anos. Em se tratando da profissão 100% dos profissionais da atenção primária é enfermeiro, seguido de 75% da mesma categoria na atenção de especializada. Dentre os coordenadores do PCCU (95.7%) enfermeiros. Já os responsáveis pelas centrais de regulação dos municípios, 4 (50%) é assistente social, seguidos de 03(37.5%) enfermeiros e 1 (12.5%) pedagoga.

A microrregião de Nova Andradina é composta por 07 Municípios, com 33 unidades básicas de saúde. Os municípios de Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Novo Horizonte do Sul, Taquarussu possuem cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família. Ivinhema alcança 92%, Nova Andradina e Dourados. Os maiores municípios da região e respectivamente sede da microrregião e da macrorregião de saúde, possuem cobertura de ESF de aproximadamente 65%.

Os resultados apontam falhas quanto às condutas tomadas pela atenção básica de acordo com os resultados dos exames. A pesquisa identificou que grande parte dos exames com resultados como, “células escamosas atípicas indeterminadas provavelmente não neoplásicas” e “lesão intraepitelial de baixo grau”, 16 (48.5%) e 26 (78.8%) respectivamente,

são encaminhados para outros níveis de atenção quando poderiam ser tratados no nível local, de acordo com a Diretriz Brasileira de Rastreamento.

Por outro lado, lesões que devem ser imediatamente encaminhadas como “Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau”, “Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico ou e quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau”, “Células atípicas de origem indefinida”, dos 33 profissionais da atenção básica entrevistados, 07 (21.21%) relatam tratar no nível local. Tal manejo indica que os protocolos não são seguidos e podem ser provocados pela falta de preparo dos profissionais para atuar na prevenção do câncer de colo uterino, uma vez que (60.6%) deles informaram que não receberam nenhum treinamento para atuar nesta área.

Na região verificam-se os procedimentos especializados em conformidade com as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero para as intervenções/tratamento das alterações celulares, com serviços e profissionais concentrados na micro e macrorregião. Exames de colposcopia e biopsia são realizados no Centro de Referência a Saúde da Mulher de Nova Andradina e Clínica da Mulher Ana Maria Carneiro, Dourados; Exereses da Zona de Transformação/Cirurgia de Alta Frequência, além de realizadas nas duas unidades citadas anteriormente, também são referenciadas ao Hospital Universitário da UFGD; Conização do colo uterino ao Centro de Referência a Saúde da Mulher, Nova Andradina e Hospital Universitário da UFGD, Dourados; radioterapia e quimioterapia são referenciadas ao Centro de Tratamento de Câncer de Dourados e por fim, a cirurgia do colo uterino para o Hospital Universitário da UFGD, Dourados e Centro de Tratamento de Câncer de Dourados.

Dos 03 profissionais da atenção especializada para o serviço de média complexidade, 02 afirmou que há demanda reprimida para a assistência a mulher. Motivos relacionados à gestão e estrutura do serviço como a falta de material, de equipamentos e de profissionais, além de estrutura inferior à demanda, foram citados como principais motivos para o não atendimento. O não comparecimento da mulher no dia agendado foi um aspecto citado por um dos profissionais.

Uma das preocupações expressas foi a chegada da mulher para os serviços com diagnóstico tardio, o que dificulta o tratamento e o prognóstico de cura.

Em se tratando da regulação da assistência, os municípios da região possuem o serviço centralizado. Das mulheres encaminhadas à Clínica da Mulher de Nova Andradina, 54.5% delas são instruídas a procurarem o serviço de regulação municipal e 27.3% das unidades

orientam as mulheres a procurar diretamente o serviço de referência, sem comunicar o serviço de regulação. Estes casos foram percebidos no município de Nova Andradina (sede da microrregião estudada), onde o serviço de referência atende demanda espontânea. As unidades de atenção básica dos demais municípios fazem agendamento por telefone (18,2%).

Quanto à assistência oferecida pelo Município de Dourados (Centro de Atendimento à Mulher, Hospital Universitário e Hospital do Câncer), em 100% dos encaminhamentos realizados pela Atenção Primária as usuárias são orientadas a procurar o Sistema de Regulação Municipal (SISREG) (Figura01).

Formas de regulação para assistência	Respostas	N.	%
Forma de encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento na Clínica da mulher	Via telefone	01	3,1
	Orienta a procurar o serviço de referência	09	27,3
	Orienta a procurar o serviço de regulação do município	18	54,5
	Outros	05	15,1
Forma de encaminhamento das mulheres com alterações que necessita de atendimento referenciado para Centro de Atendimento à Mulher Dourados	Orienta a procurar o serviço de regulação do município	33	100,0
Forma de encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento referenciado para Hospital do Câncer de Dourados	Orienta a procurar o serviço de regulação do município	33	100,0
Forma de encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento referenciado para o Hospital Universitário de Dourados	Orienta a procurar o serviço de regulação do município	33	100,0

Tabela 03 - Regulação do serviço de assistência mulher na microrregião de Nova Andradina/MS.

Conforme informações dos coordenadores do sistema de regulação dos municípios, a paciente é informada sobre a sua agenda de atendimento na atenção especializada por meio de contato telefônico em 06 Municípios (75%). Os coordenadores também afirmaram em 06 municípios que notificam a equipe de ESF, ou seja, há duas ações para comunicar a mulher, sendo uma de acesso direto a paciente e outra de comunicação a UBS. Já o município que é referência para os demais, faz o contato informando a regulação municipal do município de origem. Todos os municípios que encaminham se responsabilizam pelo transporte das mulheres (Figura 02).

FORMAS DE COMUNICAÇÃO	N	%
Telefone	6	75,0
Notifica a equipe de ESF	6	75,0
Comunica a central de regulação municipal	1	12,5
Comunica a paciente via correspondência	0	0,0

Tabela 04 - Formas de comunicação com a paciente quando é emitida a autorização para o atendimento na atenção secundária e terciária.

Quanto à contra referência 27 (81.8%) das UBS não recebem informações acerca da assistência e do tratamento dados as mulheres que são encaminhadas aos serviços especializados.

Dos entrevistados da atenção básica, 25 (75.8%) identificam dificuldades para dar seguimento ao tratamento das mulheres com exame colpocitológico alterado. Dentre elas, 14 (42.4%) apontam problemas para agendar exames complementares, 11 (33.3%) julgam difícil realizar o agendamento para a primeira consulta nos outros níveis de complexidade e 9 (27.3%) afirmam que há dificuldades para consultas subsequentes nos outros níveis de complexidade tanto quanto retorno da paciente a atenção básica sem assistência agendada prestada.

Dos sete coordenadores municipais da saúde da mulher, somente 01 informou receber e registrar o resultado do exame para posteriormente encaminhar as unidades de saúde.

Em seis municípios a coordenação não registra e os resultados são encaminhados diretamente do laboratório para as unidades de saúde assim, a coordenação municipal depende das informações fornecidas pelas unidades de saúde e/ou do laboratório. Para acompanhamento relatam fazer reunião com as equipes e monitorar o Sistema e Informação do Câncer (SISCAN).

DISCUSSÃO

A microrregião de Nova Andradina/MS possui um conjunto de pontos de atenção para assistência à saúde da mulher com todos os serviços necessários. A rede física-estrutural tem a Atenção Básica como porta de entrada, seguida pela média e alta complexidade, equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, distribuídos espacialmente. No serviço de referência para média complexidade houve registro de falta de equipamentos, insumos e

profissionais para o atendimento da demanda. Na rede de unidades de atenção básica não houve informações desta natureza.

A pesquisa apontou graves deficiências na comunicação entre os serviços e entre os serviços e as usuárias. Há falta de rotinas e protocolos destinados aos fluxos assistenciais o que compromete a eficácia da rede de atenção à saúde. A articulação entre os serviços de diferentes complexidades é um ponto nevrálgico para a garantia o acesso das pessoas ao tratamento necessário (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

A comunicação das unidades de saúde da família junto à rede assistencial é primordial para garantir maior oferta de serviço e coordenar ações que vão ao encontro das necessidades, sejam elas menos ou mais complexas. A coordenação do cuidado implica na capacidade de promover a continuidade da atenção ao longo da rede de serviços por meio de mecanismos de integração (STARFIELD, 2002).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, relacionando a cobertura de equipes de Estratégia Saúde da Família com a coleta do exame de colpocitologiaoncótica, concluiu que o modelo de atenção primária à saúde é preditor na coleta do referido exame e os municípios com maior cobertura da Estratégia Saúde da família têm a razão de realização do exame significativamente maior quando comparado aos municípios com unidades tradicionais(FONTANIVE *et al.*, 2008).

A Estratégia Saúde da Família aponta transformações positivas no processo de trabalho das equipes, porém, apresenta algumas limitações que comprometem seu avanço, especialmente quando se trata de rede de atenção à saúde. Um estudo que revisou quarenta e um artigos sobre o processo de trabalho das equipes, concluiu que o acesso a rede de atenção a saúde e rede de referência e contra referência foram citados somente em um artigo como parte do trabalho (SILVA *et al.*, 2013).

Corroborando, pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, para avaliar condições facilitadoras e limitadoras da implementação da Estratégia de Saúde da Família em oito centros urbanos brasileiros, mostrou que em média 15.5% dos profissionais de nível superior concordam “muito” que a Estratégia Saúde da Família conta com sistema de referência. O mesmo estudo aponta que 41.23% dos profissionais entrevistados relatam nunca haver recebido a contra-referência para o seguimento do cuidado em saúde, no seu processo de trabalho (ESCOREL *et al.*, 2007). Isso reflete a não compreensão nem tampouco o comprometimento dos profissionais em relação a coordenação do cuidado, fato explícito também neste estudo.

Esta pesquisa traz outras inquietações quando seus resultados mostram a falta de preparo/capacitação dos profissionais, especialmente da atenção básica, para a assistência baseada em protocolos e fluxos instituídos pelo Sistema de Saúde. Com isso, há a percepção dos encaminhamentos desordenados, de forma que encaminham mulheres que deveriam ser tratadas e acompanhadas na própria unidade básica e ao mesmo tempo, “tratam e acompanham” mulheres que, de acordo com a Diretriz Brasileira, os resultados deveriam ser melhores investigados com exames especializados (colposcopia, biopsia) que não possuem na atenção básica.

A linha de cuidado pensada de forma integral passa por vários serviços de saúde. Assim, não há integralidade sem a transversalidade no sistema. O seguimento das alterações celulares uterinas, especificamente, depende da união de diferentes tecnologias para avançar no cuidado das mulheres, considerando os diferentes níveis de evolução da doença (CECILIO; MERHY, 2003).

Dentre os principais fatores para garantir sucesso no rastreamento, estão a capacitação dos profissionais, monitoramento do serviço, padronização dos registros e gestão do funcionamento dos sistemas de informação, além de adequado diagnóstico e acompanhamento das mulheres com alterações detectadas. Todavia, esta estrutura tem sido deficitária nos Países em desenvolvimento com limitação da efetividade do serviço avaliado (DENNY 2012).

Estudos acrescentam que dentre os fatores prejudiciais ao rastreamento efetivo do câncer do colo do útero, estão à baixa cobertura, deficiência na organização do programa, dificuldade na confirmação diagnóstica e no seguimento e tratamento dos casos rastreados. Analisar o rastreamento e o impacto dessas ações pode gerar indicadores fundamentais para maior eficiência do programa, auxiliando na redução das taxas de incidência e, conseqüentemente, de mortalidade por câncer de colo uterino (BOTTARI, 2008; BRASIL, 2010).

Dentro desta organização, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorientar o modelo assistencial colocando-se como estratégia central, que orienta o processo de trabalho em saúde mediante ações intersetoriais, de promoção, prevenção e atenção à saúde. Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, gera um cenário favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer do colo do útero (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MONKEN; GONDIM, 2012).

A concepção de rede assistencial é uma forma de organização social, baseada na cooperação entre unidades dotadas de autonomia, inexistência de hierarquia,

compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos (CASTELLS, 2000). A partir desta premissa e dos resultados deste estudo, propõe-se uma lógica de responsabilidades e comunicação entre os diferentes pontos assistenciais que pode ser visualizado na Figura 3. Para a constituição de redes de atenção à saúde, responsabilidades, funções e procedimentos precisam ser explicitadas para evitar o risco de desassistir o paciente.

A pesquisa apontou grave desorganização nos fluxos assistenciais e a indefinição de papéis no contexto da rede assistencial, e vendo a função da rede propõe-se, um desenho de atribuições e responsabilidades para os envolvidos.

ATIVIDADES	AB	CRM	CMSM	CRMR	SMAC
Realizar rastreamento					
Receber resultado					
Analisar resultado					
Monitorar seguimento					
Agendar atendimento no serviço de referência					
Acompanhar agendamento/tratamento					
Comunicar paciente sobre agenda					
Prover transporte sanitário para paciente					
Realizar atendimento conforme diretrizes					
Comunicação entre os pontos de atenção					
Orientar tratamento					
Avaliar eficiência e eficácia do sistema com indicadores					

Legenda: AB: Atenção Básica seja Estratégia Saúde da Família ou unidades de atenção básica; CRM: Central de Regulação Municipal; CMSM: Coordenação Municipal de Saúde da Mulher; CRMR; Central de Regulação da Macrorregião de Saúde; SMAC: Serviços de Média e Alta Complexidade.

Figura 08: Funções dos diferentes pontos de assistência para definição do fluxo assistencial à mulher com alteração (proposto pelos autores).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constatou que os protocolos assistenciais, principalmente na atenção básica, não são cumpridos e isso se deve tanto pela falta de atividades de educação permanente para reflexão e aperfeiçoamento das práticas como pela pouca participação da coordenação municipal no monitoramento e avaliação dos serviços.

No estudo, o serviço de média complexidade possui equipamentos e insumos de forma intermitente, com falta de profissionais o que compromete gravemente o tratamento em tempo hábil. O serviço de referência deve ser considerado um ponto nevralgico para a resolução de problemas complexos e com dimensionamento suficiente para dar respostas adequadas ao sistema de saúde. A intervenção para o câncer não pode esperar e nem deixar de acontecer por falhas na gestão.

A falta de um sistema de comunicação formalmente instituído entre os pontos assistenciais e entre esses e os serviços de regulação é um problema crucial tão relevante quanto a assistência propriamente dita. Instituição de rotinas de comunicação compartilhadas e protocolos de regulação são importantes para assegurar a integração. É um contra censo que, ante o desejo de instituir redes de atenção à saúde, pessoas busquem espontaneamente tanto os serviços de assistência quanto o serviço de regulação. No caso das mulheres, estas não estão sendo acompanhadas e o tratamento não está sendo monitorado o que pode corroborar com o número de mortes e falta de seguimento para o câncer de colo do útero no estado.

Os resultados do estudo trazem a possibilidade de discutir, instituir co-responsabilidade e criar mecanismos de comunicação e monitoramento que possam, efetivamente, provocar mudanças nos tristes indicadores de câncer do colo do útero em Mato Grosso do Sul e apontar as fragilidades existentes na conformação das redes e fluxos assistenciais como um todo.

REFERÊNCIA DO ARTIGO II

AYRES, A R G. *et al.* **Prevalência de infecção do colodo útero pelo HPV no Brasil:revisão sistemática.** Ver. Saúde Pública 2010;44(5):963-74.

BOTTARI, CMS. *etal.* **Câncercérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica.** Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S111-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. – Brasília, 2010. 104, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). ISBN 978-85-334-1688-8. 1. Saúde pública. 2. Violência. 3. Políticas públicas. I. Título. II. Série.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** 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 (SUS).**

CALAZAN, C. *et al.* **O diagnóstico do câncer de colo uterino invasor em um centro de referencia brasileiro:** tendência temporal e potenciais fatores relacionados.2008. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/325_332_O_Diagnostico_do_Cancer_do_Colo_Uterino.pdf>. Acesso em 01 agosto 2012.

CASTELLS, M. – **A sociedade em rede.** São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.**REDE CÂNCER. Entenda a Rede.** 2014. Disponível em:<<http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/entendarede/site/home>>. Acesso em: 20 de mai. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003. p.197-210.

DATASUS. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 de out. 2014.

DENNY, L. **Cytological Screening for Cervical CâncerPrevention.**BestPract Res ClinObstetGynaecol. 2012; 26(2):189–96.

ESCOREL, S. *et al.* **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Ver. Panam. Salud. Pública/Pan Am. J Public. Health. 21(2), 2007.

FONTANIVE, N. V. P. *et al.* **Cobertura da Estratégia Saúde da Família e de citopatologia de colo uterino no Rio Grande do Sul.** Ver. Bras. Med. Fam. e Com 119 Rio de Janeiro, v.4, nº 14, jul /set 2008.

GARCIA-SUBIRATS, I. *et al.* **Adaptación y validación de la escala CCAENA para evaluarla continuidade assistencial entre niveles de atención em Colombia y Brasil.** Gac Sanitária.2015: 29: 88-96.

GÖTTEMS, L.D.B.; PIRES, M.R.G.M. **Para Além da Atenção Básica:** reorganizaçãodo SUS por meio da interseção do setor políticocom o econômico. Saúde Soc. São Paulo.2009. 189-198.

HAGGERTY, J.*et al.***Continuityofcare: a multidisciplinary review.** BMJ, 2003: 327:1219-1221.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Linha de cuidado e integralidade da atenção.** Brasília, 2014. P.92-93.

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde.** Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte: Minas Gerais; 2010. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no. 5 Rio de Janeiro Ag. 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

MONKEN, M.; GONDIM, G. M. M.**Territorialização em Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: jan. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE\MS. Gerência Estadual Saúde da Mulher Mato Grosso do Sul Publicação eletrônica – informações sobre o programa SISCOLO [mensagem institucional]. Mensagem recebida por <siscolo@saude.ms.gov.br> em 27 de jan. de 2014.

SILVA, A. L. *et al.***A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 no. 1 Rio de Janeiro Jan. 2013.

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

THULER, C. C. L.*et al.***Câncer do colo do útero no Estado de mato Grosso do Sul: Detecção precoce, Incidência e Mortalidade.** Ver. Bras. de cancerologia 2012; 58(3). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/09_artigo_cancer_colo_uterio_estado_Mato_Grosso_Sul_deteccao_precoce_incendencia_mortalidade.pdf>. Acesso em 09 de fev. 2014.

WILD, C. **Uma agenda para o Câncer.** 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/1119188044ab4cd6994fbf2537792882/08_RC2_6_entrevista.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 30 de jan. 2014.

CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

O estudo identificou e analisou a rede de atenção à saúde das mulheres com resultado alterado do exame de colpocitologia oncótica na Microrregião de Nova Andradina e foi possível constatar que não faltam serviços voltados ao atendimento da mulher na atenção primária e no nível de média complexidade para exames diagnósticos e tratamentos. No entanto, é preciso novos estudos para discutir a organização e participação dos serviços, uma vez que a pesquisa apontou indícios de que parecem atuar sem vínculos e coresponsabilidades atendendo apenas a demanda que entra nos serviços.

Embora os fluxos assistenciais estejam previstos nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, os mesmos estão sem coordenação para conectar os diversos pontos de atenção e a ausência de rotinas e protocolos, preferencialmente informatizados, compromete o monitoramento das mulheres que precisam da assistência. A falta dessa gestão é um importante componente explicativo para os resultados ruins encontrados na região e que motivaram esta pesquisa: 70% das mulheres com alterações celulares de colo de útero não são seguidas e o estado tem um dos maiores índices de mortalidade por câncer do colo do útero.

Consideramos este estudo de suma importância dado o seu relevante diagnóstico de falhas em uma política pública instituída e deve ser analisado pelos tomadores de decisão para a adoção de novas práticas visando a efetivação da rede de assistência.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

BRASIL. **Consulta Pública nº 01 de 04 de Julho de 2005.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-01-CONS.htm>>. Acesso em 20 de fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006que divulga o Pacto pela Saúde.** Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm/>>. Acesso em 22 set 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – **PSF – Saúde da Família - Atenção Primária.** 2006b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 02 de agost. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção Oncológica**. Brasília: CONASS, 2007a. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/livro-10-regulacao-em-saude.pdf>>. Acesso em: 14 de dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. Caderno 09. Edição 2008a. Pág. 12. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf. Acesso em 07 fevereiro 2013.

BRASIL. **Portaria n.1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui uma Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. 2008b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em: 1 nov. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **As Redes de Atenção à Saúde**. Portal do Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. 2010a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 29 de jan. 2014.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – (TCU). **Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica**, 2010b. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Oncologia%20-%20relat%C3%B3rio%20vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em: 19 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. 2010c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 21 de fev. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/ESB/Portaria_n_2488_21_10_11.pdf> Acesso em 22 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011 – 2022**. 2011b. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcmt.pdf>. Acesso em 14 de Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n. 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** – 2013a. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. DATASUS. Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013bDisponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 de out. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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 (SUS). 2013c. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 23 de agost. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. DATASUS. SISCOLO/SISMAMA. **Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer de mama**. 2014a. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/consolidadoag.php?estadoano=502012>>. Acesso em 26 de março de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. 2014b. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**.

CALAZAN, C. *et al.* **O diagnóstico do câncer de colo uterino invasor em um centro de referencia brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados**. 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/325_332_O_Diagnostico_do_Cancer_do_Colo_Uterino.pdf>. Acesso em 01 agosto 2012.

CLAUNARA, S. M.; **Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária**. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3). ISBN: 978-85-7967-066-4.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em 15 de jan. 2014.

DAVIM, R. M. B. *et al.* **Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de saúde de Mato grosso do Sul**. 2014. Disponível em:< 2012-2015. <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=135233>>. Acesso em 09 de jan. 2014.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano de Desenvolvimento Regional**. Secretaria de Estado de Meio Ambiente, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia. Documento

Síntese. PDR – MS. 2010-2030. 2009. Disponível em: <<http://www.semac.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=52608>>. Acesso em: 09 de fev. 2013.

FERNANDES *et al.*, **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil.** 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/355.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2011>. Acesso em 28 de dez. 2013.

FERREIRA, F. O. **A percepção dos profissionais de saúde do Inca sobre os cuidados no fim de vida de crianças com câncer.** 2012. Disponível em: <[file:///D:/Bkp%20Ana/Downloads/A%20percepcao%20dos%20profissionais%20de%20saude%20do%20Inca%20sobre%20os%20cuidados%20no%20fim%20de%20vida%20de%20criancas%20com%20cancer%20\(3\).pdf](file:///D:/Bkp%20Ana/Downloads/A%20percepcao%20dos%20profissionais%20de%20saude%20do%20Inca%20sobre%20os%20cuidados%20no%20fim%20de%20vida%20de%20criancas%20com%20cancer%20(3).pdf)>. Acesso em 12 dez. 2014.

GAVRONSKI, *et al.* **Manual de Atuação do Ministério Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.** Grupo de Saúde Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde. 2005. Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/area-de-atuacao/deconsocult/Manual%20de%20Atuacao%20em%20Saude%20-%20GT.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. 2014.

GIOVANELLA, *et al.* **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** *ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em 15 de jan. 2014.

GONÇALVES, M. C. **Fatores de risco relacionados às lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero na Ilha de Santa Luzia – Sergipe.** 2008. Disponível em: http://psa.unit.br/wp-content/uploads/2011/05/MarietaCardosoGoncalves_dissertacao.pdf. Acesso em 12 de Nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA [Internet]. [citado 2012 mar 30]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. 2014. Acesso em: 05 de dez. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. 2011. **Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2011.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab_Brasil_UF.pdf>. Acesso em: 08 de jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Mato Grosso do Sul. 2012.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=50&search=mato-grosso-do-sul>>. Acesso em: 10 de fev. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 2011b. **Indicadores de desempenho: oferta de exames Razão entre exames citopatológicos e população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, 2004 a 2010.** Rio de Janeiro VII Encontro Nacional para o Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. 29 slides.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer?** 2013a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 21 de out. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2013b. **Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2012.** 2013b. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer do colo do útero. Painel: Razão entre exames citopatológicos e mulheres da população (Visão Brasil/Estado).** 2013c. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao_entre_exames_citopatologicos_e_mulheres_da_populacao>. Acesso em: 26 de março de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do Câncer do Colo do Útero.** 2014a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores>. Acesso em 02 de abr. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Brasil avança no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, mas persistem as disparidades regionais.** 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/sala_imprensa/releases/2010/brasil_avanca_no_diagnostico_precoce_do_cancer_do_colo_uterio>. Acesso em: 13 de jan. 2014.

MATTA, C.G; MOROSINI, G.V.M.; **Atenção a Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em 14 de jan. 2014.

MENDES, V. E. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em 14 de jan. 2014.

MENDES, V. E. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Tiragem: 2.ª edição – 2011. MIURA, K. I. **Informação verbal no curso MBA Gestão de Recursos Humanos – FUNDACE – USP– Ribeirão Preto,** 2005.

MENDONÇA, C. S. **Sistema Único de Saúde: um Sistema de Saúde orientado pela Atenção Primária**. 2011. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/23%20-%20ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN-AMERICANA%20DA%20SA%C3%9ADE%20Inovando%20o%20papel%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20nas%20redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. 2015.

PIMENTA, L. A. **Rede de Atenção à Saúde**. 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/evento/pnan10/rede_a_basica.pdf>. Acesso em: 29 de jan. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – **Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUSFácil MG. Belo Horizonte, SR/SAPS/SESMG**, 2005. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilha_sistema_estadual_regulacao_assistencial_mg.pdf. Acesso em: 14 de dez. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização**. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr>>. Acesso em 09 de jan. de 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/MS. **Gerência Estadual Saúde da Mulher Mato Grosso do Sul Publicação eletrônica** – Informações sobre o programa SISCOLO[mensagem institucional]. 2012. Mensagem recebida por <siscolo@saude.ms.gov.br> em 27 de jan. de 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/MS **Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria de Mato Grosso do Sul. Publicação eletrônica** – informações sobre programação pactuada e integrada[mensagem institucional]. Mensagem recebida por <srcortega@hotmail.com> em 27 de mar..de 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/MS. **Resolução nº. 04/SES/MS/2013**. Aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=161342>>. Acesso em 23 de fev. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária-Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1>. Acesso em 17 de dez. 2013.

SOARES. C. M. *et al.* **Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 32, n. 3, set. 2011.

THULER. C.C.L, *et al.* **Câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso do Sul: Detecção precoce, Incidência e Mortalidade**. Rev. Bras. de cancerologia 2012; 58(3). 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/09_artigo_cancer_colo_uterio_estado_mato_grosso_sul_deteccao_precoce_incendencia_mortalidade.pdf>. Acesso em 09 de fev. 2014.

APENDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Número de ordem: _____

Município: _____

Data: _____

Unidade de saúde: _____

I: Caracterização do profissional

1- Idade: _____ 2- Sexo: _____

3- Profissão: _____

4- Tempo de trabalho na unidade (anos, meses): _____

5- Você recebeu algum treinamento e ou capacitação para trabalhar na área da saúde da mulher?

() sim

() não

Se sim, quando (Ano) _____

II Identificação dos fluxos assistenciais

6 - A sua Unidade de saúde oferece exame de colpocitologia oncótica?

() Sim

() Não

7 - Qual o tempo médio entre a coleta do exame colpocitológico e o recebimento do resultado pelo profissional de saúde da unidade? (em dias)

8- Como o resultado do exame colpocitológico chega até a Unidade de Saúde?

() Impresso () Online () Outro. Qual: _____

9 - A equipe registra os resultados dos exames colpocitológico?

() Prontuário

() Livro de registro específico

() Outro. Qual: _____

() Não registra o exame colpocitológico

10 - Qual a rotina da Unidade para a entrega do resultado do exame de colpocitologia oncótica a mulher?

() Aguarda o retorno da paciente

() Comunica por telefone

() Comunica por meio de visita domiciliar do ACS

() Outro. Qual: _____

11 - Como é realizado o encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento referenciado para Clínica da Mulher de Nova Andradina?

() Encaminha para o serviço de referência via telefone

() Encaminha para o serviço de referência via online

() Encaminha a paciente a procurar o serviço de referência

() Encaminha a paciente a procurar o serviço de regulação do município

() Outro. Qual: _____

12 - Como é realizado o encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento referenciado para Centro de atendimento a mulher Dourados?

() Encaminha para o serviço de referência via telefone

() Encaminha para o serviço de referência via online

() Encaminha a paciente a procurar o serviço de referência

() Encaminha a paciente a procurar o serviço de regulação do município

() Outro. Qual: _____

13 - Como é realizado o encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento referenciado para Hospital do Câncer de Dourados?

- () Encaminha para o serviço de referência via telefone
- () Encaminha para o serviço de referência via online
- () Encaminha a paciente a procurar o serviço de referência
- () Encaminha a paciente a procurar o serviço de regulação do município
- () Outro. Qual: _____

14 - Como é realizado o encaminhamento das mulheres com alterações que necessitam de atendimento referenciado para o Hospital Universitário de Dourados?

- () Encaminha para o serviço de referência via telefone
- () Encaminha para o serviço de referência via online
- () Encaminha a paciente a procurar o serviço de referência
- () Encaminha a paciente a procurar o serviço de regulação do município
- () Outro. Qual: _____

15 – Além das unidades de assistência especializadas elencadas nas questões 11 a 14 há outros pontos de atenção em que a unidade encaminha a mulher com resultado de exame colpocitológico alterado?

() sim () não

Se sim, quais outros pontos de atenção são encaminhado as mulheres com alteração no resultado de exame?

16 – É explicado a mulher sobre a alteração detectada no seu exame colpocitológico?

- () Sim
- () Não
- () Não sabe

17 - Quais os encaminhamentos realizados para exame colpocitológico apresentando os seguintes resultados:

17.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado, provavelmente não neoplásico(ASC-US) em mulheres com 30 anos ou mais?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
- () repete o exame citopatológico em 12 meses
- () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
- () Não sabe responder
- () Outros: _____

17.2- Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
- () repete o exame citopatológico em 12 meses
- () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
- () Não sabe responder
- () Outros: _____

17.3 - Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGS)?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
- () repete o exame citopatológico em 12 meses
- () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
- () Não sabe responder
- () Outros: _____

17.4- Células atípicas de origem indefinida?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
 () repete o exame citopatológico em 12 meses
 () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
 () Não sabe responder
 () Outros: _____

17.5- Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
 () repete o exame citopatológico em 12 meses
 () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
 () Não sabe responder
 () Outros: _____

17.6- Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) ?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
 () repete o exame citopatológico em 12 meses
 () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
 () Não sabe responder
 () Outros: _____

17.7- Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor ou suspeita clínica de invasão?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
 () repete o exame citopatológico em 12 meses
 () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
 () Não sabe responder
 () Outros: _____

17.8- Adenocarcinoma in situ (AIS) e invasor?

- () repete o exame citopatológico em 06 meses
 () repete o exame citopatológico em 12 meses
 () encaminha para outros níveis de atenção a saúde.
 () Não sabe responder
 () Outros: _____

18- Para respostas “Não sabe responder”, nas questões de 16.1 a 16.8, qual é a base/protocolo/referência que você utiliza para tratar a mulher com resultado do exame colpocitológico alterado? _____

19- No caso de encaminhamento da paciente com resultado do exame colpocitológico alterado em que a mulher é encaminhada a outro ponto de atenção, a equipe recebe a contra-referência sobre o cuidado/procedimentos dispensados a mulher?

- () Não
 () Sim
 () Não sabe responder

19.a. Se a resposta da pergunta anterior foi sim, recebe a contrareferência de quais serviços? _____

19.b. A equipe acompanha o tratamento dispensado à mulher nos outros pontos de atenção a saúde?

- () Não
 () Sim.

20 Quais instrumentos é utilizado pela equipe para o seguimento da mulher com resultado de exame colpocitológico alterado?

- ☐ Contacta a Unidade de referência
- ☐ Prescrição médica entregue pela mulher
- ☐ Solicitação de exame complementar
- ☐ resultados de exames
- ☐ Agendamento de retorno
- ☐ Cartão de atendimento
- ☐ Dialogo com a mulher
- ☐ Não faz nenhum tipo de atendimento
- ☐ Outros _____

21. Você percebe barreiras para o seguimento das mulheres que apresentam resultado alterado de exame colpocitológico alterado?

- ☐ Não
- ☐ Sim.

21.a Se sim, Quais barreiras:

- ☐ difícil adesão ao tratamento
- ☐ dificuldade de agendamento da primeira consulta para outros níveis de complexidade
- ☐ Dificuldade de agendamento para as consultas subsequentes
- ☐ Dificuldade de agendamento a exames complementares
- ☐ Pacientes vai ao local de atendimento e volta sem assistência agendada
- ☐ Dificuldade de locomoção da paciente para chegar ao local agendado
- ☐ Outras: _____

APENDICE B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DA MULHER. Número de ordem:

Município: _____

Data: _____

Unidade de saúde: _____

I: Caracterização do profissional

1- Idade: _____

2- Sexo: _____

3- Profissão: _____

4- Tempo de trabalho na unidade (anos, meses): _____

5 - Você recebeu treinamento para atividade de Regulação do serviço de saúde?

() Sim () Não quando (ano) _____

Identificação do fluxo

6 Qual o tempo médio entre a coleta do exame colpocitológico e o recebimento do resultado pelo profissional de saúde da unidade? (em dias) _____

7 Qual o fluxo dos resultados dos exames?

() Vão diretamente para a unidade de saúde

() Vem para a coordenação da saúde da mulher

() Vem para a coordenação da saúde da mulher para registro e depois são distribuídos às unidades.

() Outros. Qual? _____

8 Como é feito o monitoramento do seguimento dos exames colpocitológicos com resultados alterados?

9 Qual é a rotina no Município para o atendimento das mulheres com resultado colpocitológico alterado?

10 – É realizado controle do período de tempo médio entre o diagnóstico do câncer de colo do útero e a realização da primeira consulta com oncologia?

() Sim

() Não

() Não sabe responder

Se a resposta anterior for sim, qual prazo médio, (em dias) ? _____

11 – Em caso do agendamento entre o diagnóstico do câncer do colo do útero e a primeira consulta com oncologia ultrapassar 60 dias, qual a conduta da secretaria de saúde\coordenação?

APENDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DO SISTEMA DE REGULAÇÃO MUNICIPAL E ESTADUAL

Número de ordem:

Caracterização dos profissionais

Município: _____

Data: _____

Unidade de saúde: _____

I: Caracterização do profissional

1- Idade: _____

2- Sexo: _____

3- Profissão: _____

4- Tempo de trabalho na unidade (anos, meses): _____

5- Você recebeu treinamento para atividade de Regulação do serviço de saúde?

() Sim () Não quando (ano) _____

2. Identificação dos fluxos de regulação

6 De quem vocês recebem os encaminhamentos médicos de mulheres com alterações de exames do colpocitológico para realização do agendamento especializado?

() do próprio paciente

() da equipe de saúde da atenção primária (ESF/UBS)

() da equipe do sistema de regulação municipal

Outros. Especificar: _____

7 Como são recebidos o encaminhamento das mulheres com resultado de exame colpocitológico alterado?

() via online

() via telefone

() por encaminhamento escrito

() outros – Quais _____

8 Quando é emitida a autorização para o atendimento à mulher, qual é o meio de comunicação com a paciente?

() Telefone

() Notifica a equipe de ESF

() Comunica a central de regulação municipal

() Comunica a paciente via correspondência

() Outros. Qual _____

9 Como é o procedimento para o deslocamento da paciente?

() A paciente vai por conta própria

() A secretaria de Saúde do município providencia o deslocamento

() Outro Qual? _____

10 - Qual o tempo médio entre a solicitação do sistema de regulação e o atendimento a mulher com exame colpocitológico alterado:

10.A- Clínica da Mulher de Nova Andradina (em dias) _____

10.B - Centro de Atendimento a mulher (CAM) Dourados (em dias) _____

10.C – Hospital Universitário de Dourados (em dias) _____

10.D – Hospital do câncer de Dourados (em dias) _____

Outros, especificar _____

APENDICE D

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Número de ordem:

I: Caracterização dos profissionais

Município: _____

Data: _____

Unidade de saúde: _____

I: Caracterização do profissional

1- Idade: _____

2- Sexo: _____

3- Profissão: _____

4- Tempo de trabalho na unidade (anos, meses): _____

5 Você recebeu treinamento para atividade que desempenha junto a mulher com resultado de colpocitologia alterado?

() Sim () Não quando (ano) _____

II Identificação dos fluxos assistenciais

6 Que tipo de atendimento a Unidade oferece às pacientes com resultados de exame Colpocitológico alterado?

() Colposcopia

() Biópsia

() Exerese da Zona de Transformação\Cirurgia de alta frequência

() Conização do colo uterino

() Radioterapia

() Quimioterapia

() Cirurgia do colo uterino

() Outros. Qual? _____

7 Existe demanda reprimida para algum tipo de atendimento realizado nesta unidade de atenção?

() Sim

() Não

Se sim, qual (is) procedimento (os) existe demanda reprimida _____.

Por quê? _____

8 – Quais dificuldades para o acompanhamento\seguimento da mulher com resultado de exame colpocitológico alterado\ câncer do colo do útero?

() Não comparecimento da mulher nos procedimentos agendados

() Demanda sobrepõe a capacidade de atendimento local

() Falta de material para realização do procedimento agendado

() Falta de equipamento para realização de exames complementares

() Falta de equipamento para realização de procedimentos diagnóstico

() Falta de profissional especializado para atender a demanda

() Outras dificuldades. Quais _____

() Não temos dificuldade alguma para assistência a mulher com resultado de exame colpocitológico alterado\ câncer do colo do útero.

APENDICE E

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Prezado (a) Sr (a). _____

Instituição: _____

Convidamos-lhe a contribuir com uma pesquisa intitulada: “Fluxo de atendimento às mulheres com resultado do exame de colpocitologia oncótica alterado na microrregião de Nova Andradina-MS” a ser realizada com profissionais que atuam nos diversos pontos de atenção às mulheres com alteração no resultado do exame colpocitológico.

Trata-se de um estudo que tem como objetivo Analisar o fluxo de atendimento às mulheres com alterações no exame de colpocitologia oncótica, na microrregião de Nova Andradina/MS. A pesquisa está sob a orientação da prof^a. Ana Rita Barbieri e execução pela mestrand: Ana Cristina Bortolasse de Farias.

Fará parte do estudo a rede de atenção à saúde que realiza a assistência a saúde da mulher, ou seja, atenção primária e serviços especializados, da Microrregião de Nova Andradina.

Neste sentido, a pesquisa referente à atenção primária, será realizada nos sete municípios da região de Nova Andradina/MS: Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, e Taquarussu, no período de fevereiro, março e abril de 2014. Na ocasião serão entrevistados: Coordenador do sistema Municipal de regulação, coordenador da assistência à saúde da mulher ou similar, gerentes e/ou enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família.

Os serviços especializados que farão parte da pesquisa são: Clínica da Mulher de Nova Andradina, Centro de atendimento a mulher (CAM), Hospital Universitário e Dourados, hospital do câncer de Dourados e coordenação do Sistema de regulação de Dourados.

A pesquisa será realizada a partir de um questionário a ser aplicado junto aos profissionais mencionados acima. As variáveis deste instrumento será caracterização das unidades de saúde, perfil profissional envolvido na saúde da mulher e identificação dos fluxos assistenciais.

Para tanto, solicitamos a sua autorização para a realização da pesquisa com profissionais que atuam nos serviços já especificados.

Sua aprovação e autorização são necessárias para que o Projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS e, assim, poderemos enviar o protocolo de coleta dos dados.

Os conhecimentos gerados pela pesquisa proporcionarão informações que subsidiarão o melhor planejamento e gerenciamento das ações voltadas ao seguimento das mulheres com alteração no resultado de exame colpocitológico, da microrregião de Nova Andradina.

Para autorizar, basta assinar a autorização abaixo, digitalizá-lo e nos enviar para o e-mail: abortolasse@bol.com.br.

Agradecemos sua contribuição para realização deste estudo e nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos.

Ana Rita Barbieri

Ana Cristina Bortolasse farias 9982.2024
(67) 9998.2412

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, na função de
_____ do Município\Instituição
_____ autorizo a realização do estudo
denominado **Fluxo de atendimento às mulheres com resultado do exame de colpocitologia
oncótica alterado na microrregião de Nova Andradina-MS.**

Local: _____

Data: ____/____/2013.

Nome

Assinatura

APENDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Fluxo de atendimento às mulheres com resultado do exame de colpocitologia oncótica alterado na microrregião de Nova Andradina-MS” na qualidade de entrevistado. Você precisa decidir se deseja ou não participar da mesma. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por, Ana Cristina Bortolasse Farias.

O objetivo principal deste estudo é analisar o fluxo do atendimento às mulheres com resultado do exame de colpocitologia oncótica alterado na região de Nova Andradina-MS.

Sua colaboração nesta pesquisa consiste em participar de uma entrevista. Os benefícios relacionados com a sua participação são muito importantes para conhecer e discutir o fluxo de atendimento de mulheres com resultados de exames alterados para câncer de colo do útero.

A entrevista não causará qualquer prejuízo, nem constrangimento para você. Sua participação não lhe trará compensação financeira de nenhum modo e nem estabelecerá vínculo com a Instituição responsável pelo desenvolvimento da pesquisa.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

As informações concedidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e todo material usado nesta pesquisa será guardado com a autora, por um período de 5 anos, e depois destruído de acordo com a Resolução 196/96. Os dados poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas, sendo garantido o anonimato dos entrevistados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora, da coordenadora do projeto e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Pesquisadora: Ana Cristina BortolasseFarias - Mestranda em Enfermagem - UFMS

Rua Egas Bonilha de Toledo, 538. Bairro Guiray – Ivinhema\MS CEP 79740-000

Ana Rita Barbieri – Orientadora da Pesquisa – UFMS

Av. Sen. Filinto Müller, 1 - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campo Grande – CCBS/DTA - (67) 3345-7407

Contato Comitê Ética Pesquisa (CEP) – (67) 3345- 7186

Campo Grande, _____ de _____ de 201__.

Informante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APENDICE G

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Fluxo de atendimento às mulheres com resultado do exame de colpocitologia oncótica alterado na região de Nova Andradina-MS.

Nome do Pesquisador: Ana Cristina Bortolasse de Farias

Bases de dados a serem utilizados: Programação Pactuada e Integrada (PPI), Sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO), Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) E Sistema de regulação (SISREG) do Município de Dourados do período de julho de 2012 a junho de 2013.

Como pesquisadora qualificada comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS) 08/07/2013

Ana Cristina Bortolasse Farias
Pesquisadora Responsável