**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de
colo uterino: uso da condição marcadora em um
estudo misto**

Keila Silene de Brito e Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

**São Paulo
2013**

Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto

Keila Silene de Brito e Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

**São Paulo
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

*Dedico este trabalho à minha sobrinha, Luana de Brito Passos, que com seus
pequenos gestos coloriu até os dias mais cinzentos de São Paulo.*

AGRADECIMENTOS

Ao me orientador, Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka, pela acolhida à minha vinda a São Paulo, pela sua cuidadosa e criteriosa orientação e pelos ensinamentos de vida partilhados. A minha admiração e respeito, sempre.

Aos membros da banca de avaliação, Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Prof^a Dr^a Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Prof^a Dr^a Solange L'Abbate, pelas valiosas críticas e sugestões a este trabalho.

Ao Prof. Dr. Marcos Drumond Junior, pelas contribuições e considerações tecidas durante a qualificação da Tese.

Ao Professor Sergio Minué da Escuela Andaluza de Salud Publica pela acolhida e co-orientação durante o período em que estive realizando o Doutorado Sanduiche em Granada/Espanha.

Às bonitas amigas que construí na Faculdade de Saúde Pública que há muito já ultrapassam os muros da academia: Daniela Canella, Dorival Junior, Grasielle Fretta, Hugo Fanton, Janaína Calu, Marco Broitman e Nayara Côrtes.

Às minhas grandes amigas pernambucanas, Bel Cabral, Marcia Lira, Mariana Soares, Marta Telles, Raquel Acioli, Thais de Paula e Mirela Teixeira, que de perto ou de longe trouxeram a leveza para essa jornada.

À minha amada família, pela força, carinho e apoio indispensáveis em cada momento da minha vida.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, em especial aos funcionários do Departamento de Prática de Saúde Pública, pela colaboração diária fundamental para construção deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos concedida durante o Doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de estudos concedida durante o Doutorado Sanduiche.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo financiamento do Projeto de Pesquisa que resultou nesta Tese.

RESUMO

Brito-Silva KS. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso de condição marcadora em um estudo misto.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a integralidade no cuidado ao CCU em um município de grande porte populacional e com tecnologia de distinta complexidade disponível. Foi utilizada uma metodologia mista (quanti-quali). Para a abordagem quantitativa utilizou-se a base de dados secundários referentes à citologias e biópsias do sistema de informação municipal e regional. A análise e os testes estatísticos foram realizados pelo software PASW statistic 17.0. A abordagem qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com usuárias, profissionais e representantes da gestão. Os dados qualitativos foram submetidos a uma análise de conteúdo realizada com o software NVivo 9.0. Na análise dos dados secundários, identificou-se que a cobertura de Papanicolau é insuficiente, sendo concentrada em mulheres mais jovens. As biópsias realizadas são equivalentes à quantidade de citologias alteradas. Os diagnósticos mais graves, tanto de citologias quanto de biópsias, prevalecem em mulheres com idade mais avançada. A abordagem qualitativa indica como potencialidades: o acolhimento, o acesso breve a serviços de média e alta complexidade, o papel ativo da gestão municipal de saúde e como fragilidades: a dificuldade para marcação das consultas na atenção básica, a falta de preparo dos profissionais para dar o diagnóstico, a contra referência tardia por parte do serviço terciário, o incentivo ao uso do Pronto-Atendimento e a formação focada na especialidade. Constata-se neste estudo que os principais gargalos para efetivação da integralidade no município investigado estão concentrados no primeiro nível de atenção à saúde.

Descritores: Direito à Saúde; Integralidade; Avaliação em Saúde; Condição Marcadora; Câncer de Colo Uterino

ABSTRACT

This study aimed to analyze the completeness in the Cervical Cancer care in a city with a large population and with enough technology health equipment available to the people. It was used a mixed methodology (quantitative and qualitative). For the quantitative approach it was used the database regarding cytology and biopsy exams registered in the city. The analysis and statistical tests were performed by the statistic software SPSS 17.0. A qualitative approach was performed through interviews with users, professionals and members of the health system. Qualitative data were submitted to content analysis performed by the software NVivo 9.0. In the analysis of the content, it was found that coverage of Pap test is insufficient and is concentrated in younger women. The biopsies are equivalent to the amount of the cytology with abnormal results. The severe diagnosis, from both cytology and biopsies, are prevalent in older women. A qualitative approach indicates potentialities: the good reception of the patient, the fast access from both medium and high complexity health services, the active role of municipal health. Weaknesses: the difficulty in scheduling an appointment with a doctor, lack of training to inform the patient about the diagnosis, the encouragement to use emergency care and the overspecialization of the health professionals. It appears from this study that the main gaps for having a complete integrate healthcare system in the investigated city are concentrated in the first level of health care.

Keywords: Health care system; Human Rights; Health Evaluation; Cervical Cancer; integrated health care system

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Pág.
Figura 1: Cobertura de exames citológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos por ano no MC	47
Figura 2: Citologias realizadas no período de 2008 a 2010 por faixa etária entre mulheres de 25 a 59 anos do MC	49
Figura 3: Diagnóstico de citologias realizadas no período de 2008 a 2010 por faixa etária no MC	50
Figura 4: Cobertura de biópsias por citologias alteradas no período de 2008 a 2010 no MC	51
Figura 5: Diagnóstico de biópsias no período de 2008 a 2010 por faixa etária no MC	52
Diagrama 1: Potencialidades	54
Diagrama 2: Fragilidades	68

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agentes Comunitárias de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
AS – Atenção Secundária
AT – Atenção Terciária
CCU – Câncer de Colo Uterino
CR – Contra Referência
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRS – Departamento Regional de Saúde
DS – Distritos Sanitários
EDD – Estado Democrático de Direito
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GO – Ginecologista
HC – Hospital das Clínicas
HU – Hospital Universitário
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MC – Município-Chave
MS – Ministério da Saúde
NHS – National Health Service
NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pronto Atendimento
SES – Secretaria de Saúde do Estado
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISL – Sistema de Informação de Saúde Local

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

US – Unidades de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VS – Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

	Pág.
APRESENTAÇÃO	14
1- INTRODUÇÃO	16
2- MARCO TEÓRICO	17
2.1 Saúde, direito e cidadania	17
2.2 A Integralidade e seus sentidos	22
2.3 Desafios e caminhos para efetivação da integralidade	25
2.4 Pesquisa avaliativa e o uso da condição marcadora como estratégia de avaliação da integralidade	29
2.5 O câncer de colo uterino como condição marcadora na avaliação da integralidade	31
3- QUADRO SÍNTESE: DO MARCO TEÓRICO AOS OBJETIVOS	34
4- METODOLOGIA	35
4.1 Desenho do estudo	36
4.2 A preparação do campo de estudo	37
4.3 Parte 1: abordagem quantitativa	37
4.3.1 Método de coleta dos dados quantitativos	38
4.3.2 Método de análise dos dados quantitativos	39
4.4 Parte 2: abordagem qualitativa	40
4.4.1 Método de coleta dos dados qualitativos	41
4.4.2 Método de análise dos dados qualitativos	43
4.5 Questões éticas	46

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 Abordagem quantitativa	46
5.2 Abordagem qualitativa	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	
APÊNDICES	

Um tênue fio nos liga
de segredos e esperanças
como um cordão que
alimenta
e ameaça romper-se
a qualquer hora.

Fio de vida e de morte
um tênue fio das Moiras
construído passo a passo
de ilusões e memória.

Construtoras do destino
tecelãs de nossas vidas
fiamos juntas, sozinhas,
tecidos de eternidades.

Fiando às vezes silêncios
os fios se embarçam,
dão nós e arrebetam...

E do Nada surgem, então,
como de mãos invisíveis,
lãs quentes, jutas rudes,
sedas suaves...

E voltamos a tecer,
num trabalho incessante,
fiandeiras de nós mesmas,
tecidos de nossas almas.

*(Fiandeiras - Ana Maria
Machado)*

APRESENTAÇÃO

O presente estudo corresponde a uma Tese de Doutorado desenvolvida com base no Projeto de Pesquisa intitulado “*estratégias de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção do sistema local de saúde: uma avaliação na perspectiva da integralidade*”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP: 2009/08844-8).

A construção deste estudo esteve focada na identificação e compreensão das potencialidades e fragilidades para construção da integralidade da atenção em um município de grande porte populacional e com tecnologia de distinta complexidade disponível.

Estruturada em oito capítulos, a tese resultou na produção de três artigos científicos. O primeiro, intitulado “*Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação*”, foi escrito com base no marco teórico da tese e publicado na Revista Interface (apêndice 1.1). O segundo artigo, “*Uso de condição traçadora em estudo avaliativo da integralidade na perspectiva do acesso*”, discute os resultados quantitativos da tese, dialogando com achados qualitativos relevantes à compreensão do acesso. O mesmo será estruturado de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública para submissão (apêndice 1.2). O terceiro e último artigo, construído na perspectiva dos achados qualitativos, contemplará as demais dimensões da integralidade, conforme esquema apresentado (apêndice 1.3), e será adequado às normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

Na presente tese, o primeiro capítulo refere-se à introdução, espaço que abrange a caracterização do problema e a justificativa para a realização do estudo, assim como a exposição dos objetivos gerais e específicos.

O segundo capítulo corresponde ao marco teórico e está subdividido em cinco temas. Em “*saúde, direito e cidadania*”, discute-se a questão do direito à saúde abrangendo as contradições entre seu conteúdo e alcance. No tema seguinte, “*a integralidade e seus sentidos*”, aborda-se a integralidade enquanto “qualificadora do

direito social” com foco na sua polissemia. “*Desafios e caminhos para efetivação da integralidade*” é o tema que dá seguimento a esta discussão, elencando os entraves e as possibilidades de superação na efetivação deste princípio. No tema “*pesquisa avaliativa e o uso da condição marcadora como estratégia de avaliação da integralidade*” é dado enfoque à utilização de condições marcadoras no desenvolvimento de pesquisas avaliativas, destacando-se o uso do Câncer de Colo Uterino (CCU) como marcadora. Finalizando o marco teórico, o tema “*câncer de colo uterino como condição marcadora na avaliação da integralidade*” contextualiza a situação desta enfermidade no Brasil e aponta os limites e possibilidades de prevenção primária, secundária e terciária a partir da perspectiva da integralidade.

No terceiro capítulo são apresentados: os objetivos e um quadro-síntese, referente à relação do marco teórico com o objeto de estudo e os objetivos do trabalho.

O quarto capítulo contextualiza o município eleito para desenvolvimento do estudo de caso. No quinto, é apresentada a metodologia utilizada na pesquisa: desenho do estudo, a preparação do campo de estudo, os métodos de coleta e análise dos dados, além das questões éticas.

No sexto capítulo apresentam-se os resultados obtidos com a pesquisa e a discussão sobre os mesmos. Por se tratar de um estudo misto, este capítulo divide-se em duas partes: uma quantitativa que apresenta os dados numéricos e introduz um diálogo com os achados das entrevistas; e uma qualitativa que aprofunda diferentes dimensões da integralidade.

No sétimo são realizadas as considerações finais e no oitavo são apresentadas as referências bibliográficas, estruturadas em ordem alfabética e com base na norma de Vancouver. Vale ressaltar que este trabalho foi estruturado com base no Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

Quando se aponta a necessidade da integralidade na atenção à saúde, contempla-se diferentes dimensões do cuidado: desde o acesso aos distintos níveis de atenção e sua integração, ao olhar abrangente do sujeito-usuário compreendendo suas reais necessidades (BRASIL, 1988; SILVA JR et al, 2006; PINHO et al, 2007).

O princípio da integralidade está entre os mais difíceis de serem efetivados no âmbito do SUS. Ainda que garantido constitucionalmente, na prática seu alcance transita entre a limitação e a inexistência. Tal dificuldade relaciona-se na sua origem aos entraves à garantia do direito à saúde que resulta em um direito compartimentado, incompatível com este princípio (BOBBIO, 1992; CAMPOS, 2003; PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

As dificuldades para implementação da integralidade são diversas, envolvendo desde aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde, à formação profissional (MAGALHÃES JR e OLIVEIRA, 2006; SOUZA et al, 2008).

Apesar dos desafios, observam-se iniciativas para tentar superar tais limitações. Avaliar as potencialidades e fragilidades acerca da integralidade, considerando suas distintas dimensões, em um município de grande porte populacional e com tecnologia de distinta complexidade disponível, permite conhecer e compreender os principais pontos de estrangulamento no Sistema para efetivação da integralidade no SUS (TANAKA e MELO, 2004).

A utilização do CCU como condição marcadora (KESSNER et al, 1973; SAMICO et al, 2002; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; BOTTARI et al, 2008), enquanto estratégia de avaliação, permite contemplar os múltiplos pontos de atenção, possibilitando identificar fortalezas e debilidades na produção da integralidade em suas distintas dimensões.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Saúde, direito e cidadania

Em 1988, a correlação de forças políticas e sociais resultou em uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no país (L'ABBATE, 2010).

A constituição corresponde a um conjunto de normas que organiza os elementos constitutivos do Estado, objetivando declarar e garantir os direitos fundamentais (SLAIBI, 2010). Além da importância da Constituição como lei fundamental de todo o ordenamento jurídico, XIMENES (2007) ressalta seu papel essencial na consolidação do Estado Democrático de Direito (EDD).

A República Federativa do Brasil, enquanto EDD fundamenta-se em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular. A saúde passa, então, a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

Historicamente, a responsabilidade do Estado pela vida de seus cidadãos, é resultado do reconhecimento de problemas sociais e de saúde no âmbito da produção e reprodução da força de trabalho durante a Revolução Industrial (IBANHES, 2010). O quadro de injustiça social resulta em manifestações de ordem política que influenciaram no olhar e no comportamento diante de direitos sociais (DALLARI e FORTES, 1997).

O Estado de Direito passa do modelo tradicional de Estado Liberal de Direito para o EDD, resultando em um aprofundamento dos direitos humanos e fundamentais que ganham novos valores e a atuação do Estado é reivindicada (LUIZ e KAYANO, 2010). O direito à saúde, antes entendido como obrigação moral passa a ser transformado em obrigação legal (DALLARI e FORTES, 1997).

Anterior a Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil estava restrito ao trabalhador formal e àqueles que pudessem pagar pela assistência.

Aos demais, restava a saúde pública cuja atuação restringia-se a ações preventivas segmentadas (ESCOREL et al, 2005).

A insatisfação com o descaso acumulado do Estado frente às precárias condições de vida e saúde da população resulta no movimento da reforma sanitária na década de 70, criado em um contexto de resistência social e política ao regime autoritário (ESCOREL et al, 2005).

Após o fim da ditadura militar, em 1985, o esforço de construção da democracia ganhou ímpeto, levando a denominação da constituição de 1988 de Constituição Cidadã (CARVALHO, 2005). Esta tinha a pretensão de alargar o conceito de cidadania, reconhecendo o povo brasileiro como cidadão e assim possibilitar sua participação no processo político de decisão. Entretanto, diante de tantas reformas e emendas propostas que visam reduzir garantias que possibilitariam uma maior participação do povo, fica difícil perceber este almejado incremento da cidadania no país (COSTA, 2003).

O exercício limitado da cidadania é também influenciado pela percepção restrita da população acerca de seus direitos instituídos. É estabelecida uma relação ambígua entre os cidadãos e o governo: direitos são vistos como um favor em troca do qual se deve gratidão e lealdade, resultando em uma cidadania passiva e receptora e não ativa e reivindicadora (CARVALHO, 2005).

Com a ampliação do conceito de saúde, “a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1350).

Indiscutivelmente, a promulgação da carta constitucional foi uma grande conquista para os brasileiros, entretanto, não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos (L’ABBATE, 2010).

Segundo HOUAISS et al (2001), o direito corresponde aquilo que é facultado a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos por força de leis ou dos costumes; autorização legal para determinadas ações ou atividades. DALLARI e FORTES (1997, p.188) definem o direito como “um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade”, pautado no princípio de justiça, em que as normas jurídicas visam limitar as condutas nocivas para a vida em sociedade.

Neste sentido, a saúde como direito contempla tanto aspectos individuais, privilegiando a liberdade, quanto sociais, privilegiando a coletividade. Portanto, as determinações jurídicas a respeito de fechamento de estabelecimentos que ofereçam risco ao consumidor, criação de ambientes livres do fumo, fiscalização da ingestão de álcool ao volante, são limitações ao direito individual em favor do coletivo.

De acordo com BOBBIO (1992), a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia; o reconhecimento do direito de alguns é o consequente suprimento do direito de outros.

Para o autor, o direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da saúde como um direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

“A cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade”, foram heranças recebidas pelo SUS que interferem no funcionamento adequado do atual sistema, resultando em um direito compartimentado (CAMPOS, 2003, p.571).

NOGUEIRA e PIRES (2004, p.758) consideram fundamental o debate acerca do alcance e conteúdo do direito à saúde:

Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos que compõem o setor darão o tom do debate e, [...], viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil onde a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou serão extremamente reduzidas.

CARVALHEIRO (1999) define a existência de duas correntes polares no campo da saúde: uma adota o princípio da equidade e a outra pautada na lógica do mercado, propondo a focalização de ações concentradas em grupos mais vulneráveis por meio da oferta de *cesta básica* de ações e serviços.

MENDES e MARQUES (2009) apresentam a trajetória do financiamento da saúde no período pós-constitucional demonstrando que os problemas enfrentados pelo setor no campo do financiamento, notadamente a insuficiência de recursos, inviabilizam a realização de uma política mais efetiva.

Segundo os autores, foi a partir dos anos 90 que se intensificaram os conflitos por recursos financeiros para a implementação de uma política de saúde universal. Um aspecto que caracteriza este conflito é a existência de dois movimentos contraditórios no caminho do financiamento da saúde: a “construção da universalidade” e a “contenção de gastos”.

Na lógica da “contenção de gastos”, os direitos introduzidos pela Constituição estão entre os principais motivos para os desequilíbrios nas contas do governo. Defensores deste movimento propõem a redução do gasto em saúde e questionam a extensão da cobertura dos serviços (MENDES e MARQUES, 2009). A população se depara com uma conquista fracionada do direito à saúde; o risco da universalidade isenta de integralidade.

PUCCINI e CECÍLIO (2004, p.1350) criticam as concepções restritivas que propõem o provimento mínimo do direito à saúde: “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista”.

Para MATTOS (2001), apesar dos avanços conquistados com o SUS, o estrangulamento de recursos públicos e a difusão de determinadas idéias tornam o Sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original.

A participação dos indivíduos no processo de reivindicação dos direitos é fundamental para a concretização do SUS, entretanto, a desigualdade social e econômica existente diferencia as formas de organização para a conquista de direitos. É o que ocorre, por exemplo, no sistema segmentado de saúde dos Estados Unidos, onde o setor público está organizado em dois sistemas: **Medicaid**, exclusivo para os mais pobres e **Medicare**, destinado para idosos de diferentes estratos sociais (MENDES, 2001).

As diferenças qualitativas entre eles são bastante significativas. O primeiro apresenta pior qualidade em relação ao segundo, visto que este é mais suscetível a pressões de grupos sociais mais organizados, especialmente segmentos de classe média. Esta abrangência favorece o fortalecimento das reivindicações por melhoria na qualidade dos serviços (MENDES, 2001).

Para GONÇALVES (2008), a incorporação da sociedade civil no centro do processo de construção social, é essencial para que a saúde seja transformada, tal qual foi idealizada na concepção do SUS.

DALLARI (1988, p.60) destaca a importância dos profissionais de saúde no “debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde”. Entretanto, para que haja profissionais atuantes neste campo, faz-se necessário repensar a sua formação e dinâmica de trabalho imposta pelo sistema capitalista.

As universidades, ainda pautadas em currículos de base flexneriana, associado à dinâmica de trabalho baseada na lógica de mercado e a pouca ou nenhuma valorização na participação dos profissionais na tomada de decisão, são aspectos que desfavorecem o desenvolvimento de iniciativas possíveis de contribuir para um desempenho mais ativo socialmente por parte destes trabalhadores.

SCHIMITH e LIMA (2004, p. 1492) acreditam que o verdadeiro papel do trabalhador é a construção da cidadania por meio do estímulo da população à participação nos Conselhos Municipais de Saúde e à luta pelos seus direitos. Para as autoras, quando os profissionais de saúde se sentirem atores na busca da implementação do SUS, será possível avançar “em direção à implementação de um sistema legal e, acima de tudo cidadão”.

A estruturação de espaços coletivos que envolvam os trabalhadores no processo de construção das práticas de saúde e de tomada de decisão é fundamental para favorecer a quebra da lógica predominante, fortalecendo o envolvimento destes com seu campo de atuação (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Especificamente na dimensão da organização dos serviços e das práticas, PUCCINI e CECÍLIO (2004, p.1350) afirmam que os princípios do SUS, especialmente a integralidade, são qualificadores do direito social; “é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico”.

2.2 A Integralidade e seus sentidos

Na primeira metade do século XX, com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde, surge a política da integralidade. O exemplo mais expressivo desse ideal regulatório nas políticas de saúde no âmbito das democracias ocidentais é a criação do National Health Service (NHS), no Reino Unido. Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos para toda a população (CONILL, 2004).

No Brasil, a integralidade passa a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 80 com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CONILL, 2004).

Apesar de ser um termo utilizado no campo da saúde desde a primeira metade do século passado, não existe um consenso quanto a sua definição.

Segundo PINHO et al (2007), a integralidade compreende aspectos que envolvem desde a regulação das políticas públicas do setor ao olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano. Além destes aspectos, é possível identificar sentidos relacionados à integração da equipe multiprofissional e à oferta e articulação dos serviços em níveis crescentes de complexidade tecnológica (SILVA JR et al, 2006).

A Constituição Federal de 1988 apresenta a integralidade pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988).

Internacionalmente, este princípio parece estar relacionado, principalmente, ao acesso, organização e articulação dos serviços de saúde, numa perspectiva de uma integralidade do cuidado (LEATT et al, 2000; LORENZO et al, 2002; CONILL, 2004; TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

MATTOS (2001) define a integralidade a partir de três conjuntos de sentidos: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde.

O primeiro sentido está relacionado ao movimento da medicina integral que criticava os currículos de base flexneriana formadores de médicos com atitudes fragmentárias e reducionistas, centrado na doença, tendo como campo privilegiado de atuação o hospital, desconsiderando o social, o coletivo, o público e a comunidade (FLEXNER, 1910).

O movimento da medicina integral tinha como proposta realizar reformas curriculares nos cursos médicos. A integralidade estaria relacionada à postura desejável dos profissionais de saúde: olhar atento sobre as necessidades do sujeito-usuário que ultrapassam o sofrimento por ora apresentado.

O segundo sentido discute a tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial consolidada no país nos anos 70. Os serviços devem estar organizados para atender de forma abrangente as necessidades da população de sua responsabilidade. Nesta concepção, a integralidade não seria apenas uma atitude, mas um modo de organizar o processo de trabalho.

Por fim, o terceiro sentido corresponde às respostas governamentais dadas a problemas específicos de saúde. Neste contexto, a integralidade está relacionada às configurações de políticas específicas e/ou especiais. Defende-se a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais.

MATTOS (2001, p.61) conclui afirmando que para qualquer dos sentidos por ele apresentado, “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2004) relacionam a integralidade com a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum ator/organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.

CECÍLIO (2006) define a integralidade da atenção em duas dimensões: focalizada e ampliada. A primeira seria o compromisso e a preocupação da equipe de saúde de um determinado serviço – por isso focalizada – em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que buscam atendimento. Estas englobam: boas condições de vida; capacidade de acesso e consumo a toda

tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança.

Considerando a abrangência desta concepção, a integralidade não pode ser plena no espaço singular dos serviços, por mais competente e comprometida que seja a equipe. Neste sentido, CECÍLIO (2006) aponta para a segunda dimensão: a integralidade pensada em rede, por isso ampliada. Esta corresponde à articulação entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma atuação intersetorial.

Vale ressaltar que a “tecnologia de saúde necessária para melhorar e prolongar a vida” ultrapassa a concepção reduzida de instrumentos materiais de trabalhos. A tecnologia, como elemento da produção do cuidado, de acordo com MERHY (2002), abrange três classificações: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações e contemplam os processos de acolhimento, humanização e vínculo; as leveduras relacionam-se ao conhecimento técnico, são os saberes estruturados; e as duras são as dos recursos materiais, centradas em máquinas e instrumentos.

Com relação à intersetorialidade, esta corresponde à articulação de saberes e experiências no enfrentamento de situações complexas. A atuação simultânea de vários setores permite a compreensão abrangente dos problemas e o esforço coletivo pela sua resolução (JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997). Superar a fragmentação de saberes pela especialização excessiva e desenvolver ações intersetoriais pode ser um caminho na busca de soluções para a integralidade das ações em saúde (PAULI, 2007).

A abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema.

Dentre os diversos fatores que interferem na efetivação deste princípio, pode-se citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais com currículos de base flexneriana; a conseqüente prática fragmentada dos profissionais e os interesses de

mercado contraditórios ao SUS (CAMPOS, 2003; MAGALHÃES JR e OLIVEIRA, 2006; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

2.3 Desafios e caminhos para efetivação da integralidade

Em entrevista sobre os 20 anos do SUS, Jairnilson Paim aponta a integralidade como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, estando mais recentemente entre as principais preocupações no meio acadêmico e nas instâncias do SUS (VAITSMAN, 2009).

SOUZA et al (2008) aponta o acesso e o acolhimento como dimensões que desafiam a construção do cuidado integral. Para MATTOS (2004), a partir do momento que o acesso universal se tornou constitucional muitas barreiras formais foram vencidas, entretanto barreiras informais ainda permanecem. As práticas dos serviços continuam organizadas com uma percepção segregada do usuário, negando as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo.

Para exemplificar esta realidade, pode-se citar a expansão significativa da Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta surge com o objetivo de reorientar o modelo de atenção, tendo entre seus princípios fundamentais a integralidade. Observa-se, entretanto, o comprometimento desta premissa na atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em virtude da reprodução de atendimentos especializados, típicos do modelo hospitalocêntrico, caracterizando a fragmentação do trabalho desenvolvido (CAMPOS, 2003).

A prática fragmentada que vem caracterizando o SUS, reflete a influência dos modelos de atenção [assistencial privatista e sanitarista], considerados insuficientes para responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população (CAMPOS, 2003; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Analizando a crise da medicina, LUZ (2007) aponta para vários aspectos críticos: a relação médico-paciente, pautada na mercantilização e fragmentação do usuário; a grave competição intracategorias [especialidades médicas] e intercategorias [médicos e outros profissionais]; a fragilidade das instituições de ensino na formação de profissionais de saúde aptos a resolver/equacionar problemas de saúde-doença de uma parcela significativa da população.

Discutindo as dificuldades enfrentadas na construção da atenção integral à saúde, MAGALHÃES JR e OLIVEIRA (2006, p.55) também criticam

o padrão da formação dos profissionais médicos subordinada às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valoriza o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão estanque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema.

Os autores apontam ainda a fragilidade do processo de referência e contra referência (CR) e a dificuldade de se estabelecer vínculos entre médicos e usuários, fundamental na adesão ao tratamento. Outra dificuldade apresentada é a política de financiamento da Atenção Secundária (AS) pautada no pagamento individual de procedimentos que leva a graves estrangulamentos na oferta de consultas e exames especializados.

O resultado desse panorama para os usuários do SUS é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção (MAGALHÃES JR e OLIVEIRA, 2006, p.55).

Tal realidade não é exclusividade do Brasil ou de outros países em desenvolvimento. Segundo LORENZO et al (2002, p.409), a Espanha enfrenta desafios semelhantes para alcançar um atendimento integral na perspectiva do acesso aos diferentes níveis de atenção:

La capacidad de respuesta al proceso integral de atención es a menudo lenta. El tiempo total desde que un paciente acude por primera vez a su médico de familia hasta que recibe el diagnóstico y tratamiento correspondiente es muy largo.

LEATT et al (2000) descrevem o sistema de saúde canadense como uma miscelânea de partes desconectadas: prestação de cuidados descoordenada, muito foco no tratamento da doença, tempos de espera inaceitáveis para os serviços, dentre outros.

A conquista do direito ao acesso universal, mas não integral é um risco destacado por BARATA et al (2004). Eles identificam que, apesar do avanço no processo de descentralização, as condições de regionalização e hierarquização continuam insuficientes para contemplar os princípios da integralidade e da equidade na assistência à saúde.

A expansão desordenada dos serviços de saúde no Brasil reflete uma desintegração da assistência, demonstrando a fragilidade do princípio da integralidade e o quanto o país pode estar distante da “verdadeira rede de saúde” referida pelos autores.

Como afirma CONILL (2004, p. 1420), “não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos [...], o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais”.

Apesar das dificuldades, podem-se citar exemplos de avanços no campo da integralidade em seus diferentes sentidos.

O sistema de saúde britânico, assim como o brasileiro, provê cobertura universal baseado nos princípios de equidade e integralidade. A organização dos sistemas por intermédio da compra de serviços pela AB garante a atenção integral aos usuários do NHS (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Apesar das dificuldades enfrentadas no Canadá, a Província de Québec, especificamente, teve como inovação de maior expressão o fornecimento de cuidados integrais a partir da reforma vivenciada, sendo observadas duas tendências nas práticas:

De um lado, um entendimento ampliado significando a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias, com introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico. Por outro, representava a garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora mais completa (CONILL, 2004, p.1419).

OLIVEIRA e CASANOVA (2009) destacam a Vigilância à Saúde (VS) como uma das principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde na busca da integralidade. Segundo PAIM (2003), a VS é um modelo assistencial alternativo que amplia a concepção de saúde tendo como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença.

As atuações das equipes de saúde, sob o enfoque da VS, devem ser pautadas na relação dialógica estabelecida entre estas e a comunidade, priorizando a escuta do outro na identificação das necessidades (CECÍLIO, 2006; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Para estabelecer este tipo de relação, a questão da humanização precisa estar presente. Esta engloba concepções que se relacionam tanto aos direitos dos usuários quanto a postura ética de respeito ao outro, incluindo, obviamente, o profissional de saúde que também necessita de condições dignas de trabalho para exercer seu papel de cuidador (FORTES, 2004).

Abrir um “canal de escuta” com o usuário não é tarefa simples. A prática do acolhimento na atenção à saúde ultrapassa a concepção simplista de triagem/recepção. Como afirmam TAKEMOTO e SILVA (2007, p.337): “quando abrimos um espaço para o diálogo com o usuário, por mais reduzido que ele seja, abrimos uma porta para que a “vida lá fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade”. Depois de aberta a porta, não há mais escapatória: há que reconhecer as demandas, necessidades e sofrimentos e comprometer-se e responsabilizar-se na busca de soluções.

PUCCINI e CECÍLIO (2004, p.1344) reforçam que

com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana.

A transformação no campo destas inter-relações, dificilmente será concreta em um sistema regido pelos modelos de atenção tradicionais. Neste sentido, CAMPOS (2003) também aponta a VS como uma estratégia para alcançar a integralidade. Para ele, este modelo pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de agir em saúde que possibilita que os problemas sejam analisados e enfrentados de forma integrada.

Especificamente no campo da formação profissional, nos últimos anos diversos esforços têm sido despendidos pelo Ministério da Saúde e da Educação na perspectiva de reverter a lógica flexneriana da formação. Tem sido observado investimento tanto na modernização curricular [Pró-Saúde], quanto no incentivo aos alunos no Pet-Saúde. Além de cursos presenciais e à distância ofertados e financiados para profissionais que já atuam nos serviços públicos. De acordo com ROCHA e CACCIA-BAVA (2009), tais políticas “valorizam os saberes existentes na rede assistencial e permitem incorporar à formação acadêmica a lógica do SUS”.

Com relação às dificuldades no âmbito da referencia e contra-referencia, MAGALHÃES JR e OLIVEIRA (2006) apontam como saída a formulação de estratégias que possibilitem uma melhor comunicação entre os profissionais e serviços dos diferentes níveis de atenção.

Os caminhos para superar os desafios da integralidade são diversos e complementares. Várias localidades têm experimentado diferentes estratégias de superação. Para que se possa conhecer as fragilidades e potencialidades das estratégias adotadas, é importante impulsionar o desenvolvimento de estudos que permitam esse desbravamento.

2.4 Pesquisa avaliativa e o uso da condição marcadora como estratégia de avaliação da integralidade

O desenvolvimento de estudos avaliativos permite a análise e o julgamento de uma realidade, pautados em critérios previamente definidos. O conhecimento aprofundado de cada contexto possibilita identificar estratégias para a tomada de novas decisões para uma possível transformação da realidade (TANAKA e MELO, 2004).

Para avaliação da qualidade de serviço, sistema ou programa de saúde, o referencial teórico clássico utilizado corresponde a abordagem sistêmica de DONABEDIAN (1980) que contempla os componentes de estrutura, processo e resultado.

Segundo CAMPOS (2005), os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos. A subjetividade inerente ao seu conceito, assim como a evolução do conhecimento e a dinâmica social, exigem mudanças e aprimoramentos constantes na prestação dos serviços. Ainda de acordo com o autor, a concepção sobre qualidade varia de acordo com o lugar que cada pessoa ocupa dentro do sistema de saúde. Os gestores, em geral, preocupam-se com questões relacionadas a rendimento, custo e eficiência. Profissionais de saúde tendem a considerar tanto questões relacionadas à produção do serviço (excelência técnica, acesso à tecnologia, aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde), quanto à sua satisfação pessoal, como o reconhecimento profissional e um

bom ambiente de trabalho. Para os usuários, o atendimento às suas expectativas, demandas e necessidades em saúde caracteriza a qualidade de um serviço.

A diversidade de conceitos atribuídos à qualidade na atenção exige que o desenvolvimento de estudos avaliativos sobre o tema defina, previamente, critérios de qualidade capazes de contemplar a essência destas diferentes concepções (CAMPOS, 2005).

Uma das estratégias indicadas para a produção de pesquisas avaliativas com foco na avaliação de aspectos relacionados à qualidade da atenção à saúde é a utilização de condições marcadoras/traçadoras (PENNA, 1997; CAMPOS, 2005; TANAKA e ESPIRITO SANTO, 2008). Esta técnica fundamenta-se na ideia de que “a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições ou patologias, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral” (PENNA, 1997 p. 122).

HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2004), afirmam que a utilização da condição marcadora nas pesquisas avaliativas facilita a definição dos focos e permite abranger múltiplos “pontos de atenção” envolvidos na integração dos serviços.

Segundo os mesmos autores, diversos estudos voltados para doenças e cuidados de grupos específicos têm sido produzidos, porém poucos fazem referência ao desempenho do sistema no seu conjunto.

A utilização dessa estratégia foi sugerida por KESSNER et al (1973) na década de 70 que propunha avaliar a qualidade ambulatorial por meio de sete patologias. Atualmente, têm sido observados diferentes estudos (BOTTARI et al, 2008; TANAKA e ESPIRITO SANTO, 2008) pautados na utilização de uma única patologia como condição marcadora de avaliação, desde que possua características relevantes como traçadora, permitindo avaliar a qualidade em questão.

O câncer cérvico-uterino tem sido uma condição apontada como marcadora por vários pesquisadores (KESSNER et al, 1973; SAMICO et al, 2002; BOTTARI et al, 2008). Isto se dá pelo fato do CCU atender aos requisitos necessários para ser eleito: é um evento prevalente, com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente; existe um programa nacional já consolidado, envolvendo todos os níveis de atenção; a evolução da doença é lenta e o tratamento é eficaz.

2.5 O câncer de colo uterino como condição marcadora na avaliação da integralidade

Os processos de transição demográfica e epidemiológica vivenciados pelo Brasil nas últimas décadas resultaram em um novo perfil de morbimortalidade no país, caracterizado pelo aumento significativo da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (LESSA, 2004; MALTA et al, 2006).

Para exemplificar o atual contexto, na década de 30 as doenças cardiovasculares representavam apenas 12% das mortes e, atualmente, são as principais causas dos óbitos em todas as regiões brasileiras, seguido dos cânceres, acidentes e violências (MALTA et al, 2006).

Acompanhando a tendência mundial, à exceção de pele não melanoma, os tipos de câncer com maior incidência no Brasil para o sexo feminino, são os de mama e de colo do útero, de acordo com projeções do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (Inca/MS) (BRASIL, 2009, p.33).

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais freqüente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O alto potencial de prevenção e cura pode ser justificado por se tratar de uma doença de evolução lenta, com etapas bem definidas e facilidade de detectar as alterações ainda na fase inicial, viabilizando o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz.

A efetividade da detecção precoce do CCU, por meio do Papanicolaou, associado ao tratamento da lesão intra-epitelial, pode reduzir em 90% a incidência do câncer invasor do colo do útero, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (MENDONÇA et al, 2008). Esta redução, entretanto, depende de um padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80% da

população alvo, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002). Programas de rastreamento eficazes podem possibilitar a redução das taxas de incidência e, conseqüentemente, de mortalidade por CCU (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Apesar da melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no país (MENDONÇA et al, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A cobertura, entretanto, não pode ser considerada o único aspecto responsável pela manutenção das elevadas taxas. A qualidade dos exames citopatológicos e o estadiamento em que os casos são diagnosticados são outros fatores que podem influenciar este cenário (THULER, 2008). Outros aspectos que podem ser destacados na influência do diagnóstico tardio são: a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, a incapacidade das Unidades de Saúde (US) em absorver a demanda e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial nos diversos níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Na perspectiva de combater o CCU de maneira efetiva, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero no Brasil prevê a necessidade do acesso aos diferentes níveis de atenção para possibilitar a superação de cada fase da doença. Neste sentido, baseia-se na detecção precoce (rastreamento) do CCU em mulheres assintomáticas. A definição da população-alvo, método e intervalo de rastreamento; meta de cobertura; infraestrutura assistencial nos três níveis de atenção e garantia da qualidade das ações, são elementos essenciais para programas com este objetivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Com base em critérios previamente definidos podem-se desenvolver estudos avaliativos que permitam a análise e o julgamento do processo de rastreamento do CCU adotado no país.

O desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa que utilize o CCU como condição marcadora, possibilita avaliar a integralidade da atenção, permitindo identificar possíveis pontos de estrangulamento no Sistema. A utilização de uma abordagem pautada em dados secundários e primários permite uma compreensão mais consistente da realidade pela possibilidade de aprofundamento do estudo pela ótica do sujeito social.

3. QUADRO SÍNTESE: DO MARCO TEÓRICO AOS OBJETIVOS

Detalhamento dos objetivos

Geral: Avaliar a integralidade na atenção à prevenção, diagnóstico e tratamento do CCU em município de grande porte populacional e com tecnologia de distinta complexidade disponível.

Específicos:

- A) Avaliar a integralidade na perspectiva do acesso das mulheres aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do CCU.
- B) Avaliar a integralidade na perspectiva da atenção e organização dos serviços sob o olhar de profissionais, usuárias e gestores do município.

4. METODOLOGIA

O local estudado está entre as cidades brasileiras com o maior número de estabelecimentos de saúde cadastrados e disponibilidade de profissionais de saúde (CNES, 2011), sendo o maior centro de referência em saúde da região nordeste paulista (DUCATI e BOEMER, 2001).

Apesar da estrutura existente para a oferta de serviços, segue a realidade brasileira no que diz respeito ao CCU. Neste sentido, busca-se compreender os principais pontos de estrangulamento no campo dos serviços de saúde que possam estar influenciando esta realidade.

Desenvolver uma pesquisa avaliativa em um município com as características supracitadas, utilizando uma abordagem metodológica que valoriza resultados para além de metas mensuráveis de desempenho, não é uma prática usualmente encontrada na literatura (SOUZA et al, 2008). Tal condução permite compreender de forma abrangente as dificuldades que ultrapassam a questão da oferta de serviços para superar o problema do CCU no país.

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo corresponde a uma pesquisa avaliativa desenvolvida com base em método misto (quantitativo e qualitativo). Para esta pesquisa, optou-se pelo método misto sequencial, partindo dos dados quantitativos para os dados qualitativos (CRESWELL, 2007). Desta forma, os dados quantitativos foram coletados e analisados, em seguida o mesmo foi realizado com os dados qualitativos. Por fim, os dados (quanti-quali) foram interpretados de maneira integrada.

De acordo com CRESWELL (2007, p. 111), a combinação de dados quantitativos e qualitativos possibilita “entender melhor um problema de pesquisa ao convergir tanto tendências numéricas amplas de pesquisa quantitativa, quanto detalhes de pesquisa qualitativa”.

TANAKA e MELO (2004) afirmam que a utilização da abordagem quantitativa em estudos avaliativos possibilita uma aproximação inicial com o objeto de avaliação. A segunda fase da pesquisa (qualitativa) se justificou pela necessidade de aprofundar os significados que gestores, usuários e profissionais de saúde atribuíam acerca de suas experiências com o sistema de saúde e sua organização (TANAKA e MELO, 2004; POPE e MAYS, 2005). De acordo com MINAYO (1992), a pesquisa de base qualitativa permite explorar uma realidade através do aprofundamento de significados, atitudes, crenças, valores e relações humanas, o que não seria possível por meio de um estudo meramente quantitativo.

A tipologia escolhida foi o estudo de caso único e descritivo. KEEN e PACKWOOD (2005) afirmam que os estudos de caso são valiosos para compreender intervenções políticas. Segundo SCHRAMM (1971 *apud* YIN, 2005), uma das tendências do estudo de caso é “esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”. Será único porque o município estudado corresponde a um caso significativo (YIN, 2005), sendo, portanto, chamado de Município-Chave (MC) em que os dados obtidos fornecerão informações a respeito da realidade local, no que diz respeito à integralidade na assistência.

4.2 A preparação do campo de estudo

A etapa inicial da pesquisa foi pautada na realização de diversas reuniões durante o primeiro semestre de 2010 com atores da gestão (municipal e regional), gerentes/coordenadores de serviços e programas, docentes e profissionais de saúde de saúde tidos como referencia no CCU. O intuito destas primeiras reuniões foi apresentar a proposta de pesquisa a fim de compreender se a mesma seria útil ao município e permitir que mudanças no desenho do estudo pudessem ser realizadas de acordo com outras necessidades identificadas como de relevância para o município.

Com base nestes encontros, foram efetuados ajustes no desenho do estudo que permitiram adequá-lo mais à realidade local e identificar novos caminhos para sua execução. Para a abordagem quantitativa, por exemplo, foi observado que a base de dados local/regional permitiria o acesso a informações mais fidedignas que os dados encontrados no DataSUS devido a fragilidade em sua alimentação. Em relação a investigação qualitativa, pôde-se identificar, já nestes primeiros encontros, alguns informantes-chave para a pesquisa.

4.3 Parte 1: abordagem quantitativa

A primeira etapa da investigação quantitativa consistiu na formulação das seguintes hipóteses:

1. A cobertura de Papanicolau no MC é insuficiente
2. O acesso aos níveis de maior densidade tecnológica (biópsia e tratamento) é limitado

Para investigar tais hipóteses, propôs-se estudar os distintos níveis de atenção a fim de conhecer quantitativamente a capacidade de acesso das mulheres aos diferentes serviços, bem como sua resolatividade.

4.3.1 Método de coleta dos dados quantitativos

Os dados trabalhados foram levantados por meio do Sistema de Informação de Saúde Local (SISL) – Hygiaweb – e do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) Regional. O Hygia é o sistema de informação oficial da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) onde são registrados todos os procedimentos realizados nas US sob gestão municipal dos cinco Distritos Sanitários (DS). Apesar de existir desde 1993, foi em 2007 que esse banco de dados teve sua versão alterada do DOS para WEB, permitindo o acesso à internet (Hygiaweb) a fim de facilitar e agilizar a comunicação entre as US e aumentar a eficiência e resolutividade dos serviços.

Os dados do Hygia foram obtidos diretamente com a SMS. Esta viabilizou o acesso ao sistema criando um software que permitiu a importação dos dados através do site <ftp://saude@ftp.coderp.com.br/>. Os dados foram gerados em Planilhas de Excel, permitindo o levantamento de informações acerca dos exames citopatológicos, diagnósticos e possíveis encaminhamentos realizados em mulheres de 25 a 59 anos e registrados no sistema durante os anos de 2008 a 2010, compreendendo neste ultimo ano ao período de janeiro a junho.

A seleção de mulheres com idade entre 25 e 59 anos se justifica por ter sido esta a população alvo no rastreamento do CCU durante o período de realização da pesquisa. Vale ressaltar que a partir de julho de 2011 a faixa etária prioritária para realização do Papanicolau foi ampliada até os 64 anos.

Para complementar os dados obtidos por meio do Hygia, foi acessada a base de dados do XIII Departamento Regional de Saúde (DRS), da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), acerca dos procedimentos de prevenção e diagnóstico do CCU, realizados em serviços sob gestão estadual no MC. Os bancos de dados com procedimentos estaduais foram fornecidos no formato QuickReport (*.qrp), sendo transformados por meio do Programa ONEView 2.0.0.5 em planilhas de Excel. Com as planilhas, foi possível reorganizar os dados para homogeneizar os bancos.

Posteriormente, os bancos foram transferidos para um software estatístico, PASW statistic 17.0 – antigo SPSS – para elaboração da distribuição de frequências e cruzamento das variáveis envolvidas no estudo. Por meio do software, foi realizado

o *linkage* entre os bancos de dados correlatos por esfera de governo – estadual e municipal.

A limpeza do banco de dados foi realizada por meio da utilização de variáveis de controle, cruzando os dados de: nome; nome e data de nascimento; nome, data de nascimento e ano do exame; nome, data de nascimento, ano do exame e diagnóstico.

4.3.2 Métodos de análise dos dados quantitativos

As variáveis estudadas em relação às citologias (realizadas e alteradas) e às biópsias foram:

- Ano de realização dos exames: 2008-2010
- Faixa etária: 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59 anos
- Tipo de alteração (diagnóstico): carcinoma, adenocarcinoma, pré-maligna nível 1, pré-maligna nível 2, benignas
- Tipo de gestão dos serviços: municipal ou estadual

A partir dessas variáveis buscou-se identificar a cobertura de citologias no MC por ano e faixa etária, as alterações que mais acometem as mulheres do estudo e a cobertura de biópsia para os casos necessários.

A base populacional para construção dos indicadores foi baseada na população por gênero de 2010 e recalculada pela população feminina por faixa etária do Censo de 2000.

Os dados coletados no banco foram validados por meio de análise crítica com informações disponíveis em outras fontes de dados tais como Siscolo e indicadores do Pacto pela Saúde.

Em relação aos dados referentes ao tratamento, foi identificada insuficiência de registros junto ao SISL. De acordo com dados do Sistema de Informação do CCU (Siscolo), o MC não tem registro de seguimento de 99,98% dos casos (SISCOLO, 2011). Neste sentido, não foi possível avaliar quantitativamente a cobertura de tratamento para os casos necessários. Entretanto, a abordagem qualitativa permitiu avaliar outros aspectos relevantes do tratamento como pode ser verificado nos resultados.

4.4 Parte 2: Abordagem qualitativa

Com base nos dados quantitativos analisados, foi realizado o desenho qualitativo do estudo. A utilização desta abordagem teve como finalidade aprofundar e compreender os achados quantitativos e investigar outros sentidos da integralidade não captados pela abordagem quantitativa.

Para desenvolvimento desta segunda parte do estudo, foram escolhidos os dois DS (DS3 e DS4) que mais realizaram exames citológicos durante o período estudado quantitativamente (2008-2010) por refletirem maior possibilidade de oferta e, conseqüentemente, maior cobertura das atividades para a traçadora escolhida. Em cada um destes DS foram escolhidos informantes-chave para participar da pesquisa entre profissionais e usuárias, além de representantes da gestão.

Os **profissionais** foram eleitos de acordo com os seguintes critérios:

- **Inclusão:** ser profissional de saúde da atenção básica e/ou especializada envolvido em ações de promoção, prevenção, diagnóstico e/ou tratamento de mulheres com CCU e que tenha encaminhado usuários para outros níveis do sistema de saúde nos últimos 6 (seis) meses.
- **Exclusão:** Não tenha encaminhado pacientes nos últimos 6 (seis) meses, tendo em vista a importância da referência para a integralidade.

As **usuárias**, por sua vez, foram eleitas com base nos critérios:

- **Inclusão:** Mulheres com idade entre 25 e 59 anos, cadastradas na UBS e que necessitaram de encaminhamento para outros níveis de atenção.
- **Exclusão:** Mulheres com idade fora do estipulado no critério de inclusão, não cadastradas na UBS ou cadastradas, mas não encaminhadas a outros níveis de atenção.

A adoção do critério de *encaminhamento* para seleção se justifica pela possibilidade de relato de experiência mais apurado pela sua trajetória no sistema de saúde.

Os **Representantes da Gestão** foram eleitos com base nos seguintes critérios:

- **Inclusão:** exercer determinada função por no mínimo 6 (seis) meses

- **Exclusão:** exercer a função por um período inferior a 6 (seis) meses pelo risco de experiência insuficiente.

A determinação da função exercida por este grupo não foi previamente definida, visto que dependeria dos achados nas demais entrevistas.

4.4.1 A coleta dos dados qualitativos

Os atores do estudo foram entrevistados por meio de *entrevistas individuais e semi-estruturadas*. A técnica utilizada nas entrevistas partia de: após esclarecer o objetivo do estudo, os pesquisadores pediam que o profissional contasse “*como via o sistema de saúde no MC*” e para as usuárias pedia-se que contassem “*como havia sido o processo vivenciado*”. Os pesquisadores, apesar de utilizarem um roteiro auxiliar sob a forma de tópicos (“tópico-guia”) para orientar a condução da entrevista, mantinham uma postura de abertura no processo de interação a fim de permitir o reconhecimento de aspectos relevantes não pensados previamente.

Para os representantes da gestão, a entrevista foi focada na exploração de aspectos identificados como relevantes nas entrevistas dos demais grupos. Por meio deste instrumento pôde-se obter “informações, dados e opiniões por meio de uma conversação livre, com apoio de prévio roteiro de perguntas, (...) levantando motivações, crenças, percepções e atitudes em relação ao (...) objeto de investigação” (MARTINS, 2006, p. 27). A utilização de um roteiro (Apêndice 2) foi útil para a condução da entrevista, entretanto não impediu que os entrevistados falassem livremente sobre o assunto abordado.

A escolha dos atores entrevistados foi intencional, sendo utilizadas diferentes estratégias para sua identificação. A seleção dos **profissionais** foi realizada com base nos critérios de inclusão e exclusão e nos nomes identificados/apontados como relevantes para o estudo durante as reuniões realizadas no início da investigação, sendo utilizada a técnica *snowball* em que se passava de um caso a outro a partir de sugestões apontadas pelos próprios entrevistados como atores relevantes no processo, resultando em uma “bola de neve” até que o pesquisador percebesse que os

depoimentos não acrescentariam mais nada de novo, caracterizando a saturação do conteúdo estudado (MILES e HUBERMAN, 1994).

Foram entrevistados 4 (quatro) profissionais do DS3 e 6 (seis) do DS4, totalizando 10 (dez) atores de diferentes categorias profissionais e atuantes nos diferentes níveis de atenção do sistema. Em comum, todos tinham experiência com aspectos relacionados a prevenção, diagnóstico e/ou tratamento do CCU.

Com relação à seleção das **usuárias** para as entrevistas, o desenho inicial previa que fosse realizado com base nos prontuários das US dos DS selecionados. Entretanto, foi identificada a fragilidade de registro nos prontuários impossibilitando sua utilização. Tendo em vista essa limitação, a estratégia para escolha das mulheres foi revista e modificada pelos pesquisadores, sendo utilizados os dados trabalhados na abordagem quantitativa referente às biópsias e citologias.

Considerando que as biópsias registradas correspondiam apenas àquelas realizadas nos serviços estaduais, foram selecionados todos os casos com diagnóstico grave (lesões de alto grau em diante) entre os anos de 2008 e 2010. Em seguida, foram confrontados com o banco de dados de citologias municipais a fim de manter apenas as mulheres que se submeteram a este procedimento nos serviços municipais. A partir deste processo, foi possível identificar os DS das usuárias e em seguida selecionar apenas aquelas dos DS3 e DS4.

A listagem das mulheres selecionadas foi encaminhada à SMS para que as mesmas fossem identificadas e convidadas a participar da pesquisa. A SMS contactou os gerentes das respectivas US e entregou a listagem das usuárias selecionadas para que entrassem em contato com elas.

Das 20 (vinte) mulheres identificadas, 3 (três) foram a óbito e 7 (sete) não aceitaram participar da pesquisa, resultando em um total de 10 (dez) usuárias entrevistadas de 8 (oito) unidades distintas.

Para realização das entrevistas com as usuárias, a SMS disponibilizou uma viatura com motorista para auxiliar na locomoção dos pesquisadores aos locais agendados com as usuárias. Nos casos de não comparecimento das usuárias, foi realizado contato telefônico e a entrevista foi realizada nos domicílios das mesmas com acompanhamento de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A escolha dos **representantes da gestão** foi feita com base nos achados encontrados nas entrevistas com profissionais e usuárias. A partir destas, foram identificados os principais pontos de estrangulamento apontados para efetivar a integralidade da atenção da condição marcadora e eleitos os atores da gestão que pudessem discutir os aspectos identificados. Neste sentido, foram escolhidos 2 (dois) representantes da gestão e realizada a entrevista semi-estruturada.

Antes das entrevistas, foi entregue a cada participante o termo de consentimento atendendo às exigências éticas para o desenvolvimento de pesquisa. O registro das entrevistas foi feito utilizando gravações em áudio, com prévia autorização verbal dos participantes e anotações escritas durante e após a coleta. Sua realização se deu exclusivamente na presença dos dois pesquisadores participantes da coleta de dados.

4.4.2 A análise dos dados qualitativos

Os dados primários foram todos transcritos e submetidos à análise de conteúdo, classificada por FLICK (2004) como um procedimento clássico empregado para analisar material textual, sendo a utilização de categorias um aspecto essencial desse tipo de análise.

Anterior a categorização final dos dados, foram feitas leituras exaustivas de cada entrevista para criação de um esboço inicial das categorias. Após leituras mais minuciosas, estas foram transformadas em temas e finalmente em categorias conceituais com priorização dos temas mais relevantes de acordo com o objeto de estudo. Em seguida, foram construídas a base de aspectos empíricos e teóricos, caracterizando o uso de categorias indutivas para este estudo (PAILLÉ e MUCCHIELLI, 2003). Tais categorias nortearam toda a discussão desenvolvida neste trabalho.

Previamente, foi elaborado um quadro no qual foram registradas as primeiras categorias encontradas, distribuídas entre dois temas centrais: Potencialidades e Fragilidades, e identificados os grupos (gestão, usuárias, profissionais) que as

referenciavam a fim de verificar convergências e divergências entre os diferentes grupos entrevistados.

O processo de categorização final dos dados foi realizado com o auxílio do software NVivo 9.0, programa de computador desenvolvido pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, fundamentado no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas a fim de auxiliar na análise qualitativa (Di GREGORIO, 2000; GUIZZO et al, 2003).

O NVivo foi utilizado na perspectiva de contribuir para o armazenamento das informações e de facilitar o processo de categorização e cruzamento das falas, possibilitando a identificação de categorias comuns entre os três grupos de atores entrevistados. Neste sentido, as entrevistas foram transcritas e importadas para o programa a fim de armazená-las de modo agrupado (usuárias, profissionais e gestores) e facilitar o processo de categorização das falas.

Ao contrário do que se pode imaginar, o software não realiza a análise de forma mecânica como é possível se obter por meio de softwares quantitativos. O processo de categorização se dá de forma semelhante ao modo tradicional de análise qualitativa e o papel desempenhado pelo pesquisador é o mesmo: são realizadas leituras exaustivas do material a fim de buscar significados nas falas de cada entrevistado; as categorias são criadas e recriadas a medida que as entrevistas são lidas e relidas. A diferença está, principalmente, na facilidade de organização do material, de registro e de armazenamento de observações relevantes, bem como na possibilidade de visualizar de modo ampliado as relações estabelecidas entre entrevistados e categorias.

Após análise dos dados foram elaborados diagramas conceituais (Diagrama 1 e Diagrama 2) facilitando a visualização e compreensão das categorias encontradas, as quais estão listadas abaixo, agrupadas por subtemas.

Potencialidades

Grupo 1 – **Atenção Básica à Saúde (ABS)**: acolhimento; aproveitamento da oportunidade; flexibilidade no atendimento.

Grupo 2 – **Atenção Secundária (AS) e Terciária (AT)**: acesso com brevidade; satisfação.

Grupo 3 – **Gestão**: utilização do SISL; papel ativo da SMS (alerta às UBS; convocação imediata; levantamento de casos ocultos; estratégias para aumentar a cobertura de Papanicolau).

Fragilidades

Grupo 1 – **Atenção Básica à Saúde**: dificuldade na marcação das consultas; demanda espontânea; baixa resolutividade; insatisfação; dificuldade na criação de vínculo.

Grupo 2 – **Diagnóstico**: encaminhamento inadequado para atenção secundária; falta de preparo dos profissionais para dar o diagnóstico.

Grupo 3 – **Atenção Terciária**: contra referência tardia; desconforto com o hospital.

Grupo 4 – **Gestão**: incentivo ao uso do Pronto-Atendimento; valorização insuficiente da política de AB; limites do SISL

Grupo 5 – **Formação Profissional**: formação focada na especialidade.

Considerando o comprometimento com o anonimato dos entrevistados por parte dos investigadores, foram criados nomes fictícios para os participantes. As 10 (dez) usuárias receberam “Maria” como primeiro nome, resultando nas “10 Marias” do estudo. A escolha desta denominação se deve a popularidade do nome em questão e sua relação simbólica com questões de resistência e luta pela vida.

Para os 2 (dois) representantes da gestão e para os 10 (dez) profissionais, foram atribuídos nomes relacionados à atividade da tecelagem, considerando que a questão central do estudo diz respeito à integralidade, associada a idéia de “tecer redes”.

Posterior à conclusão das análises quantitativa e qualitativa, foi realizada uma análise mais abrangente contemplando os resultados obtidos nas duas metodologias a fim de permitir o diálogo entre as abordagens utilizadas e, assim, aprofundar a temática da pesquisa, caracterizando a metodologia mista do estudo.

Ressalta-se que foi realizada uma reunião com representantes da gestão (SMS e DRS) e profissionais de saúde a fim de apresentar e discutir os resultados parciais da investigação para que estes participassem da interpretação dos dados obtidos, contribuindo na compreensão da realidade estuda.

De posse dos dados coletados e debatidos, a autora realizou um “doutorado sanduíche” de 8 meses, financiado pelo CNPq, na Escuela Andaluza de Salud Publica (EASP)/Espanha que possibilitou a realização de atividades relevantes para o aprofundamento do estudo.

4.5. Questões Éticas

Embora a pesquisa em questão pudesse desvelar e expor posições e/ou referenciais conflitantes entre os atores entrevistados, a pesquisa não apresentou riscos significativos para seus participantes. A mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública/USP (Anexo 1).

Anterior à realização das entrevistas, foi fornecida uma declaração específica (Termo de Responsabilidade – Apêndice 3) a todos os participantes, esclarecendo sobre os objetivos do estudo e assegurando tanto o seu anonimato quanto a restrição do uso das informações coletadas para trabalhos de cunho acadêmico vinculados à pesquisa. Aos que aceitaram participar do estudo, foi solicitado que assinassem um termo de consentimento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apêndice 4) autorizando a realização da entrevista.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Abordagem quantitativa

Os resultados alcançados com a investigação quantitativa permitiram obter uma caracterização da prevenção e diagnóstico do CCU no MC, possibilitando o desenho e aprofundamento da abordagem qualitativa.

Considerando a abordagem mista empregada, os resultados e a discussão serão apresentados, inicialmente, de modo dialogado entre os resultados obtidos em

ambas as metodologias. Entretanto, os dados qualitativos serão apresentados em seguida com maior profundidade em virtude da abrangência dos achados com esta abordagem.

5.1.1 A prevenção do CCU

Com base nos dados quantitativos analisados, observou-se que o número de citologias realizadas durante o período de 2008 a 2010 (janeiro a junho) é equivalente: cerca de 15 mil exames por semestre.

Considerando que a população feminina com idade entre 25 a 59 anos no MC corresponde a um total de 146.868 mulheres, e que por ano são realizadas cerca de 30 mil citologias nos serviços do SUS para esta população, tem-se uma cobertura de aproximadamente 20% ao ano como se observa na Figura 1. Tendo como base essa cobertura anual e considerado que o Programa preconiza que as mulheres de 25 a 59 anos realizem o exame a cada 3 anos, o máximo de cobertura que se poderia atingir seria de 60%.

Ainda que a cobertura de Papanicolau encontrada no MC seja aparentemente inferior ao aconselhado pela OMS que recomenda o mínimo de 80% na cobertura de rastreamento da população-alvo (WHO, 2002), é importante considerar que a cobertura estudada se restringe a serviços vinculados ao SUS. Mulheres que realizam o exame preventivo exclusivamente por meio do sistema de saúde suplementar ou do desembolso direto não estão contempladas nesta cobertura. Neste sentido, é possível

que o número de mulheres cobertas pelo preventivo no MC seja maior que o observado.

Cabe ainda realçar que a cobertura observada no MC, é superior ao realizado na maioria dos estados brasileiros; no período de 2008 a 2009 estes apresentaram cobertura abaixo de 20% entre mulheres de 25 a 59 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O rastreamento por meio do Papanicolau é ainda a abordagem considerada mais efetiva para o controle do CCU (MARTINS et al, 2005). Estudos epidemiológicos têm demonstrado um risco elevado no desenvolvimento desta doença entre mulheres que nunca foram submetidas ao exame e um aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último preventivo (HERRERO et al, 1992; FERRECCIO et al, 2003). Apesar da melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, esta ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no país (MENDONÇA et al, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Algumas hipóteses podem ser elencadas para explicar a baixa cobertura no MC, como: subnotificação dos exames realizados; mulheres realizando o procedimento em serviços privados não conveniados ao SUS; oferta insuficiente de serviços/recursos humanos; dificuldade de acesso aos serviços de Atenção Básica (AB); busca ativa insuficiente.

Além das hipóteses supracitadas, pode-se considerar os achados do estudo de BRENNAN et al (2001) que buscou identificar fatores associados à baixa adesão de mulheres ao exame, sendo encontradas questões como: falta de motivação, vergonha, distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder faltar o trabalho, além de dificuldades financeiras e com transportes.

Especificamente em relação à possibilidade de utilização de serviços privados não conveniados ao SUS, pôde-se constatar por meio das entrevistadas que muitos usuários contam também com outros meios de acesso aos serviços de saúde além do SUS, como, por exemplo, os planos de saúde.

A Figura 2 aponta para uma tendência decrescente na cobertura de acordo com a faixa etária. A partir dos 40 anos a cobertura não chega a 15%.

Estudo realizado em Campinas (SP) também identifica uma maior prevalência de não realização do Papanicolau em mulheres com idade entre 40 e 59 anos (AMORIM et al, 2006). Possivelmente, a frequência maior de eventos como: gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais, tratamento de leucorréias, entre as mulheres mais jovens influencia uma maior busca pelos ginecologistas que as de maior idade. A reduzida busca pelas consultas ginecológicas resulta em uma baixa frequência de realização do Papanicolau, com conseqüentes diagnósticos mais graves do que observado em mulheres mais jovens (ELUF-NETO et al, 1994).

De acordo com o Inca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b), é fundamental que a equipe de saúde incorpore na atenção às mulheres no climatério, orientação sobre o que é e qual a importância do exame preventivo do colo do útero a fim de incentivar a sua realização entre as mesmas e assim reduzir a incidência e mortalidade nesta população de risco.

AMORIM et al (2006) destacam a importância de aproveitar a demanda de mulheres mais velhas que frequentemente buscam os serviços de saúde em decorrência de outros agravos para que realizem o Papanicolau. De acordo com os autores, esta prática seria possível se a atenção à saúde fosse contemplada numa perspectiva da integralidade.

A urgência em captar mulheres com idade mais avançada pode ser constatada ao observar a Figura 3 que revela a predominância de alterações malignas entre mulheres acima de 50 anos. De acordo com o gráfico, as alterações malignas (adenocarcinoma, carcinoma) foram diagnosticadas, principalmente, em mulheres

entre 50 e 59 anos. Enquanto que as alterações benignas e as pré-malignas estavam concentradas entre as mulheres mais jovens (25-39 anos).

Ao analisar os dados qualitativos, evidenciam-se gargalos da AB que, possivelmente, potencializam a baixa cobertura do Papanicolau, bem como a predominância de exames entre mulheres mais jovens e, consequentemente, alterações mais graves em mulheres com idade avançada. Os principais pontos de estrangulamentos para estes aspectos seriam: *dificuldade na marcação das consultas*, atenção baseada na *demand espontânea* e a *dificuldade para criação de vínculo*.

Por outro lado, achados referentes a atitudes de algumas unidades como a *flexibilidade no atendimento* e o *aproveitamento da oportunidade* são iniciativas que podem contribuir na mudança da realidade observada se difundidas e adotadas em todo MC. Outros aspectos que podem favorecer essa transformação são as iniciativas da gestão, categorizadas como *papel ativo da SMS*, também apontadas nas entrevistas realizadas.

5.1.2 O Diagnóstico do CCU

Para os diagnósticos obtidos nos exames de Papanicolau, o Inca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) recomenda, imediatamente, a colposcopia para

alterações malignas. Apresentando lesão na colposcopia, preconiza-se que a paciente seja encaminhada à biópsia.

Neste sentido, buscou-se, fundamentalmente, identificar se existia uma cobertura equivalente entre o número de biópsias realizadas e o número de exames citológicos alterados que demandavam realização de biópsia por ano e os resultados obtidos nas biópsias por faixa etária.

Observa-se na Figura 4 a existência de um número de biópsias equivalente aos exames citológicos que apresentaram alteração. O ano de 2008 é o que apresenta uma menor equivalência, entretanto, esta é de aproximadamente 80%. Os anos de 2009 e 2010 apresentam uma equivalência que ultrapassa 100% (116,72% e 119,34%, respectivamente).

Os dados qualitativos, por sua vez, revelam que o *acesso* aos serviços de atenção secundária ocorrem com *brevidade*, fator que pode contribuir para o alto número de biópsias realizadas. Por outro lado, os achados quantitativos de 2009 e 2010 ultrapassam o número de alterações identificadas nas citologias, podendo indicar a realização do Papanicolau em estabelecimentos fora do MC ou em serviços privados não conveniados ao SUS como mencionado previamente. Pôde-se supor ainda que as biópsias realizadas no MC contemplaram, além dos casos indicados (alterações malignas), outros que tenham *sido indevidamente encaminhados*, queixa observada nas entrevistas com profissionais da AS e AT.

A figura 5 demonstra a predominância das alterações malignas em mulheres com idade mais avançada, reforçando o resultado obtido no diagnóstico de citologias por faixa etária.

5.2 Abordagem qualitativa

Os resultados referentes à abordagem qualitativa, tratados na perspectiva de *potencialidades e fragilidades* serão apresentados em grupos temáticos e para cada grupo temático, um conjunto de categorias relacionadas ao aspecto chave do estudo: a integralidade.

Os grupos temáticos serão previamente apresentados sob forma de diagramas (Diagrama I – Potencialidades; Diagrama II - Fragilidades) contendo suas respectivas categorias e relações, possibilitando uma compreensão mais abrangente dos achados.

Diagrama 1: Potencialidades

Potencialidades/Grupo 1 - Atenção Básica

Nas entrevistas realizadas, a questão do *acolhimento*, referida como um aspecto positivo na ABS, foi observada no discurso de alguns profissionais - aos quais foram atribuídos nomes fictícios relacionados a instrumentos de tecelagem - que apontaram o ato de acolher a partir de um processo de recepção e escuta das usuárias como pode ser observado abaixo:

“a gente pergunta por que ela não tá indo na sua UBS. Se ela diz: ‘ah não tô conseguindo marcar...’ A gente já agenda para essa paciente checar o resultado lá. Se não, se ela tem algum problema com a sua UBS, por exemplo, não gosta do médico, a gente acolhe essa paciente aqui. Tem paciente que fala: ‘se eu tiver que voltar pro meu médico eu prefiro nunca mais colher nenhum exame’ (Trama)

“o primeiro contato é com a ACS que conhece toda a população. Às vezes a ACS identifica algum risco, ou as mulheres têm mais liberdade de falar com ela que com o serviço de saúde. Então levam os problemas pra elas (ACS) e elas discutem com a gente na nossa reunião de equipe, tenta ver algum encaixe, alguma coisa assim. [O ACS] Diminui a distância do médico com o paciente. Então esse é o grande diferencial” (Roca)

“Se o paciente nos procurou é porque realmente ele tem alguma informação daqui e quer ser atendido aqui. É um direito que ele tem. Agora se o paciente não sabe de outra unidade: ‘ah, eu mudei faz pouco tempo eu não sei se tem outra unidade perto’. É um direito-dever da gente de informar pra esse paciente. (...) A gente às vezes até liga na unidade: ‘Como tá a agenda de vocês?’ (...) Dependendo do caso, a gente até absorve essa paciente mesmo de fora. Dependendo da história... É aquilo que eu te falei: a parte do acolhimento é muito importante. A gente precisa ouvir porque a paciente está te procurando” (Lã)

Conceitualmente, a palavra acolhimento corresponde ao ato ou efeito de acolher; amparar; dar abrigo, hospitalidade, ouvidos, créditos; receber; atender;

admitir. No campo dos serviços de saúde, o acolhimento corresponde a uma etapa no processo de trabalho (TAKEMOTO e SILVA, 2007) que ultrapassa a concepção simplista de “recepção”, “triagem” ou “acesso”, como criticado por autores como FALK et al (2010) e TEIXEIRA (2003).

Diferentes abordagens são encontradas na literatura sobre o tema. Apesar das diferenças, os estudiosos na temática têm em comum a perspectiva da *humanização das relações* como aspecto chave do acolhimento.

TEIXEIRA (2003) aborda o acolhimento em uma perspectiva “comunicacional”, entendendo a conversa como aspecto fundamental nos serviços de saúde. A partir do que ela designa de “acolhimento dialogado”, busca-se compreender as necessidades do usuário e as possibilidades e formas de satisfazê-los, ampliando-se o trânsito do usuário pela rede.

Para FRANCO et al (1999), o acolhimento seria uma etapa do processo de produção em saúde vivenciada nos momentos de encontros entre trabalhador e usuário, visando à produção de relações de escuta e responsabilização. Para estes autores, o acolhimento se propõe a transformar a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde partindo de três princípios básicos: garantir a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando a prática médico centrada e focando na equipe multiprofissional; qualificar a relação trabalhador-usuário pautada em parâmetros humanitários, de sociedade e cidadania.

As falas destacadas relatam posturas de acolhimento associadas às concepções apresentadas. A sensibilização dos profissionais às necessidades das pacientes, mesmo com usuárias “*fora da área de abrangência*”, observada nos relatos de *Trama* e *Lã*, foi também referida em estudos como o de SCHIMITH e LIMA (2004)

O relato de *Lã*, especificamente, caracteriza o que RAMOS e LIMA (2003) afirmam: a população quando se sente acolhida, passa a buscar serviços que ultrapassam seus limites geográficos em função da recepção e resolutividade.

O acolhimento, entretanto, não foi observado enquanto uma prática regular implantada no MC ou até mesmo nas próprias unidades, aparentando ser uma conduta pessoal de cada trabalhador. Esta particularidade caracteriza a individualidade do trabalhador, seus sentimentos e subjetividades presentes na sua

atuação. Como afirmam MERHY e FEUERWERKER (2009, p.38), “muito longe de ser uma ‘caixa vazia’, cada trabalhador tem ideias, valores e concepções acerca da saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado”.

A prática individual do acolhimento pode ser constatada, inclusive, pela ausência de referencia a este tipo de prática na fala das usuárias. Nenhuma das entrevistadas apontou este tipo de conduta nas unidades básicas frequentadas.

Vale ainda ressaltar que a postura de acolhimento referida, foi mencionada, principalmente, por profissionais de uma unidade de saúde específica, vinculada a uma instituição de ensino superior. A estreita relação destes trabalhadores com a academia pode favorecer um discurso e uma conduta mais adequado ao que se espera dentro do serviço de saúde o que não necessariamente é percebido pelas usuárias. Por outro lado, é importante destacar que as usuárias participantes eram de UBS variadas, como mencionado previamente, não havendo nenhuma vinculada ao Centro de Saúde Escola em que atuam estes profissionais aqui referenciados.

A ausência de referencia ao acolhimento na ABS por parte das usuárias não permite que se atribua com solidez esta suposta conduta adotada por alguns profissionais, mas, tampouco se podem ignorar tais relatos que apontam para uma conduta aparentemente mais flexível diante das necessidades de cada usuária, resultando na comunicação com unidades de origem, na viabilização do acesso e no respeito à sua escolha. Escutar as necessidades e desconfortos das usuárias, que ultrapassam o dueto saúde-doença, representa uma postura de atenção, cuidado e valorização do sujeito.

Segundo TAKEMOTO e SILVA (2007, p. 337),

nem sempre é fácil ouvir. É mais fácil trabalhar com uma “queixa clínica”, uma parte do corpo que dói, uma doença que precisa de medicamento. Quando abrimos um espaço para o diálogo com o usuário, por mais reduzido que ele seja, abrimos uma porta para que a “vida lá fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade.

O *aproveitamento da oportunidade* é uma categoria que se relaciona à questão do acolhimento por se tratar de uma estratégia focada na otimização da entrada das mulheres no serviço de saúde, identificando a necessidade de aspectos que ultrapassem a sua queixa inicial. Como pode ser constatado nos trechos de fala abaixo, os profissionais em questão apresentam um olhar mais atento às usuárias e

tentam manter uma conduta mais ativa que permita aproveitar a presença da mulher na unidade de saúde para realizar uma atenção integral.

“Na minha UBS o pessoal da clinica já orienta a paciente a agendar a GO [ginecologista]. (...) Agora eu não sei como funciona em todas as UBS. Isso assim, porque não tem um protocolo. Então aí vai da boa vontade e da eficiência de cada médico. Na minha UBS funciona isso” (Agulha)

“Então ela vem aqui por um sangramento. A gente já olha pelo sistema Hygia quando foi o último Papanicolau. Se ela não tem no último ano, já pergunta: ‘a gente vai colher hoje ou que dia?’ Então a gente tenta não perder a oportunidade. (...) o pessoal da enfermagem aqui faz: (a paciente tá na pós-consulta de diabetes): ‘a senhora colheu o Papanicolau quando?’ ‘Ah, não lembro!’ ‘Então a senhora vai subir lá na GO e vai marcar” (Trama)

“Ela faz [o Papanicolau] na consulta agendada, seja por qualquer motivo. (...) Eu sempre vou ver tudo independente da queixa dela. Então a saúde da mulher ela é sempre abordada em todas as consultas que ela vem, por qualquer motivo e sempre é oferecido o Papanicolau e as sorologias. Mas quando a paciente não quer colher, quer marcar para outro dia, a gente tenta marcar nem que seja encaixe só pra isso” (Roca)

As iniciativas de aproveitamento da oportunidade são atitudes que podem favorecer o aumento da cobertura do Papanicolau se bem estruturadas no MC. VALE et al (2010) e MENDONÇA et al (2008) identificaram em seus estudos que muitas vezes a realização do preventivo se dá pelo aproveitamento de momentos de consulta por diferentes razões que não a prevenção, caracterizando um rastreamento oportunístico. Ainda que não seja o ideal para concretizar a efetividade de um programa, este tipo de rastreamento é uma oportunidade de captação que não pode ser desperdiçada. A presença da mulher na unidade deve ser aproveitada para orientá-las e incentivá-las a realizar o exame preventivo (RIBEIRO et al, 2011).

CECÍLIO (2006) ressalta que quando se está pautado no princípio da integralidade, uma consulta por mais especializada que seja não pode deixar de fazer uma escuta atenta que permita identificar necessidades de saúde possíveis de serem atendidas por meio de diferentes saberes e práticas disponíveis no sistema.

Neste sentido, a postura adotada pelos entrevistados além de favorecer a realização do preventivo, pode também corroborar com a lógica de uma prática integral na saúde, favorecendo o fortalecimento deste princípio no SUS municipal. Entretanto, para caracterizar a integralidade da atenção, esta atitude precisa estar pautada, de fato, para um olhar abrangente da saúde, não se restringindo à prevenção do CCU.

A *flexibilidade no atendimento* corresponde às facilidades estabelecidas nas unidades de saúde para viabilizar o acesso das mulheres ao atendimento. Assim como a categoria anteriormente discutida, a flexibilidade no atendimento também se relaciona com o acolhimento. Segundo SCHIMITH e LIMA (2004), a acolhida prevê plasticidade que seria a capacidade de adaptação de um serviço para atender às demandas da população.

“Aqui todo médico sabe que a gente vai pegar todas as extras que chegarem. (...) A gente não tem burocratização. E tem a sala de triagem. Se a paciente quiser vir só fazer o Papanicolau e não passar no médico e depois ela ser encaminhada, ela pode” (Trama)

“Pode ser que outra unidade básica também tenha o profissional com essa qualificação e com esse olhar: “qual é a queixa? Será que não dá pra encaixar? Então, existe diferença de profissional” (Lã)

Os relatos acima retratam uma maneira positiva de organização por parte de certos profissionais e/ou equipes que, apesar da burocratização existente no sistema de saúde, buscam propiciar certa plasticidade na atenção a fim de facilitar o acesso das usuárias ao serviço, adotando uma prática mais humana e menos burocrática. Esta conduta caracteriza o que MERHY (1997) descreve como Trabalho Vivo em

Ato nos processos de cuidado em saúde. FRANCO e MERHY (2012) destacam a importância da dimensão subjetiva nos atos produtivos do trabalho em saúde, mediado por certa ética do cuidado. Pautado em tecnologias relacionais, o elemento humano é apontado como central na produção do cuidado.

A flexibilidade observada neste estudo, em relação ao atendimento à demanda dos casos não agendados, é relativa, caracterizando-se como uma conduta orientada à ética profissional de trabalhadores específicos e não em “normas e regras que pautam a racionalidade formal da organização”, como apontado por CECÍLIO et al (2012, p. 2896). Da mesma forma, se caracterizam os achados referentes ao “acolhimento” e “aproveitamento da oportunidade”. A ausência de fala das usuárias a respeito destas categorias reforça a ideia de que estas correspondem a condutas individuais ou de uma equipe específica, não caracterizando uma estratégia pensada para organização do processo de trabalho da atenção básica municipal.

A mudança organizacional do processo de cuidado, pensada de modo abrangente, que permita o rompimento com as práticas tradicionais, possibilitando a dissipação das condutas individuais para o coletivo, depende do envolvimento da gestão também no cotidiano das práticas.

MERHY e FEUERWERKER (2009) destacam a educação permanente em saúde e o apoio institucional como estratégias de gestão que podem favorecer a criação de espaços coletivos para refletir sobre o processo de trabalho, explicitar diferentes modos de compreender a realidade vivida e permitir a produção de novos pactos de organização do trabalho.

Potencialidades/Grupo 2 – Atenção Secundária e Terciária

Apesar da impossibilidade de avaliar quantitativamente o acesso a serviços de atenção secundária e terciária, em decorrência da ausência de registros, as entrevistas permitiram verificar que este não é marcado por aspectos que dificultem ou impeçam a entrada das usuárias a estes níveis de atenção, como geralmente se observa no país. Tanto na secundária quanto na terciária, o **acesso** a estes níveis no MC se dá **com brevidade**: máximo 20 dias, segundo os entrevistados:

“Em torno de uma semana, no máximo, já conseguiu vaga (nível secundário) e quando precisa encaminhar pro HC é em torno de quinze, vinte dias pra iniciar o tratamento” (Agulha)

“Não chegava nem a um mês. Bem rápido. Coisa de vinte dias (nível secundário)” (Maria da Conceição)

“Ah! Foi rápido! Na mesma semana fui encaminhada prá lá (HU)” (Maria das Graças)

Em geral, o acesso a serviços especializados é um dos principais gargalos durante o itinerário terapêutico dos pacientes (PARADA, 2008; SOUZA et al, 2008; PIRES et al, 2010). Por outro lado, achados semelhantes foram encontrados em estudos como os de PONTES et al (2009) e CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA (2010) que também identificaram facilidade no acesso a serviços de referência.

De acordo com CECÍLIO e MERHY (2003), a transversalidade no sistema é fundamental à integralidade na atenção: para que seja plena, a linha de cuidado depende da articulação dos distintos serviços. Especificamente para o CCU, esta transversalidade é fundamental para garantia do seguimento das usuárias.

A potencialidade do MC no que diz respeito aos serviços ofertados, recursos disponibilizados e o fato de ser um renomado centro de formação e prestação de serviços de saúde, tornando-o um dos principais polos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país e sendo referência para serviços de maior complexidade para muitos municípios da sua região (CHAVES, 2005), são alguns fatores que podem favorecer o acesso aos serviços especializados no local estudado. Associado a estas características, a priorização do encaminhamento imediato das usuárias aos serviços de referência sempre que necessário, também pode favorecer a realidade observada no MC.

Além do acesso com brevidade, as usuárias demonstram *satisfação* tanto com o **serviço secundário** quanto **terciário**:

“Foi muito bom. Sempre com atenção, perguntando; “Você tá bem? Tá sentindo bem?” Foi muito bom. (...) Acho que quem é atendido lá [HU] é um privilégio, porque eles cuida muito bem” (Maria do Carmo)

“aqui [posto] marquei clínico geral por causa da pressão. Ginecologista não, ginecologista acho que é só as Clínicas que vai por a mão em mim agora. Né? Quero tratar lá porque fui bem servida. Lá fez eu andar...” (Maria das Dores)

“Eu gostei muito daquele médico [especialista]. Ele me explicou, falou porque que eu tava com isso (...). Ele me tratou muito bem, gostei do atendimento dele” (Maria da Conceição)

“Lá [nível secundário] eu fui bem atendida. Eles fizeram a biópsia, o médico [especialista] conversou comigo (...) Acho que ele [especialista] explicava melhor, conversava mais. Ela [médica do posto] é mais secona. Se você não pergunta, ela não te fala o que é” (Maria de Lourdes)

A satisfação aqui se relaciona, sobretudo, a questões que podem ser associadas ao acolhimento nos serviços de atenção secundária e terciária, sendo valorizados aspectos focados na atenção recebida por parte da equipe de saúde. A demonstração de afeto e interesse pelas usuárias e, principalmente, o estabelecimento de diálogo para esclarecimento de sua situação, são detalhes nitidamente apreciados pelas mulheres entrevistadas. Este aspecto é comumente observado na literatura (SISSON et al, 2011; TRAD et al, 2002), demonstrando a importância atribuída ao atendimento humanizado por parte dos usuários.

A *satisfação* dos usuários é um dos importantes elementos utilizados na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, considerando que estudos neste campo podem apontar vivências e expectativas dos usuários em relação aos serviços (SISSON et al, 2011).

O peso atribuído à relação humana na satisfação das usuárias com o serviço se torna ainda mais forte pela fragilidade em que estas mulheres se encontram. Tal

valorização demonstra o quanto o *cuidado* ultrapassa uma concepção simplista de assistência essencialmente técnica, demandando dedicação e responsabilidade real para com a usuária.

Potencialidades/Grupo 3 – Gestão

Os avanços relacionados à gestão apontados pelos entrevistados dizem respeito a aspectos associados ao papel ativo da SMS e ao SISL.

A *utilização do SISL* como ferramenta de gestão foi referida por profissionais e representantes da gestão que destacaram utilizar as informações do Hygia nas atividades relacionadas ao CCU.

“o Hygia é 100% alimentado quanto à coleta de Papanicolau. (...) Ele ainda pode ser melhor explorado, os dados nele contidos precisam ser transformados em informações, e essas informações disponibilizadas para as unidades. Começamos agora a fazer reuniões mensais com todos os ginecologistas da rede onde a gente passa esses relatórios, pede a opinião deles... é uma maneira de eles também participarem de coordenação” (Tear)

“eles estão tentando cada vez mais informatizar os dados, administrar as alterações, ter conhecimento do que está alterado. Eles mandam pra gente. Sistemáticamente. Pacientes que tinham Papanicolau alterado, que sumiram e eles não têm contra-referência. Eles mandam pra gente: o que aconteceu com essa paciente? (...) A equipe do Programa de Saúde da Mulher tem criado ferramentas para monitorar os casos” (Trama)

A relevância da utilização do SISL pode ser observada mais detalhadamente pelas falas relacionadas ao *papel ativo da SMS*. Parte significativa dos avanços observados neste aspecto está associada ao uso do SISL como ferramenta de gestão e planejamento.

“Programa de Saúde da Mulher é um negócio que funciona. Tanto que assim, às vezes, até antes da paciente já vir para receber o resultado, a secretaria já mandou o papel pra UBS falando que deu alterada a cito. (...) A própria secretaria já encaminha pra UBS, já fala o que tem que ser feito, para onde tem que ser encaminhado” (Aguilha)

“Hoje qualquer exame citológico colhido numa unidade básica, o ginecologista que colheu vai receber o relato da alteração e de que maneira ele deve agir. Quer dizer, há quase uma supervisão das situações de cada caso encontrado alterado” (Fio)

O **alerta às UBS** resulta na **convocação imediata** dos casos alterados para que seja tomada prontamente a conduta adequada.

“caso haja alguma alteração, normalmente, a gente é notificado, faz uma busca ativa e chama essa paciente antes do retorno agendado” (Tecido).

“O resultado ficou pronto, em 10, 15 dias. Eu estava com retorno marcado em dezembro, mas como deu alteração eles me mandaram uma carta pra comparecer antes” (Maria de Lourdes)

Outra iniciativa da SMS também relacionada a utilização do SISL corresponde ao **levantamento dos casos ocultos**. Ou seja, mulheres cadastradas que não têm registro de realização da citologia nos últimos 3 (três) anos de acordo com o Sistema.

“a gente recebe uma lista com todas as pacientes que não coletaram o Papanicolau nos últimos 3 anos e a gente faz uma busca ativa com a enfermagem” (Trama)

“a SMS mandou pra gente um papel com a relação de todas as mulheres que estariam com a saúde da mulher atrasada. Mas era superestimado porque algumas faziam no particular, algumas nem tinham nem mais útero ou tinha já a idade muito

avançada. A gente pegou essa lista no ano passado e os ACS foram conversar com todas essas pacientes. O número caiu bastante. Das que realmente tinham que fazer, a gente começou a convocar” (Roca)

Os maiores incentivos para alimentação e utilização dos sistemas de informação por parte dos municípios brasileiros são questões de ordem econômico-financeira (COHN et al, 2005; SILVA, 2010). Identificar, por meio do conjunto de falas acima, a utilização do SISL como ferramenta de gestão, é algo animador. Observa-se que a exploração do Hygia tem permitido monitorar casos e planejar estratégias para superação das limitações no campo da cobertura do Papanicolau no município, bem como dar seguimento imediato aos casos necessários.

MOREIRA (1995) destaca a importância da utilização dos sistemas de informação de saúde pela gestão para a qualidade da informação. FERREIRA e PORTELA (1999), ALMEIDA e ALENCAR (2000) corroboram com esta ideia valorizando a manipulação regular dos dados para aprimoramento dos sistemas de informação. Neste sentido, a utilização do Hygia como instrumento de gestão para a questão do CCU, favorece o processo decisório acerca de iniciativas para controle do câncer no município e permite a otimização dos dados a partir da identificação das necessidades da gestão para a tomada de decisão.

Constata-se, entretanto, que as iniciativas da gestão são focadas, principalmente, no pós-diagnóstico não sendo mencionadas estratégias para prevenção do CCU. O levantamento de casos ocultos, que é uma possibilidade de identificar mulheres cadastradas que não estão realizando o Papanicolau, poderá impactar futuramente na cobertura.

Apesar das iniciativas estarem direcionadas principalmente no pós-diagnóstico, os achados aqui apresentados demonstram que o sistema de informação da gestão é um “sistema produtor de cuidado”. Ainda que se configure como um “processo de trabalho morto”, o SISL possibilita o exercício do cuidado também por parte da gestão.

Para aumentar a cobertura do preventivo, **outras estratégias** foram elaboradas como redistribuição de vagas e incentivo à flexibilidade no agendamento de consultas:

“Antes, 90% a 95% das vagas de Ginecologia eram preenchidas e somente 50% das vagas de pré-natal eram preenchidas, o que mostrava uma sublocação de vagas de Ginecologia, e uma superlocação de vagas de pré-natal. (...) Adequando melhor essas vagas da Obstetrícia, aumentou o número de vagas para a Ginecologia e consequentemente o número de coletas também deve ter se beneficiado” (Tear)

“Criamos vários mecanismos para melhorar essa cobertura do Papanicolau. Tiramos siglas, porque nós chegamos à conclusão de que estava restringindo o acesso. Por que? A partir do momento que eu punha “PN” que é o pré-natal, eu só podia agendar gestante naquela sigla. Pra você colher o Papanicolau eu só podia agendar em caso novo - “CN”. (...) Outra coisa que tentamos mexer é que não marque dia de agendamento. A orientação que a gente tem dado é essa: não abrir com data fixa, porque geralmente vai todo mundo naquele dia e depois você não tem o que ofertar” (Urdume)

Apesar dos inegáveis avanços da gestão, é importante ressaltar que as potencialidades da gestão relacionam-se a iniciativas pontuais, o que ainda não caracteriza uma gestão pautada na lógica da integralidade.

Feuerwerker (2011, p.99) considera que “tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referencia para organizar os serviços e as práticas de saúde”. Neste sentido, aponta a necessidade de produzir “cadeias de cuidados” por ela definido como: “arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo o vínculo e a continuidade do cuidado”. Seria a gestão exercendo o indispensável papel de produtor do cuidado a fim de possibilitar avanços em direção à integralidade.

Diagrama 2: Fragilidades

Fragilidades/Grupo 1 – Atenção Básica

A dificuldade no acesso aos serviços de AB é caracterizada pelos relatos enquadrados na categoria denominada *dificuldade na marcação das consultas* como pode ser observado abaixo:

“a partir do momento que tomou essa postura de ponto digital, eu diminuí 30% meu atendimento (...). A vida é uma relação de troca. Quando eu tinha o gerenciamento, em que eu poderia ir embora mais cedo, eu encaixava (....) Hoje em dia eu não encaixo. Encaixo só urgência. Faltou? Não é problema meu” (Tecido)

“O difícil é o acesso pra unidade básica. Isso eu tenho observado que é difícil. As usuárias demoram pra conseguir. Por exemplo, o esquema que a gerente fez aqui: ela abre a agenda no dia 1º, por exemplo, no dia 1º de fevereiro ela abriu a agenda de março. Então você chega aqui no dia 1º, tem uma fila gigantesca das pessoas que foram orientadas a vir para marcar a consulta pra março. (...) Se a pessoa chega aqui no dia 1º 5h da tarde ela não pega mais consulta pra março. (...) e tem unidade de que não encaixa...(....) eu percebo que em algumas unidades isso é muito rígido. O eventual é só aquilo que for urgente, urgentíssimo. Se não é, não encaixa” (Algodão).

“Pacientes que já eram seguidas! Elas começaram a mandar embora! ‘A senhora não é daqui não, a senhora não mora nessa área’ ‘Mas eu sempre segui aqui’ ‘Ah, mas a senhora não vai mais seguir aqui não. Vai ter que ir pro seu posto’ (Lã).

“Agora nas UBS o que acontece? O horário de marcação às vezes é muito rígido: marco nos primeiros 7 dias do mês. Se a paciente não consegue marcar naquele mês, ela já é jogada pro outro mês (...). Tem pouca flexibilidade de marcação de horário” (Trama).

“Nossa senhora, Deus me livre! Tem que esperar a agenda! Tem vez que é 4, 5 meses! É bem difícil... (...) Eu venho ou eu ligo. (...) já aconteceu de eu, quando marca muito longe, eu esquecer da minha consulta e eu não vir, e eu perder. Já aconteceu isso” (Maria de Lourdes).

“Tentei agendar e não consigo. Fala que não abriu agenda... Eu procuro sempre aqui, porque sempre falam para eu vir pra cá, né? Aí eles falam: “não abriu ainda. Vai abrir mês que vem!” Aí no mês que vem a gente liga de novo: “Ah, não tem mais vaga!” Porque eu não tenho tempo de vir aqui cedo porque eu trabalho, né?” (Maria Madalena)

“Na Básica [o maior problema] é a questão do acesso à coleta. Nós temos tentado bater em cima dos gargalos da coleta mexendo na agenda, aumentando o número de vagas para a coleta, sinalizando aquelas que não colhem há mais de três anos, sinalizando também os resultados alterados. (...) Estamos preocupados muito na Atenção Básica com o acesso, mesmo” (Tear).

De acordo com as entrevistas, pode-se afirmar que a dificuldade no acesso à AB está relacionada, principalmente, a baixa flexibilidade na marcação das consultas. São restrições colocadas pela própria dinâmica do atendimento e sua burocratização que contribuem para dificultar e desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, resultando no retardo para realização do Papanicolau, como pôde ser observado na Figura 1 dos dados quantitativos.

Na literatura são encontrados diferentes estudos que apontam para uma realidade semelhante à observada no MC. (ASSIS et al, 2003; SCHIMITH e LIMA, 2004; ANDRADE et al, 2007; SOUZA et al, 2008; CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

ANDRADE et al (2007) apontam para situações críticas de acesso à Unidade de Saúde da Família (USF) em município baiano, onde a chegada na USF de madrugada sem garantia de atendimento era prática comum. O mesmo observa-se em estudo desenvolvido por SCHIMITH e LIMA (2004) no sul do Brasil. SOUZA et al (2008) e CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA (2010), também relatam a dificuldade de acesso à AB em cidades da Região Nordeste do país, tanto às unidades tradicionais quanto de saúde da família. CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA (2010) apontam ainda o processo de marcação de consulta como um importante obstáculo mencionado para a utilização do serviço.

TAKEMOTO e SILVA (2007, p.336) destacam que a recepção é, tradicionalmente, um lugar de conflito:

de um lado há alguém que traz uma demanda que entende que deveria ser atendida pelo serviço e que lhe parece importante, urgente e merecedora de

uma resposta imediata, e de outro há um trabalhador que não tem nada a oferecer, não dispõe ou não consegue enxergar outras ofertas e não se sente responsável por essa falta de opção

Falas como a de *Tecido* e os relatos de *Trama*, *Algodão* e *Lã*, retratam o descaso do profissional que se coloca numa posição de expectador enquanto se posiciona de maneira distanciada sem responsabilizar-se pela situação e ignorando o direito das usuárias. Situação semelhante é relatada por SCHIMITH e LIMA (2004, p. 1492): “enquanto quem está de frente para os problemas, os trabalhadores, não sentem isso [acesso] como direito da população (...) será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro”.

Com relação à política de entrada das usuárias no sistema, representantes dos três grupos entrevistados confirmam que é baseada na lógica da **demanda espontânea**:

“...e as que estão em potencial ali naquela comunidade e que não procuram serviço nenhum? Têm muitas. Eu penso assim: além dessas que a gente sabe que procurou o serviço (...) tem aquelas que nunca foram” (Linho).

“A nossa unidade é muito passiva. Ela é uma unidade que espera as pessoas chegarem (...). Então, a gente atende quem chega e você não tem idéia de quem ta precisando” (Fibra).

“Fazia uns 20 anos que eu não fazia [Papanicolau]. Foi quando eu fiz, dessa vez...” (Maria de Nazaré)

O modo de organização dos serviços de saúde para o rastreamento do Câncer pode ser estruturado com base em uma oferta organizada ou espontânea (WHO, 2007).

No tipo organizado existem estrutura e recursos adequados para realização periódica do teste de rastreamento, bem como para o tratamento de lesões suspeitas. Mecanismos para recrutamento da população alvo estão disponíveis e o acompanhamento sistemático das pessoas com testes de rastreamento positivos é prática habitual (BASTOS, 2011). No tipo espontâneo, o teste de rastreamento não é aplicado de forma sistemática na rotina dos serviços de saúde (WHO, 2007), ficando restrito à população que busca ocasionalmente os serviços de saúde por diferentes razões e

tampouco desenvolve ações para busca ativa de casos, resultando em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos (BASTOS, 2011; WHO, 2007).

Especificamente em relação a prevenção do CCU, diferentes estudos (SILVA et al, 2004; PARADA et al, 2008; VALE et al, 2010; GASPERIN et al, 2011; CORRÊA et al, 2012; COSTA et al, 2012) demonstram que a realização do exame de Papanicolaou está associada, predominantemente, à busca espontânea das mulheres, corroborando com os relatos das entrevistadas aqui apresentados e resultando em situações como a de *Maria de Nazaré*.

VALE et al (2010) apontam para a relação entre a atenção baseada na demanda espontânea e a baixa cobertura de exames. Devido a frequência maior de eventos em mulheres mais jovens como: gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais, tratamento de leucorréias, influencia que estas busquem mais os ginecologistas que as de maior idade (AMORIM et al, 2006). Desta forma, a cobertura além de insuficiente, fica concentrada nas mulheres mais jovens, como também observado nos dados quantitativos desta tese, não alcançando o grupo com maior risco para o câncer, como observado por CORRÊA et al (2012).

A **baixa resolutividade** contempla questões possíveis de serem resolvidas no âmbito da ABS e que foram negligenciadas ou mal executadas.

“eu cheguei lá e comecei a falar com a médica: ‘eu sinto uma dor na barriga, uma dor na barriga’. Todo dia ia lá, eles me davam um remédio... (...). Eu falava: ‘mas a senhora não vai por a mão em mim? Não vai me examinar? Me encaminhar pra algum lugar?’ ‘Não. Não precisa. Toda mulher tem essa dor’ (Maria das Dores).

“Reclamo daqui do posto porque a médica do posto em 2008 falou que tinha dado uma alteraçãozinha, mas que não era nada. Eu peguei, fui embora. Não era nada, fui embora. Eu acho que em 2008 se ela tivesse visto antes, se ela tivesse dado mais atenção, eu acho que não precisava chegar aonde eu cheguei, de fazer uma cirurgia lá, tirar um pedaço do colo” (Maria de Lourdes).

“muitas UBS usam como estratégia os mutirões. O que é isso? Marcam um dia em que vão fazer coleta de Papanicolau o dia inteiro. Mas quem não pode ir num dia que é maleável, nesse dia também não vai. Então eu acredito que as estratégias para buscar

as pacientes faltosas têm sido superficiais...” (Trama)

As falas dos entrevistados apontam para aspectos que vão desde insatisfação com o atendimento, associados a atitudes negligentes por parte dos profissionais que prestaram atendimento, a iniciativas de baixo impacto na prevenção e diagnóstico do CCU.

O relato de *Maria das Dores* retrata uma relação entre médico e usuário exercida de forma mecânica e superficial, focada na medicalização e desatenta às queixas da usuária, como também relatado por TAKEMOTO e SILVA (2007).

SCHIMITH e LIMA (2004) identificam em seu estudo que alguns profissionais pré-estabelecem que muitos usuários buscam o serviço por dependência emocional, como se o sofrimento não fosse real, mas uma “invenção” para conseguir ser ouvido, sem questionar o por que do retorno insistente do paciente.

PIRES et al (2010) afirmam que a baixa qualidade e resolutividade dos serviços resulta em uma baixa legitimidade e confiança da população sobre os mesmos, como pode ser observado a seguir no discurso das entrevistadas nas categorias referente à ***insatisfação e dificuldade na criação de vínculo***.

Enquanto se observa uma satisfação das usuárias diante dos serviços de atenção secundária e terciária, a atenção básica recebe diversas críticas das entrevistadas, caracterizando ***insatisfação*** com este nível de atenção.

“Não gostava de lá de jeito nenhum. Eu pedia pra passar com outra, mas acontece que só tinha ela lá pra fazer esse exame (...) quem mora lá depende de lá” (Maria das Dores).

“Esse aqui eu não gostei. Achei muito grosso, sabe? Mulher é muito sensível. Eu achei ele, assim, muito seco! (...) Chegava lá e o Dr. ia botar aquelas maquininhas, já colocava aquelas grandonas! Que não dava! Vinha arrebetando a gente por dentro. Você vai falar e ele já acha que a gente era manhosa, isso e aquilo. Mas não é! Você que tá sentindo!” (Maria das Graças).

“Eu não gostei do atendimento dele. Ele me examinou sem luva. Entendeu? E eu fui reclamar, ele falou que faz isso com todo mundo porque não tem nada a ver (...) Ele

pegou na lâmina sem luva, e tirou sem luva... Eu acho assim, se ele faz isso com todas as pacientes, imagine toda hora ele com a mão na lâmina, com a mão na paciente. (...) Eu achei errado” (Maria do Carmo).

A **insatisfação** das usuárias com os serviços está focada no atendimento médico e a falta de cuidado na atenção, existindo, claramente, um desconforto diante da realização do Papanicolau.

A associação de consultas ginecológicas com situações de desconforto é um aspecto comumente encontrado na literatura (TORRES et al, 2008; MIRANDA-RIBEIRO e SIMÃO, 2009; GARCIA et al, 2010), sendo este desconforto decorrente tanto de maus-tratos quanto à presença de um profissional do sexo masculino na realização do procedimento ginecológico (GARCIA et al, 2010).

MARTINIANO et al (2006) afirmam que relatos de maus-tratos e humilhações sofridas por mulheres durante o exame citológico são comumente observados. De acordo com as autoras, o sentimento de desconforto é, muitas vezes, resultado de experiências negativas com profissionais que realizam o exame de forma fria e descuidada, resultando em insatisfação, desconfiança e resistência na realização de procedimentos ginecológicos (PINHO et al, 2003).

GARCIA et al (2010, p.123) ressaltam a importância de uma “atuação mais humanizada e empática que respeite a intimidade e privacidade das mulheres” a fim de minimizar os sentimentos de desconforto e vergonha durante o exame. Além do fator humano na atenção, que por si só deveria influenciar os profissionais no desempenho de atendimento mais cuidadoso, é preciso reforçar que, muitas vezes, o retorno da usuária bem como a continuidade do tratamento dependerá da qualidade da assistência previamente recebida (MARTINIANO et al, 2006).

As fragilidades observadas na atenção primária resultam em uma **difículdade na criação de vínculo** com este nível de atenção por parte das usuárias como pode ser observado nos relatos a seguir, reforçados, inclusive, por profissionais e representantes da gestão.

“Eu não passo mais com ela [medica do posto]. Prefiro o HC ao posto. Eu acho que lá [HU] tem mais segurança (...). Inclusive a médica daqui queria saber todos os procedimentos que eu tava seguindo lá” (Maria da Conceição).

“O medico [do HU] tem que ter a sensibilidade de perceber isso [que ela precisa seguir com a ABS] e dizer que ela tem que fazer o seguimento normal porque lá ela será atendida especificamente pro câncer. Já tivemos casos aqui de pessoas que ficaram lá envolvidas (...) e não vieram mais pra cá para dar seguimento nas outras coisas” (Lã)

“Aquele paciente que não cria vínculo com o tratamento está sempre no PA porque ele não consegue fazer aderência, ele não consegue ter acesso fácil na Atenção Básica. Ele marca a consulta pra hoje, aí se tem alguma intercorrência ele vai remarcar para daqui a 4, 5 meses” (Urdume).

A dificuldade no acesso às UBS e a desconfiança depositada nestes serviços parecem ser os principais impedimentos para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as usuárias.

Vínculo é definido no Dicionário HOUAISS et al (2001) como “aquilo que *ata, liga* ou aperta: que **estabelece um relacionamento** lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição”.

RAMOS e LIMA (2003) afirmam que mais que a localização dos serviços, são as experiência positivas que irão favorecer a busca dos usuários por determinadas unidades em detrimento de outras.

A demonstração de interesse e responsabilidade por parte dos profissionais despertam sentimentos de segurança e confiança nos usuários, favorecendo o estabelecimento de vínculo com as unidades. Este fato pode ser constatado nas entrevistas realizadas no MC em que se observa que as usuárias estabelecem vínculo com o Hospital Universitário (HU) e não com as UBS, possivelmente em virtude da atenção que recebem durante o tratamento do CCU no hospital.

O câncer, apesar de ser uma doença crônica tratável e, muitas vezes, curável, principalmente quando diagnosticada precocemente, é uma doença bastante estigmatizada, o que potencializa ainda mais o sofrimento dos pacientes (SILVA, 2005).

Desde o diagnóstico ao tratamento, o CCU impacta, além de fisicamente, psicologicamente a vida da mulher e de seus familiares, deixando-as fragilizadas e ansiosas, sendo, portanto, indispensável uma postura sensível por parte dos profissionais de saúde, disponibilizando tempo suficiente para a escuta e esclarecimento de dúvidas

(FRIGATO e HOGA, 2003). Na Atenção Primária se deveria criar relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência que possibilitam o estabelecimento de laços interpessoais entre profissionais e usuários, caracterizando o vínculo e promovendo a co-responsabilização da saúde (STARFIELD, 2002).

Neste sentido, ainda que o tratamento seja prolongado e realizado em serviços de atenção terciária, o vínculo entre usuárias e equipe de ABS é fundamental para se estabelecer uma relação de confiança e conforto, caracterizando aquele espaço como um “porto seguro” para as mulheres demonstrarem suas inquietações, além de dar seguimento a outras questões necessárias.

Fragilidades/Grupo 2 – Diagnóstico

No segundo grupo de fragilidades, relacionadas ao diagnóstico, observam-se limitações de ordem informativa, de comunicação e humanização.

O *encaminhamento inadequado para atenção secundária* é uma queixa apontada pelos profissionais que estão neste nível de atenção. De acordo com estes, muitos casos que poderiam ser acompanhados na ABS são encaminhado indevidamente para os serviços especializados.

“O que eu observo de dificuldade é ainda hoje os colegas não conseguirem entender ou seguir o fluxo que o próprio MS orienta. Por exemplo, NIC 1 é repetição na unidade da citologia em 6 meses, mas ao chegar uma citologia NIC 1, eles imediatamente colocam essa paciente para ser encaminhada. (...) Eles não entendem ou não ficam seguros com aquele resultado da citologia e isso acaba sobrecarregando. (...) No meu ambulatório eu ainda tenho 50%, pelo menos, de encaminhamentos inadequados” (Navete).

“...nós também recebemos pacientes que não teriam indicação de uma investigação maior por dúvida do profissional, então eu devolvo muita paciente, que não tem necessidade de fazer um seguimento especial” (Fio).

Queixas acerca da sobrecarga de pacientes em unidades de atenção secundária e terciária decorrente da baixa resolatividade na ABS, como relatado nas falas acima, são comumente observadas pelos serviços de saúde do país.

Para os diagnósticos obtidos nos exames de Papanicolau, o Inca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) preconiza as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas seguem a rotina de rastreamento citológico; para alterações pré-malignas recomenda-se a repetição da citologia em 6 (seis) meses; para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada, apresentando lesão na colposcopia, recomenda-se que a paciente seja encaminhada à biópsia.

Considerando os relatos, a principal queixa diz respeito ao encaminhamento de casos com alterações que, de acordo com as normas do Inca, não demandariam cuidados com procedimentos de maior densidade tecnológica, podendo ser resolvidas por meio de iniciativas da própria unidade básica.

O encaminhamento inadequado, possivelmente, é decorrente da insegurança dos profissionais diante do resultado da citologia, podendo representar: desinformação dos profissionais da ABS acerca do protocolo a ser seguido diante de cada diagnóstico; desconfiança dos resultados obtidos pelo laboratório; além de recursos materiais insuficientes para dar seguimento a alguns casos nas próprias unidades básicas.

O Papanicolau é considerado o principal teste de rastreamento para a detecção do CCU, entretanto apresenta uma alta especificidade e uma baixa sensibilidade. Tal característica pode resultar na redução do número de casos falso-positivos e por outro deixar escapar uma quantidade expressiva de casos, podendo resultar em falso-negativos que tardam o diagnóstico do problema.

A qualidade dos exames citológicos é, portanto, um aspecto que ainda preocupa muitos estudiosos pela sua influência na manutenção das taxas elevadas de mortalidade por CCU no país, junto à baixa cobertura e ao estadiamento no diagnóstico (THULER, 2008).

A fragilidade do exame é apenas um dos aspectos que pode estar influenciando a referência desordenada de casos com o objetivo de confirmação dos diagnósticos obtidos no Papanicolau.

A **falta de preparo dos profissionais para dar o diagnóstico** é outra limitação relevante observada no discurso das entrevistadas.

“...eu vim [pro posto] trazer o resultado do exame. Aí Ela falou assim pra mim: ‘Ó, deu câncer, e é aquele que espalha’. Eu falei pra ela: ‘quanto tempo de vida eu tenho?’. Ela falou: ‘pode ter um mês, pode ter dois meses, pode ter um ano, pode ter nada’. Vixe!

Aquilo caiu na minha cabeça, me deu um choque... Eu não queria nem saber mais nada. Larguei lá, fui embora. (...) eu queria me matar, queria que um carro me matasse.” (Maria das Dores)

“Ele só falou assim: ‘eu vou te encaminhar até o HC porque você vai retirar o útero (...) pra não se comprometer mais tarde’. Aí eu fiquei em choque (...). Depois eu pensei bem e falei: ‘Devia ter perguntado, né? Que grau que tá, se é tudo isso mesmo...’ Aí eu vim, mas ele não me atendeu. Na hora que ele abriu a porta, ele falou: ‘não, você tem que marcar consulta pra vir de novo, falar comigo. Não vou te atender assim’. Ele foi até meio estúpido, né?” (Maria de Nazaré)

No imaginário coletivo, o câncer ainda é tido como sinônimo de morte, além de ser uma doença socialmente estigmatizada (LINARD et al, 2002). Neste sentido, o seu diagnóstico desencadeia emoções de medo e desespero, demandando, fundamentalmente, atitudes sensíveis da equipe de saúde para com o paciente e seus familiares.

A impessoalidade no trato de profissionais com usuários é um aspecto também criticado em outros estudos como o desenvolvido por SOUZA et al (2008) que identificam o descontentamento dos usuários com a forma como, muitas vezes, são (des)acolhidos por alguns profissionais da UBS e a valorização de atitudes de respeito, atenção, gentileza por parte destes atores sociais.

O fato de lidar rotineiramente com a doença e suas consequências faz com que muitos profissionais tratem o momento do diagnóstico de forma mecânica e objetiva, transparecendo uma postura de frieza, indiferença e abandono. Tal atitude associada à fragilidade emocional em que a paciente se encontra faz com que o impacto do diagnóstico seja ainda mais forte, resultando em reações e sentimentos como os observados nas falas abaixo:

“...eu não andava mais. (...) eu não comia, eu não bebia, eu se entreguei. Eu achei que ia morrer mais rápido. (...) Não queria falar. Me deitei na cama e não queria levantar mais...” (Maria das Dores)

“Ah, eu fiquei muito assim, pra baixo... bastante pra baixo. O meu problema eu não

quis contar pra ninguém, não quis que ninguém soubesse” (Maria do Carmo).

“Nossa! Fiquei desesperada porque ninguém vai pensar que vai dar isso. A gente pensa nos outros, mas não pensa na gente, né? Ai, fiquei louca. (...) Eu não conversava com ninguém, ficava trancada no quarto (...) Comecei a beber mais e mais... Até droga eu comecei a usar... Foi uns três meses assim” (Maria da Conceição).

Os relatos acima retratam o impacto do diagnóstico do CCU entre as mulheres e suas reações de medo, insegurança e desespero, tanto em lidar com a doença quanto com o julgamento social, acarretando em atitudes que geram ainda mais sofrimento como o isolamento pelo desejo de esconder a doença.

Socialmente, o estigma do câncer se encontra arraigado às pessoas. Segundo LINARD et al (2002, p. 494),

estar com câncer pode determinar discriminação e rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas, onde o indivíduo além de vivenciar a situação da doença em si, necessita enfrentar o descrédito social.

Uma das questões que pode influenciar tal inaceitabilidade social é o medo do sofrimento prolongado, manifestado nas diversas etapas da doença. Para as autoras, em uma sociedade capitalista, a preocupação com a perda da capacidade produtiva devido à enfermidade, faz com que o desamparo social seja sentido com mais intensidade pelo paciente.

Considerando a delicadeza da situação, é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para desempenhar um papel acolhedor junto a estas mulheres. A falta de preparo do profissional para adoção desta postura e, conseqüentemente, a falta de suporte para que estas mulheres lidem melhor com a situação, potencializa ainda mais seu sofrimento.

As fragilidades apresentadas até o momento, desde a dificuldade do acesso, o encaminhamento inadequado, à desumanização na apresentação do diagnóstico, remetem, diretamente, a questões vinculadas à AB. Apesar disso, esta é atualmente considerada o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde (CECÍLIO, 2012).

Com a proposta de criação das grandes redes temáticas de cuidado, foi atribuído à ABS o papel de coordenação destas atuando como centros de comunicação entre os

vários pontos que compõem tais redes de cuidado (Brasil, 2010; Brasil, 2011). Além dos resultados dessa pesquisa, diferentes estudos como o desenvolvido por Cecílio et al (2012, p.2894) remetem às limitações da AB assumir este papel:

Apesar de todos os esforços, a promessa colocada na ABS de alcançar uma configuração mais racional, integrada e equitativa dos sistemas de saúde, funcionando sempre como sua porta de entrada, ou, pelo menos, porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde, parece nunca se ter plenamente alcançado.

Fragilidades/Grupo 3 – Atenção Terciária

Em relação às fragilidades relacionadas à atenção terciária, identificam-se a *contra referência tardia*, queixa fortemente exposta, principalmente, pelos profissionais da ABS e o *desconforto com o hospital* por parte das usuárias especialmente pelo fato de ser um hospital-escola.

“Esse é que é o problema da rede. A gente não consegue ter a contra referência do HU. Só depois que ela tá curada. (...) Demora uns 5 anos pra gente ter esse retorno que é quando ela é devolvida pra rede” (Trama).

“Na maioria das vezes a gente não tem a contra-referência não sabe se a paciente foi, se não foi, se abandonou o tratamento, se não abandonou. (...) As vezes elas até receberam alta e a gente nem sabe pra fazer uma busca ativa” (Agulha)

“pra você ver, três anos que eu tô nas Clínicas. Agora que eles deu falta. (...).E se eu não tratasse então? (...) Achei errado eles não estarem sabendo que eu tava tratando lá. Eu acho assim a partir do momento que eu trato aqui, eles tinha que ter conhecimento de que eu tava tratando lá” (Maria do Carmo).

“Quando a paciente vem e tem a lesão, ela só é devolvida pra unidade pós resolução. (...) Se é uma lesão de alto grau, ela segue 3 anos no serviço e só depois é devolvida pra UBS. Não existe uma troca assim: uma paciente chegou, eu detectei uma lesão e eu ‘olha colega, ela vai ficar aqui comigo’. Isso não existe. (...)Me da uma sensação de que as unidades mandam e o HC pensa: ‘não vou devolver essa paciente porque aqui ela vai estar melhor’. Entendeu? Por isso que eu falo que a gente vive num castelo” (Navete).

O fluxo de encaminhamento de usuários aos três níveis de atenção depende de um sistema de referência e contra-referência adequado e bem estruturado, os quais representam um elo entre o serviço de atenção básica e especializada (MACHADO et al, 2011). As mesmas autoras apontam para uma dificuldade de integração entre os diferentes níveis de atenção, o que fragiliza a organização do sistema de saúde e impede o desenvolvimento de importantes ações e intervenções neste campo.

O encaminhamento é um problema evidente para o alcance da integralidade, sendo a questão da contra-referência ainda mais frágil que a referência. Aquela é destacada como um dos principais gargalos do sistema de saúde, sendo apontada como, praticamente, inexistente em diferentes estudos (ESCOREL et al, 2007; PONTES et al, 2009; MACHADO et al, 2011).

A fala dos entrevistados, principalmente dos profissionais da atenção básica, demonstra desconforto diante da ausência de contra referência por parte do serviço terciário ainda no início do tratamento das mulheres no HU, sendo destacada uma preocupação com o acompanhamento destas por parte da atenção básica, considerando que sem comunicação entre os dois níveis de atenção, a paciente “*se perde*” no sistema.

A ausência ou demora de contra referência é ainda confirmada por usuárias e representantes da gestão, além de profissionais do próprio serviço terciário. O relato de *Maria do Carmo* demonstra indignação diante do desconhecimento da unidade básica acerca do seu tratamento. Esta situação dificulta ainda mais o estabelecimento de vínculo entre usuária e UBS por aparentar aos olhos das entrevistadas certo desinteresse e falta de responsabilidade por parte da unidade com a paciente ali cadastrada, ainda que o compromisso da contra referência seja responsabilidade da atenção terciária.

MACHADO et al (2011), FRATINI et al (2008) e PONTES et al (2009), reforçam a importância da articulação entre os diferentes níveis de atenção para o fortalecimento do cuidado no caminho da integralidade. Neste sentido, é fundamental que tal limitação no MC seja superada por meio de ações estratégicas que contribuam para um olhar mais abrangente do sujeito, a fim de proporcionar o cuidado integral às usuárias, visto que no HU o cuidado estará centrado no CCU e estas têm necessidades que ultrapassam a enfermidade.

O *desconforto com o Hospital* por parte das usuárias se caracteriza principalmente pela falta de privacidade das pacientes em hospital-escola.

“Era muito estudante, a gente fica mais com medo. A médica fica junto, mas é muito mais estudante que faz o serviço deles... Uma só tava fazendo, mas tinham cinco olhando, filmando... Fora a médica, né? (...) Ah, foi muito... Eu pedi pra médica, pra saírem pelo menos um pouco, que eu tava me sentindo muito incomodada” (Maria da Conceição).

“o HC assusta muito a gente. Assusta porque é muito médico, muito estudante, pra você ficar assim com as pernas abertas (...). Eu fico envergonhada. (...). Eu tava com a bexiga cheia, ao invés deles falarem: ‘você quer fazer xixi’, sei lá... Mas acho que eles nem lembrou, né? E acabou furando minha bexiga. (...) e todo mundo ali apavorado, um perguntando por outro o que fazer, o que será... (...) Aí a doutora veio: ‘mas o que é que você fez?’. ‘Eu não fiz nada. Eu tava fazendo o procedimento’, e eu nervosa: ‘me tira daqui!’. (...) Aí eu tive que ficar internada (...). Quase um mês com a sonda, e tomando antibiótico (...). O médico falou que era normal por causa do procedimento que aconteceu” (Maria de Nazaré).

O ensino médico é essencialmente prático, sendo fundamental para a formação acadêmica a vivência dos alunos em hospitais-escola. Entretanto, apesar de ser um espaço de aprendizagem, é também um espaço que recebe constantemente vidas em risco. Sujeitos extremamente vulneráveis, comumente de classe socioeconômica baixa, com patologias graves, repletos de sentimentos de medo e insegurança, em geral de pouco contato com os familiares, além de privados de sua subjetividade (ROCCO, 1992; CORTOPASSI et al, 2006).

Pela sua essência, o hospital universitário é um espaço dinâmico, com uma variabilidade grande de atores, tornando-se difícil o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários. A rotatividade dos profissionais e estudantes resulta em uma falta de identidade destes para com os pacientes.

O relato das entrevistadas demonstra, claramente, o desconforto destas mulheres com a dinâmica do hospital-escola, principalmente pela falta de privacidade decorrente da quantidade de estudantes que as observam e a insegurança de sentir-se nas mãos de acadêmicos e não de profissionais.

Chama atenção o fato de que entre as 10 mulheres entrevistadas, apenas duas se queixaram desta situação. As demais teceram unicamente elogios à assistência recebida no serviço de atenção terciária.

Um estudo clássico, desenvolvido por ROCCO (1992) identificou que, quando questionados coletivamente, os pacientes afirmavam sentirem-se desconfortáveis por serem examinados inúmeras vezes, bem como pela insegurança em serem atendidos por estudantes que poderiam cometer erros devido a sua formação incompleta. Entretanto, ao serem questionados individualmente, estes pacientes negaram tal desconforto. Para o autor, esta negação, possivelmente, vem do medo de ser discriminado no hospital que lhes presta assistência.

A sutileza ou ausência de críticas e a supervalorização da assistência recebida em hospitais universitários, também foi um achado no estudo de CORTOPASSI (2006) que acredita ser o sentimento de gratidão por serem atendidos em um hospital como o HU que favorece a superação de situações desagradáveis às quais os pacientes, possivelmente, foram expostos. Esta supervalorização da atenção no HU pode ser observada, inclusive, na fala de uma entrevistada que considera um “*privilégio*” ser atendida ali.

Considerando os aspectos acima elencados, é importante que os achados de *satisfação* com o serviço terciário, apresentados nas potencialidades deste estudo, sejam relativizados, não desconsiderando as reais positivities deste serviço. Tal relativização é necessária para que se possa refletir sobre a necessidade de implementar estratégias de humanização que contribuam para a preservação do papel didático dos HU, sem prejudicar e constranger a paciente.

Desta forma, permite-se desenvolver competências não apenas cognitivas e técnicas, mas também ética e humanística, como apontado na Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Fragilidades/Grupo 4 – Gestão

No campo da gestão as críticas estão focalizadas na política centrada no Pronto-Atendimento em detrimento da atenção básica, influenciando uma frágil articulação/comunicação entre os serviços. Além destes aspectos, limitações relacionadas ao SISL também foram mencionadas.

Os relatos abaixo retratam a queixa dos entrevistados acerca do *incentivo ao uso do PA*.

“A política na realidade é de Pronto Atendimento. (...) A rede tá enfraquecida em termos de atenção à saúde e as pessoas estão indo em peso nos PA. Ele pode até esperar 5, 6 horas como tá agora a fila, mas ele sabe que ele vai ser atendido” (Linho).

“Quando eu entrei na secretaria, a fala era essa: “primeiro, procura o PA que você vai ser atendido mais rápido e por médicos bons”. Era o que dizia a própria secretaria. Hoje eu falo que a gente paga o preço. Nós mandamos paciente para o PA! (...) A própria AB encaminha para o PA quando não consegue absorver aquela demanda excessiva que ela tem! Agora a gente tá tentando reverter esse comportamento” (Urdume).

Uma das críticas mais graves ao incentivo ao uso do PA na literatura é em relação a inadequação do atendimento prestado. De acordo com CECÍLIO (1997) este tipo de serviço pode ser útil para casos de sofrimento agudo. Entretanto, o maior volume se concentra nos casos crônicos que demandam outras tecnologias e espaços de atenção diferenciados. A busca do PA por parte destes usuários resulta em um atendimento incompleto, descontínuo, insuficiente e inadequado para suas reais necessidades.

Além do incentivo da própria gestão para uso do PA, como referido por *Urdume*, no senso comum os centros de saúde são espaços de muita rigidez no acesso. Tal associação é resultante de experiências negativas vivenciadas nestas unidades, o que faz com que os usuários prefiram buscar o PA em detrimento das UBS. Enquanto que para estas são referidas esperas de até cinco meses, no PA, ainda que haja alguma espera, ele sabe que será atendido como mencionado por *Linho*. A conduta de encaminhamento do usuário da UBS para o PA, mesmo que a referência não seja necessária, também foi identificado por SCHIMITH e LIMA (2004) em seu estudo.

Todos estes elementos favorecem a cristalização do imaginário popular de que é no PA que os problemas podem ser resolvidos (CECILIO, 1997), sendo ignorada a ideia de que “o acolhimento tem como objetivo resolver o que é de competência da rede

básica, independente da hora de chegada à unidade” (SCHIMITH e LIMA, 2004, p.1490).

Paralelo ao *incentivo ao uso do PA* parece haver uma **valorização insuficiente da AB** fundamentada nacionalmente na Estratégia de Saúde da Família.

“O município não investe em medicina de família. Todo ano saem 10 médicos especializados em medicina da família (...) e ninguém quer ficar aqui. Aqui mesmo abriu de qualquer jeito. Jogaram a gente aqui, que não tem estrutura pra ser um PSF. O PSF (...) ta virando PA. Ta bagunçado” (Roca).

“Olha, o investimento naquele programa de expansão de Saúde da Família, ele não foi aqui implantado. Então hoje eu falaria que não houve um investimento na Estratégia Saúde da Família” (Linho).

“Aqui nós temos uma oferta de médico muito grande, mas que não são generalistas, eles não tem essa formação. Então, a maioria que nós conseguimos montar são pediatras, e eles precisam de apoio matricial para discussão de caso (...). Uma unidade foi projetada pra atender 6000 pacientes. Hoje já está com 25000 (...) aí os próprios médicos desistiram. Se sentiram extremamente sobrecarregados, não tinham tanta confiança em atender (...) e no fim foi desmontado. O próprio funcionamento acabava sendo como uma unidade tradicional” (Urdume)

A Saúde da Família, estratégia desenvolvida para o fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, veio com o objetivo de reorientar o modelo de atenção por meio de uma política de atenção orientada na universalidade e integralidade. Considerando o aumento significativo das doenças crônicas no país, o investimento na APS é pré-requisito fundamental para organização do SUS por ser este nível de atenção o espaço mais favorável para o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuário, viabilizando o desempenho de ações contínuas para o cuidado dos pacientes crônicos.

Especificamente em relação ao câncer, PARADA et al (2008) destacam o papel estratégico da atenção básica na prevenção primária e detecção precoce no controle do câncer no país. Além destes aspectos, a equipe de APS é fundamental no apoio à

terapêutica, bem como ao seguimento de pacientes tratados, com base no cuidado longitudinal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As falas retratam um cenário preocupante e comumente observado nos municípios brasileiros: a dificuldade de estruturar equipes de saúde da família resulta em unidades com profissionais de formação insuficiente, espaços de atuação inadequados, resultando em unidades que levam o nome de PSF, mas que desenvolvem práticas cristalizadas de unidades tradicionais, não apresentando mudanças (SCHIMITH e LIMA, 2004). Estas tentativas frustradas têm levado à busca de soluções, aparentemente, imediatas e menos complexas, mantendo as práticas tradicionais com risco de baixa resolutividade na atenção.

Entretanto, é importante reconhecer a dificuldade na implantação do PSF nos municípios de grande porte como o MC. Segundo VIANA et al (2006), apesar da crescente expansão da população cadastrada no PSF durante o período de 1998 a 2003 no país, identifica-se que as grandes cidades apresentam uma evolução mais lenta. Os autores acreditam que a realidade complexa das localidades de grande porte como: as situações de grande desigualdade social; a violência urbana e o financiamento da Estratégia baseado na taxa de cobertura são aspectos que limitam a expansão do PSF nas grandes cidades.

Com relação aos *Limites do SISL*, observa-se que, apesar das potencialidades elencadas acerca da capacidade e utilização do Sistema, importantes críticas são apontadas tanto por profissionais quanto por representante da gestão, principalmente focadas na ausência de registros e dificuldade de acesso às informações relacionadas a colposcopia e biópsia, por exemplo.

“...a gente não tem os dados pra buscar, por exemplo, quantas alterações de biópsia eu tive esse mês” (Fio).

“Eu descobri, por exemplo, que a unidade do Distrito [X] não tinha nenhuma [colposcopia] registrada. E eu sei que a medica de lá faz colposcopia também. Ou seja, não tão lançando esse procedimento no Hygia. Nesse sentido nós estamos desorganizados. Quantas biopsias a gente fez ano passado? Não sei! Há falha nos registros...” (Algodão).

“...você não tem 100% de alimentação no Hygia porque o médico precisa alimentar o procedimento, colposcopia ou a biópsia, que ele fez. (...) o que acontece é que nem todos os profissionais lançam procedimento (...). Culturalmente o médico não se sente obrigado a fazer esse lançamento” (Tear).

Tanto nos relatos dos entrevistados quanto na pesquisa para levantamento de dados acerca de procedimentos mais complexos como biópsia e colposcopia, constata-se a fragilidade na alimentação desta informação resultando em um sistema fragmentado para o conhecimento do seguimento dos casos que apresentam alterações no Papanicolau.

Reflexo desta incompletude da informação foi a impossibilidade de levantar este procedimento a nível municipal, sendo obtido apenas dados de biópsia, exclusivamente, de serviços estaduais. Neste sentido, pode-se afirmar que não existe a prática de alimentação destes dados por parte dos profissionais de saúde.

É comum observar queixas dos profissionais acerca da exigência de alimentação de SIS e do tempo “desperdiçado” nesta função, prática considerada desconectada de sua atuação, não sendo compreendido o sentido desta atividade por eles. Se por um lado a equipe não considera a alimentação como parte do seu trabalho, a gestão, por sua vez, não tem estratégias eficazes para incentivar esta alimentação. O resultado deste contexto é um SISL incompleto e de pouca utilização.

Fragilidades/Grupo 5 – Formação

A criação da categoria denominada *formação focada na especialidade* foi pautada nas críticas de profissionais e representantes da gestão acerca da formação centrada no modelo biomédico e, conseqüentemente, à prática segmentada nos estabelecimentos de saúde, como pode ser conferido abaixo:

“...a saúde ainda é pautada por atendimentos muito especializados, mesmo quando você faz Atenção Primária. (...) A nossa universidade ainda é muito cristalizada. Centrada na tecnologia e não na relação. (...) Quando o aluno está no 1º, 2º ano, ele se preocupa mais com o paciente e isso vai mudando com o passar do tempo, até chegar no 6º ano e ele estar desumanizado” (Fibra).

“Eu acho que hoje, na formação, eles são mais preparados pra trabalhar em equipe, se bem que eles não encontram equipe para trabalhar e se frustram da promessa feita de estar mais articulado” (Linho).

“São poucos os médicos que nós temos na rede que tem a formação de generalista. (...) A tendência é eles estarem fazendo especialização” (Urdume).

As falas acima retratam problemas intrinsicamente relacionados à interseção da formação acadêmica e a prática nos serviços de saúde. O baixo interesse dos alunos por residências de saúde da família, a demanda cada vez mais focada na especialidade e a consequente prática fragmentada e desumanizada, são aspectos comumente observados nas instituições de ensino e nas atuações nos serviços de saúde.

A formação de base flexneriana, principalmente no currículo médico, contribui para práticas parcelares nos estabelecimentos de saúde e focadas em partes específicas do corpo humano, traduzindo um olhar parcial da realidade.

Segundo FRANCO et al (1999, p.352):

a organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho.

ANDRADE et al (2007) apontam o modelo flexneriano como um dos responsáveis pela criação de uma cultura nos serviços de saúde que associa qualidade na assistência com realização de procedimentos, resultando na supervalorização da técnica em detrimento do real cuidado em saúde. SOUSA (2002) reforça esta ideia afirmando que tal conduta é refletida na demanda excessiva por exames e consultas especializadas e na valorização de procedimentos complexos por parte dos usuários. Para ambos os autores, o consumo elevado de tecnologia dura favorece o desenvolvimento de práticas cartesianas que subestima o contato e o diálogo com o usuário, contribuindo para uma compreensão distorcida do que é o cuidado em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou a integralidade em um município de grande porte, contemplando distintas dimensões deste princípio. A utilização do CCU como condição marcadora permitiu acompanhar o itinerário terapêutico das mulheres na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Por meio da abordagem mista, quanti-qualitativa, foi possível contemplar diferentes aspectos da integralidade na atenção ao CCU e compreender com profundidade e riqueza de detalhes o processo de intervenção e o cenário estudado.

A abordagem quantitativa possibilitou mensurar a cobertura dos exames por faixa etária e gravidade, permitindo identificar a baixa cobertura do Papanicolau no Município estudado e a concentração deste entre mulheres jovens. Este achado reflete problemas no acesso à atenção básica, bem como fragilidade na busca ativa de casos.

Por meio da abordagem qualitativa, foi possível identificar a dificuldade na marcação das consultas na Atenção Básica que tardavam de três a cinco meses e a organização da atenção baseada na demanda espontânea, mencionadas como críticas pelos entrevistados. Essas características contribuem para a cobertura insuficiente do Papanicolau entre a população prioritária. A realização da citologia no MC está geralmente vinculada à consulta ginecológica. O tempo de espera para conseguir ser atendida nesta especialidade contribui para desmotivar a realização do exame pelas mulheres do Município.

Os limites no acesso foram atribuídos, principalmente, ao excesso de burocratização e a escassez de flexibilidade na marcação da consulta, muitas vezes centrada em um único dia do mês e caracterizada pelo número restrito de consultas ginecológicas disponíveis, quando comparada às consultas para Pré-Natal. Estes entraves estão tentando ser combatidos por meio de iniciativas da SMS, segundo representantes da gestão.

A insatisfação com o atendimento recebido na atenção básica também desmotiva as mulheres na busca deste nível de atenção que deveria ser a porta de entrada no Sistema. Relatos de postura desumana por parte do profissional, indiferença na assistência, atitudes negligentes e de baixa resolutividade resultam em descrédito e

desestímulo das pacientes, dificultando ainda mais o estabelecimento de vínculo com este nível de atenção.

A atenção baseada na demanda espontânea caracteriza a passividade das UBS do município, contribuindo tanto com a baixa cobertura do Papanicolau quanto com a concentração de exames em mulheres jovens, observados na análise quantitativa.

Apesar das fragilidades observadas na ABS foram também identificadas potencialidades como: acolhimento, flexibilidade no atendimento e aproveitamento da oportunidade. Estes achados caracterizam a heterogeneidade tanto na organização dos serviços, a qual depende de normas e protocolos instituídos, quanto na postura de cada profissional, determinada pelas singularidades próprias de cada indivíduo: sua forma de ver a realidade e nela atuar.

Ainda que as condutas espontâneas de acolhimento sejam de grande valia, é importante pensar a possibilidade de estruturar estratégias para implantação deste dispositivo nas unidades do MC como incentivo da própria gestão, tendo em vista a sua contribuição direta na organização tanto do processo de trabalho quanto da demanda, conduzindo para uma atuação mais humanizada por parte da equipe de saúde.

A flexibilização no atendimento e o aproveitamento da oportunidade são iniciativas também essenciais para otimizar o acesso e o atendimento das usuárias nas unidades. O papel de cuidadora da família tradicionalmente exercido pelas mulheres contribui para uma presença acentuada destas nas unidades de saúde. Neste sentido, é importante que esta presença seja aproveitada para conhecimento de suas necessidades de saúde como, por exemplo, a sua situação em relação ao preventivo para que se possa intervir neste aspecto por meio da orientação e incentivo à prevenção.

A necessidade de trabalhar a questão da humanização nas distintas unidades de saúde do MC é claramente observada no relato das mulheres acerca da maneira como receberam o diagnóstico do CCU, demonstrando a urgência de preparar estes profissionais para desempenharem seu papel pautado no cuidado integral. Os diferentes aspectos que perpassam a realidade destas mulheres, considerando, inclusive, a fragilidade emocional em que elas se encontram, demandam sensibilidade e olhar apurado por parte dos profissionais para compreender as suas necessidades que ultrapassam o “corpo doente”.

Ao contrário dos achados na AB, o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária é breve, ocorrendo em no máximo 20 dias, e o atendimento é considerado satisfatório. A viabilidade no acesso à AS pode ser constatada nos achados quantitativos

de biópsia que apresentam uma cobertura mais que suficiente dos casos de citologia alterada. Com relação à AT não foi possível mensurar quantitativamente a cobertura do tratamento, tendo em vista os limites encontrados no registro dos dados para este nível de atenção.

A satisfação com a AT, entretanto, precisa ser ponderada, considerando as queixas acerca do desconforto das mulheres com o hospital-escola. A falta de privacidade, a quantidade de alunos e profissionais em um mesmo espaço, a insegurança de ser assistida por acadêmicos ainda em processo de formação, a falta de sensibilidade dos presentes diante de “detalhes” como estes que tanto incomodam as usuárias, são aspectos que geram insatisfação por parte das mulheres e que, dificilmente, são percebidos pelos envolvidos no processo de trabalho. A supervalorização da técnica ofusca a ciência das relações e, conseqüentemente, a percepção mais cuidadosa e apurada do outro.

Outra crítica importante feita à AT é a contra referência tardia das usuárias. Esta falta de comunicação resulta em uma fragmentação ainda maior do sujeito e dos serviços, repercutindo em toda rede de atenção. A desarticulação entre os serviços é reflexo de um sistema de saúde segmentado tanto no campo da formação quanto da prática em saúde.

A formação de base flexneriana contribui tanto com as limitações no campo da atenção, como a desumanização na assistência, quanto na desarticulação dos serviços, refletida na contra-referência tardia. Neste sentido, o investimento na formação pautada na integralidade é fundamental para que se tenham profissionais mais preparados para lidar com a realidade complexa da prática no SUS e das particularidades próprias do humano.

É importante ressaltar que a brevidade no acesso a serviços de maior complexidade e densidade tecnológica não é uma realidade comumente observada no país. Este achado peculiar pode ser atribuído às iniciativas da gestão de monitorar os casos de citologias alteradas por meio do SISL, alertando às US para que convoquem as mulheres para encaminhamento imediato.

Observa-se que as potencialidades encontradas estão dirigidas, principalmente, às ações de prevenção secundária e terciária, caracterizando um sistema de saúde ainda centrado no modelo assistencial privatista, centrado na doença e na assistência médica curativa, resultando em um investimento maior na prevenção secundária e terciária, resultando em uma prevenção primária insuficiente. A percepção da pouca valorização

atribuída à atenção básica é reforçada pela fala dos entrevistados que apontam a existência de um incentivo ao uso do PA.

Apenas recentemente a gestão municipal passou a utilizar o SISL para fazer o levantamento das mulheres cadastradas que não apresentavam registro de realização do Papanicolau nos últimos 3 anos. A partir desta iniciativa, foi possível notificar as respectivas UBS acerca das mulheres descobertas, permitindo realizar busca ativa dos casos para realização do preventivo. Por ser uma iniciativa recente, não foi possível avaliar o seu impacto na cobertura do exame citológico, sendo necessário o desenvolvimento de novos estudos que permitam esta avaliação.

Como observado no instituído pelo arcabouço legal do SUS, o direito à saúde, no Brasil, é pensado numa perspectiva da integralidade. A trajetória e o tempo vivido, por sua vez, são permeados de desafios que se contrapõem ao estatuto constitucional, como observado no Município estudado. Entretanto, apesar de todos os obstáculos encontrados no caminho, as conquistas obtidas nos 20 anos de SUS demonstram a força e potencial existente no atual sistema de saúde brasileiro.

As potencialidades encontradas no MC no campo da integralidade também possibilitam um novo despertar na crença de mudanças possíveis em direção ao avanço na conquista do direito pleno à saúde e não mais compartimentado. Tal despertar pode contribuir, inclusive, para impulsionar o exercício da cidadania com pressão e mobilização política na luta pelo direito à saúde integral.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MF, Alencar GP. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000; 9:241-9.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(11):2329-38.

Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Rev APS*. 2007;-10:106-15

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(3):815-823

Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13(1): 15-24

Bastos EA. Estimativa da efetividade do programa de rastreamento do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.

Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Cad Saúde Pública. 2008; 24 Suppl 1:S111-22.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Portaria 4. 279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

Brasil. Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União 2011; 27 jun.

Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):909-14.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8 (2): 569-84.

Campos CEA. Estratégia de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto de Atenção Primária em Saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5: 563-9.

Carvalho JR. Os desafios para a saúde. Estud. Av. 1999; 13 (35): 7-10.

Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.

Cecílio LOC, Andreazza R, Carapinheiro Z, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2893-2902

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. 1997; 13 (3): 469-78.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R,

organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006. p. 113-26.

Cecilio LC; Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, (mimeo). 2003.

Chaves LDP. Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal de Ribeirão Preto-SP, 1996-2003 [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 12 ago 2011]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. Rev Saúde Pública. 2005; 39:114-21.

Conill, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1417-23.

Correa DAD, Villela WV, Almeida AM. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. Texto contexto - enferm. [periódico na internet]. 2012 abr/jun [acesso em 09 set 2012] 21(2): 395-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a18v21n2.pdf>

Cortopassi AC, Lima MCP, Goncalves IJ. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro. 2006; 30 (2): 42-48

Costa EDP. Povo e cidadania no Estado Democrático de Direito. Revista da Faculdade de Direito da UFPR. 2003; 38 (0): 101-21.

Costa MCG, Ramalhão CL, Pettersen AG, Pio JAT, Barbare S, Melo VFM, Crempe YB. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. Rev. bras. educ. med. 2012; .36 (1, Suppl.1): 57-63.

Creswell J.W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Cunha ABO, Vieira da Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(4):725-737

Dallari SG, Fortes PAC. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Editora Lemos; 1997. p. 187-202

Dallari SG. O direito à saúde. Rev. Saúde Pública. 1988; 22 (1): 57-63

Di Gregorio S. Using Nvivo for your literature review. Paper presented at the meeting of the strategies in qualitative research: Issues and results from the analysis using QSR NVivo and NUD*IST, London, 2000. [acesso em 02 jan 2010]. Disponível em: http://www.sdgassociates.com/downloads/literature_review.pdf

Donabedian A. The definition of quality and approach to its assessment. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v.1.

Ducati C, Boemer M.R. Comissões de ética de enfermagem em instituições de saúde de Ribeirão Preto. Rev Latino-Americana Enfermagem. 2001; 9(3): 27-32.

Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. Br J Cancer. 1994; 69(1):114-9

Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia – histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21: 164-76.

Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev. APS. 2010; 13 (1): 4-9

Ferreccio C, Bratti MC, Sherman ME, Herrero R, Wacholder S, Hildesheim A, et al. A comparison of single and combined visual, cytologic and virologic tests and screening strategies in a region at high risk of cervical cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003;12(9):815-23.

Ferreira VMB, Portela MCP. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 1999; 15:317-24.

Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJN e Rego S (org.). Educação, Saúde e Gestão. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 99-113.

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman; 2004

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 3: 30-5.

Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2012; 6(2): 151-63

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(2):345-53.

Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referencia e contra referencia: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(1): 065-072

Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(7): 1312-22.

Gonçalves RF. Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.

Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2003; 24 (1): 53-60.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 Suppl 2: S331-6.

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Briton RC, Gaitan E, et al. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol*. 1992; 21(6):1050-6.

Houaiss A, Villar M, Franco F. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Ibanhes LC. A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil: difusos e coletivos ou confusos e seletivos? *Bol. Inst. Saúde*. 2010; 12 (3): 213-19.

Junqueira LAP, Inojosa RM. *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

Keen J, Packwood T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 51-60.

Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973; 288:189-94.

L’Abbate S. *Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. 2000; 1: 13-55.

Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (4): 931-43.

Lima GC, Pereira HC, Marinho MNASB. Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. RBPS. 2010; 23(2): 118-25

Linard AG, Dantas FA, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002; 48(4): 493-98

Lorenzo SM, Keenoy EM, Gaspar OS. Situación actual y futuro de la atención primaria. Informes SESPAS. 2002 p.395-438.

Luiz OC, Kayano J. Saúde e direitos: princípios para ação. Bol. Inst. Saúde; 2010; 12 (2): 115-21

Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2007.

Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado R. Enferm. 2011; 1(1): 31-40

Magalhães Junior HM, Oliveira RC. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: Pinheiro R, Mattos RA [organizadores]. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS, 2006. p.51-64

Malta DC, Cezario AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Jr JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. Epidemiol Serv Saude. 2006;15(3):47-65.

Martiniano CS, Leite RFB, Bezerra IN, Martiniano MS. Expectativas Frente ao Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero. R Bras Ci Saúde. 2006; 10 (2): 159-70

Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(8):485-92.

Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.

Mattos, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; 20(5): 1411-1416

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R. Mattos RA. (Editores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.

Mendes A, Marques RM. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de

Economia Política. São Paulo: PUC/SP, 2009. [acessado em 31 ago 2010]. Disponível em: http://www.sep.org.br/artigo/1651_d238e7b44e4772fb4c704c73124d8625.pdf

Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. 1. t. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5):248-55.

Merhy, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

Merhy EE e Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Mandarino ACS e Gomberg E (org). Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS, 2009. P.29-56.

Miles MB e Huberman AM. Qualitative Data Analysis: a sourcebook of new methods (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage; 1994

Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação e Ministério da Saúde. 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Portaria nº2439/GM de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. 3p.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde. J Bras Patol Med Lab. 2006a; 42(5): 351-73.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle dos cânceres de colo de útero e mama. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCa, 2009. [acesso em 12 jul 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCa, 2010. [acesso em 12 jul 2011]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_DARAO_uterio.pdf

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Painel de indicadores de câncer do colo de útero. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em 08 Out 2011]. Disponível em: www.inca.gov.br/painel/

Miranda-Ribeiro P, Simão AB. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil/ org. por. 2.ed. - Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2009.

Moreira ML. Sistema de informação de saúde: a epidemiologia e a gestão de serviço. Saúde Soc. 1995; 4:43-5

Nogueira VMR, Pires DEP. Direito a saúde: um convite à reflexão. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(3): 753-60.

Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14 (3): 929-36.

Paillé, P; Mucchielli, A. L'analyse qualitative em sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin, 2003.

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.567-86

Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, Tomazelli JG. A política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev APS. 2008; 11 (2): 199-206.

Pauli LTS. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP. 2007.

Penna, MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP, organizadores. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1997.

Pinho AA, França Junior IF, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolau no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003; 19(supl. 2): 303-313

Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2007; 9 (3): 835-46

Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 1):1009-19.

Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (3): 500-07

Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 11-19

Puccini PT, CECÍLIO LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 (5): 1342-53.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19:27-34

Ribeiro MGM, Santos SMR, Teixeira MTB. Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção - Revista Brasileira de Cancerologia. 2011; 57(4): 483-491

Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho J, ed. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.45-56

Rocha JSY, Caccia-Bava MCGG. A atenção básica na construção da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14 (1): 1336-45

Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Frias PG. A sala de situação na unidade de saúde da família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. Saúde Debate. 2002; 26: 236-44.

Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. 2003; 49(4): 209-14

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6):1487-94

Silva Junior AG, Carvalho LC, Silva VMN, Alves MGM, Mascarenhas MTM. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes – práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.61-89.

Silva IMR, Brenna SMF, Moriwaki OM, Mariani Neto C. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. Rev. adm. saúde. 2004; 6 (24): 97-102.

Silva KSBS, Bezerra AFB, Sousa IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010; 26 (2): 373-82.

Silva VCE. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. [dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP. 2005. [acessado em 27 out 2012]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112949/>

Siscolo. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. [acessado em 15 nov 2011]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>.

Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface*. 2011; 15 (36): 123-36.

Slabi MCBG. O direito fundamental à saúde. *Bol. Inst. Saúde*. 2010; 12 (3): 227-33.

Sousa MF. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: Sousa MF, organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 23-33

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup 1:S100-S110.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde /UNESCO; 2002. 725 p.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):331-340

Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*. 2007; 16(1): 7-17.

Tanaka OU, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004

Tanaka OY, Espírito-Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8 (3): 325-32.

Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17 (4): 821-28

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.

Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5):216-8.

Torres MEA, Miranda-Ribeiro P, Machado CJ. “Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. *R. bras. Est. Pop.* 2008; 25 (1): 49-69

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. O estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Cienc. Saude Colet. 2002; 7(3): 581-9

Vaitsman J. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por Jeni Vaitsman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(3): 899-901.

Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26(2): 383-90.

Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3):577-606

WHO. World Health Organization. National cancer control programmes – policies and managerial guidelines. - 2nd. ed. Geneva. 2002

WHO. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes. Early Detection. Switzerland: WHO. 2007. [acessado em 06 set 2012] Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>>.

Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Ximenes JM. Reflexões sobre o conteúdo do Estado Democrático de Direito. Revista Científica Eletrônica ATENA. 2007; 2: 1-17 [acessado em 03 jan 2011]. Disponível em: http://www.iesb.br/ModuloOnline/Atena/arquivos_upload/Julia%20Maurmann%20Ximenes.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1

- 1.1 Artigo 1
- 1.2 Artigo 2
- 1.3 Esquema Artigo 3

Direito à saúde e integralidade:

uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação

Keila Brito-Silva¹

Adriana Falangola Benjamin Bezerra²

Oswaldo Yoshimi Tanaka³

Introdução

O presente artigo faz uma discussão acerca do direito à saúde e da integralidade e os entraves para sua garantia, bem como as possibilidades para superação dos desafios. Não existe, entretanto, a pretensão de esgotar todas as possibilidades que envolvem os tópicos abordados, mas desenvolver uma discussão acerca de aspectos fundamentais para efetivação do SUS.

O direito à saúde passa a ser assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, contemplando, além da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Apesar de declarada como um direito constitucional, a população brasileira enfrenta desafios diversos para ter a saúde assegurada pelo Estado na amplitude do seu conteúdo.

O princípio da integralidade representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde no Brasil não está restrito a uma “cesta-básica” de serviços, mas deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade.

Ao se consultar a literatura científica sobre este princípio, observa-se que a sua concepção é polissêmica, não havendo consenso entre os estudiosos. Encontram-se desde definições relacionadas à viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, até a articulação dos diferentes serviços de saúde pautada no acolhimento e vínculo entre usuários e equipes.

Para qualquer dos sentidos atribuídos à integralidade, muitos são os fatores que interferem na sua efetivação. Apesar das dificuldades enfrentadas, diferentes estratégias têm sido utilizadas na perspectiva de se alcançar o direito à saúde em sua plenitude, superando os obstáculos que interferem nesta efetivação.

Saúde, direito e cidadania

Em 1988, a correlação de forças políticas e sociais resultou em uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no país (L'Abbate, 2010).

^{1,3} Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo, SP, Brasil. britokeila@hotmail.com

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco.

A constituição corresponde a um conjunto de normas que organiza os elementos constitutivos do Estado, objetivando declarar e garantir os direitos fundamentais (Slaibi, 2010). Além da importância da Constituição como lei fundamental de todo o ordenamento jurídico, Ximenes (2007) ressalta seu papel essencial na consolidação do Estado Democrático de Direito (EDD).

A República Federativa do Brasil, enquanto EDD, fundamenta-se em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular. A saúde passa, então, a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos (Brasil, 1988).

Historicamente, a responsabilidade do Estado pela vida de seus cidadãos é resultado do reconhecimento de problemas sociais e de saúde no âmbito da produção e reprodução da força de trabalho durante a Revolução Industrial (Ibanhes, 2010). O quadro de injustiça social resulta em manifestações de ordem política que influenciaram no olhar e no comportamento diante de direitos sociais (Dallari, Fortes, 1997).

O Estado de Direito passa do modelo tradicional de Estado Liberal de Direito para o EDD, resultando em um aprofundamento dos direitos humanos e fundamentais, que ganham novos valores, e a atuação do Estado é reivindicada (Luiz, Kayano, 2010). O direito à saúde, antes entendido como obrigação moral, passa a ser transformado em obrigação legal (Dallari, Fortes, 1997).

Anterior a Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil estava restrito ao trabalhador formal e àqueles que pudessem pagar pela assistência. Aos demais restava a saúde pública, cuja atuação restringia-se a ações preventivas segmentadas (Escorel, Nascimento, Edler, 2005).

A insatisfação com o descaso acumulado do Estado, frente às precárias condições de vida e saúde da população, resulta no movimento da reforma sanitária na década de 1970, criado em um contexto de resistência social e política ao regime autoritário (Escorel, Nascimento, Edler, 2005).

Após o fim da ditadura militar, em 1985, o esforço de construção da democracia ganhou ímpeto, levando à denominação da constituição de 1988 de Constituição Cidadã (Carvalho, 2005). Esta tinha a pretensão de alargar o conceito de cidadania, qualificando o povo brasileiro como cidadão e, assim, possibilitar sua participação no processo político de decisão. Entretanto, diante de tantas reformas e emendas propostas que visam reduzir garantias que possibilitariam uma maior participação do povo, fica difícil perceber este almejado incremento da cidadania no país (Costa, 2003).

O exercício limitado da cidadania é também influenciado pela percepção restrita da população acerca de seus direitos instituídos. É estabelecida uma relação ambígua entre os cidadãos e o governo: direitos são vistos como um favor em troca do qual se deve gratidão e lealdade, resultando em uma cidadania passiva e receptora, e não ativa e reivindicadora (Carvalho, 2005).

Com a ampliação do conceito de saúde, “a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania” (Puccini, Cecílio, 2004, p.1350).

Indiscutivelmente, a promulgação da carta constitucional foi uma grande conquista para os brasileiros, entretanto, não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos (L'Abbate, 2010).

Segundo Houaiss, Villar e Franco (2001), o direito corresponde aquilo que é facultado a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos por força de leis ou dos costumes; autorização legal para determinadas ações ou atividades. Dallari e Fortes (1997, p.188) definem o direito como “um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade”, pautado no princípio de justiça, em que as normas jurídicas visam limitar as condutas nocivas para a vida em sociedade.

Neste sentido, a saúde como direito contempla tanto aspectos individuais, privilegiando a liberdade, quanto sociais, privilegiando a coletividade. Portanto, as determinações jurídicas a respeito de fechamento de estabelecimentos que ofereçam risco ao consumidor, criação de ambientes livres do fumo, fiscalização da ingestão de álcool ao volante, são limitações ao direito individual em favor do coletivo.

De acordo com Bobbio (1992), a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia; o reconhecimento do direito de alguns é o conseqüente suprimento do direito de outros.

Para o autor, o direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da saúde como um direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

“A cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade”, foram heranças recebidas pelo SUS que interferem no funcionamento adequado do atual sistema, resultando em um direito compartimentado (Campos, 2003, p.571).

Nogueira e Pires (2004) consideram fundamental o debate acerca do alcance e conteúdo do direito à saúde:

Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos que compõem o setor darão o tom do debate e, [...], viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil onde a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou serão extremamente reduzidas. (Nogueira, Pires, 2004, p.758)

Carvalho (1999) define a existência de duas correntes polares no campo da saúde: uma adota o princípio da equidade e a outra é pautada na lógica do mercado, propondo a focalização de ações concentradas em grupos mais vulneráveis e a oferta de *cesta básica* de ações e serviços.

Mendes e Marques (2009) apresentam a trajetória do financiamento da saúde no período pós-constitucional, demonstrando que os problemas enfrentados pelo setor no campo do financiamento, notadamente a insuficiência de recursos, inviabilizam a realização de uma política mais efetiva.

Segundo os autores, foi a partir dos anos 1990 que se intensificaram os conflitos por recursos financeiros para a implementação de uma política de saúde universal. Um aspecto que caracteriza este conflito é a existência de dois movimentos contraditórios no caminho do financiamento da saúde: a “construção da universalidade” e a “contenção de gastos”.

Na lógica da “contenção de gastos”, os direitos introduzidos pela Constituição estão entre os principais motivos para os desequilíbrios nas contas do governo. Defensores deste movimento propõem a redução do gasto em saúde e questionam a extensão da cobertura dos serviços (Mendes, Marques, 2009). A população se depara com uma conquista fracionada do direito à saúde, o risco da universalidade isenta de integralidade.

Puccini e Cecílio (2004, p.1350) criticam as concepções restritivas que propõem o provimento mínimo do direito à saúde: “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista”.

Para Mattos (2001), apesar dos avanços conquistados com o SUS, o estrangulamento de recursos públicos e a difusão de determinadas ideias tornam o sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original.

A participação dos indivíduos no processo de reivindicação dos direitos é fundamental para a concretização do SUS, entretanto, a desigualdade social e econômica existente diferencia as formas de organização para a conquista de direitos. É o que ocorre, por exemplo, no sistema segmentado de saúde dos Estados Unidos, onde o setor público está organizado em dois sistemas: **Medicaid**, exclusivo para os mais pobres, e **Medicare**, destinado para idosos de diferentes estratos sociais (Mendes, 2001).

As diferenças qualitativas entre eles são bastante significativas. O primeiro apresenta pior qualidade em relação ao segundo, visto que este é mais suscetível a pressões de grupos sociais mais organizados, especialmente segmentos de classe média. Esta abrangência favorece o fortalecimento das reivindicações por melhoria na qualidade dos serviços (Mendes, 2001).

Dallari (1988, p.60) destaca a importância dos profissionais de saúde no “debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde”. Entretanto, para que se tenham profissionais atuantes neste campo, faz-se necessário repensar a sua formação e dinâmica de trabalho imposta pelo sistema capitalista.

As universidades, ainda pautadas em currículos de base flexneriana, dificultam a formação de profissionais capazes de compreender o seu papel político na sociedade. Associada a este aspecto, a dinâmica de trabalho pautada na lógica de mercado contribui significativamente para uma atuação profissional cada vez mais biologicista e fragmentada.

Para Gonçalves (2008), a incorporação da sociedade civil no centro do processo de construção social é essencial para que a saúde seja transformada, tal qual foi idealizada na concepção do SUS.

Especificamente na dimensão da organização dos serviços e das práticas, Puccini e Cecílio (2004, p.1350) afirmam que os princípios do SUS, especialmente a integralidade, são qualificadores do direito social; “é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico”.

A integralidade e seus sentidos

Na primeira metade do século XX, com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde, surge a diretriz política da integralidade. O exemplo mais expressivo desse ideal regulatório, nas políticas de saúde no âmbito das democracias ocidentais, é a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido. Em 1946, o NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos para toda a população (Conill, 2004).

No Brasil, a integralidade passa a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 1980, com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Conill, 2004).

Apesar de ser um termo utilizado no campo da saúde desde a primeira metade do século passado, não existe um consenso quanto a sua definição.

Segundo Pinho et al. (2007), a integralidade compreende aspectos que envolvem desde a regulação das políticas públicas do setor ao olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano. Além destes aspectos, é possível identificar sentidos relacionados à integração da equipe multiprofissional e à oferta e articulação dos serviços em níveis crescentes de complexidade tecnológica (Silva Júnior et al., 2006).

A Constituição Federal de 1988 apresenta a integralidade pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (Brasil, 1988).

Internacionalmente, este princípio parece estar relacionado, sobretudo, à oferta, organização e articulação dos serviços de saúde, numa perspectiva de uma integralidade do cuidado (Tanaka, Oliveira, 2007; Conill, 2004; Lorenzo, Keenoy, Gaspar, 2002; Leatt, Pink, Guerriere, 2000).

Mattos (2001) define a integralidade a partir de três conjuntos de sentidos: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde.

O primeiro sentido está relacionado ao movimento da medicina integral que criticava os currículos de base flexneriana formadores de médicos com atitudes fragmentárias e reducionistas, centrado na doença, tendo como campo privilegiado de atuação o hospital, desconsiderando o social, o coletivo, o público e a comunidade (Flexner, 1910).

O movimento da medicina integral tinha como proposta realizar reformas curriculares nos cursos médicos. A integralidade estaria relacionada à postura desejável dos profissionais de saúde: olhar atento sobre as necessidades do sujeito-usuário que ultrapassam o sofrimento por ora apresentado.

O segundo sentido discute a tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial consolidada no país nos anos 1970. Os serviços devem estar organizados para atender de forma abrangente as necessidades da população de sua responsabilidade. Nesta concepção, a integralidade não seria apenas uma atitude, mas um modo de organizar o processo de trabalho.

Por fim, o terceiro sentido corresponde às respostas governamentais dadas a problemas específicos de saúde. Neste contexto, a integralidade está relacionada às configurações de políticas específicas e/ou especiais. Defende-se a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais.

Mattos (2001, p.61) conclui afirmando que, para qualquer dos sentidos por ele apresentado, “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

Hartz e Contandriopoulos (2004, p.S331) relacionam a integralidade com a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum ator/organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.

Cecílio (2001) define a integralidade da atenção em duas dimensões: focalizada e ampliada. A primeira seria o compromisso e a preocupação da equipe de saúde de um determinado serviço – por isso focalizada – em realizar a melhor **escuta** possível das **necessidades de saúde** trazidas por aqueles que buscam atendimento. Estas englobam: boas condições de vida; capacidade de acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança.

Considerando a abrangência desta concepção, a integralidade não pode ser plena no espaço singular dos serviços, por mais competente e comprometida que seja a equipe. Neste sentido, Cecílio (2001) aponta para a segunda dimensão: a integralidade pensada em rede, por isso ampliada. Esta corresponde à articulação entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma atuação intersetorial.

A intersetorialidade corresponde à articulação de saberes e experiências no enfrentamento de situações complexas. A atuação simultânea de vários setores permite a compreensão abrangente dos problemas e o esforço coletivo pela sua resolução (Junqueira, Inojosa, 1997). Superar a fragmentação de saberes pela especialização excessiva e desenvolver ações intersetoriais pode ser um caminho na busca de soluções para a integralidade das ações em saúde (Pauli, 2007).

A abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema.

Dentre os diversos fatores que interferem na efetivação deste princípio, podem-se citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais com currículos de base flexneriana; a consequente prática fragmentada dos profissionais, e os interesses de mercado contraditórios ao SUS (Oliveira, Casanova, 2009; Magalhães Júnior, Oliveira, 2006; Campos, 2003).

Desafios e caminhos para efetivação da integralidade

Em entrevista sobre os vinte anos do SUS, Jairnilson Paim aponta a integralidade como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, estando mais recentemente entre as principais preocupações no meio acadêmico e nas instâncias do SUS (Vaitsman, 2009).

A partir do momento em que o acesso universal se tornou constitucional, muitas barreiras formais foram vencidas, entretanto barreiras informais ainda permanecem. As práticas dos serviços continuam com uma percepção segregada do usuário e negam as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo (Mattos, 2004).

Para exemplificar esta realidade, pode-se citar a expansão significativa da Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia de Saúde da Família. Esta surge com o objetivo de reorientar o modelo de atenção, tendo, entre seus princípios fundamentais, a integralidade. Observa-se, entretanto, o comprometimento desta premissa na atuação das unidades básicas em virtude da reprodução de atendimentos especializados, típicos do modelo hospitalocêntrico, caracterizando a fragmentação do trabalho desenvolvido (Campos, 2003).

A prática fragmentada, que vem caracterizando o SUS, reflete a influência dos modelos de atenção, considerados insuficientes para responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população (Oliveira, Casanova, 2009; Campos, 2003).

Analisando a crise da medicina, Luz (2007) aponta para vários aspectos críticos: a relação médico-paciente, pautada na mercantilização e fragmentação do usuário; a grave competição intracategorias [especialidades médicas] e intercategorias [médicos e outros profissionais]; a fragilidade das instituições de ensino na formação de profissionais de saúde aptos a resolverem/equacionarem problemas de saúde-doença de uma parcela significativa da população.

Discutindo as dificuldades enfrentadas na construção da atenção integral à saúde, Magalhães Júnior e Oliveira (2006, p.55) também criticam

o padrão da formação dos profissionais médicos subordinada às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valoriza o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão estanque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema.

Os autores apontam ainda a fragilidade do processo de referência e contrarreferência e a dificuldade de se estabelecerem vínculos entre médicos e usuários, fundamental na adesão ao tratamento. Outra dificuldade apresentada é a política de financiamento da atenção secundária pautada no pagamento individual de procedimentos, que leva a graves estrangulamentos na oferta de consultas especializadas e exames de média complexidade.

O resultado desse panorama para os usuários do SUS é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção. (Magalhães Júnior, Oliveira, 2006, p.55)

Tal realidade não é exclusividade do Brasil ou de outros países em desenvolvimento. Segundo Lorenzo, Keenoy e Gaspar (2002), a Espanha enfrenta desafios semelhantes para alcançar um atendimento integral na perspectiva do acesso aos diferentes níveis de atenção:

La capacidad de respuesta al proceso integral de atención es a menudo lenta. El tiempo total desde que un paciente acude por primera vez a su médico de familia hasta que recibe el diagnóstico y tratamiento correspondiente es muy largo. (Lorenzo, Keenoy, Gaspar, 2002, p.409)

Leatt, Pink e Guerriere (2000) descrevem o sistema de saúde canadense como uma miscelânea de partes desconectadas: prestação de cuidados descoordenada, muito foco no tratamento da doença, tempos de espera inaceitáveis para os serviços, dentre outros.

A conquista do direito ao acesso universal, mas não integral, é um risco destacado por Barata, Tanaka e Mendes (2004). Eles identificam que, apesar do avanço no processo de descentralização, as condições de regionalização e hierarquização continuam insuficientes para contemplar os princípios da integralidade e da equidade na assistência à saúde.

A expansão desordenada dos serviços de saúde no Brasil reflete uma desintegração da assistência, demonstrando a fragilidade do princípio da integralidade e quanto o país pode estar distante da “verdadeira rede de saúde” referida pelos autores.

Como afirma Conill (2004, p.1420), “não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos [...], o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais”.

Apesar das dificuldades, podem-se citar exemplos de avanços no campo da integralidade em seus diferentes sentidos.

O sistema de saúde britânico, assim como o brasileiro, provê cobertura universal baseado nos princípios de equidade e integralidade. A organização dos sistemas por intermédio da compra de serviços pela AB garante a atenção integral aos usuários do NHS (Tanaka, Oliveira, 2007).

Em Québec, no Canadá, o fornecimento de cuidados integrais foi a inovação de maior expressão encontrada na reforma desta Província, sendo observada duas tendências nas práticas:

De um lado, um entendimento ampliado significando a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias, com introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico. Por outro, representava a garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora mais completa. (Conill, 2004, p.1419)

Oliveira e Casanova (2009) destacam a Vigilância à Saúde (VS) como uma das principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde na busca da integralidade. Segundo Paim (2003), a VS é um modelo assistencial alternativo que amplia a concepção de saúde tendo como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença.

As atuações das equipes de saúde, sob o enfoque da VS, devem ser pautadas na relação dialógica estabelecida entre estas e a comunidade, priorizando a escuta do outro na identificação das necessidades (Oliveira, Casanova, 2009; Cecílio, 2001).

Para estabelecer este tipo de relação, a questão da humanização precisa estar presente. Esta engloba concepções que se relacionam tanto aos direitos dos usuários quanto à postura ética de respeito ao outro, incluindo, obviamente, o profissional de saúde que também necessita de condições dignas de trabalho para exercer seu papel de cuidador (Fortes, 2004).

Puccini e Cecílio (2004, p.1344) reforçam esta ideia afirmando que

com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana.

A transformação no campo destas inter-relações dificilmente será concreta em um sistema regido pelos modelos de atenção tradicionais. Neste sentido, Campos (2003) também aponta a VS como uma estratégia para alcançar a integralidade. Para ele, este modelo pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de agir em saúde que possibilita que os problemas sejam analisados e enfrentados de forma integrada.

Especificamente no campo da formação profissional, nos últimos anos, diversos esforços têm sido despendidos pelo Ministério da Saúde e da Educação na perspectiva de reverter a lógica flexneriana da formação. Tem sido observado investimento tanto na modernização curricular [Pró-Saúde], quanto no incentivo aos alunos no Pet-Saúde. Além de cursos presenciais e à distância ofertados e financiados para profissionais que já atuam nos serviços públicos. De acordo com Rocha e Caccia-Bava (2009, p.1342), tais políticas “valorizam os saberes existentes na rede assistencial e permitem incorporar à formação acadêmica a lógica do SUS”.

Com relação às dificuldades no âmbito da referência e contrarreferência, Magalhães Júnior e Oliveira (2006) apontam como saída a formulação de estratégias que possibilitem uma melhor comunicação entre os profissionais e serviços dos diferentes níveis de atenção.

Os caminhos para superar os desafios da integralidade são diversos e complementares. Várias localidades têm experimentado diferentes estratégias de superação. Para que se possa conhecer as fragilidades e potencialidades das estratégias adotadas, é importante impulsionar o desenvolvimento de estudos que permitam esse desbravamento.

Considerações finais

Como observado no instituído pelo arcabouço legal do SUS, o direito à saúde, no Brasil, é pensado numa perspectiva da integralidade. A trajetória e o tempo vivido, por sua vez, são permeados de desafios que se contrapõem ao estatuto constitucional. Entretanto, apesar de todos os obstáculos encontrados no caminho, as conquistas obtidas nos vinte anos de SUS demonstram a força e potencial existente no atual sistema de saúde brasileiro.

O conhecimento de experiências exitosas no campo da integralidade possibilita um novo despertar na crença de mudanças possíveis em direção ao avanço na conquista do direito à saúde pleno e não mais compartimentado. Tal despertar pode contribuir, inclusive, para impulsionar o exercício da cidadania com pressão e mobilização política na luta pelo direito à saúde integral.

Colaboradores

Keila Brito-Silva e Oswaldo Yoshimi Tanaka responsabilizaram-se pela concepção e produção do manuscrito. Adriana Falangola Benjamin Bezerra foi responsável pela produção do manuscrito e colaborou na revisão.

Referências

- BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.13, n.1, p.15-24, 2004
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.
- CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc. Saude Colet.**, v.8, n.2, p.569-84, 2003.
- CARVALHEIRO, J.R. Os desafios para a saúde. **Estud. Av.**, v.13, n.35, p.7-10, 1999.
- CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.113-26.
- CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1417-23, 2004.
- COSTA, E.D.P. Povo e cidadania no Estado Democrático de Direito. **Rev. Fac. Direito UFPR**, v.38, n.0, p.101-21, 2003.
- DALLARI, S.G. O direito à saúde. **Rev. Saude Publica**, v.22, n.1, p.57-63, 1988.
- DALLARI, S.G.; FORTES, P.A.C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.187-202.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.
- FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude Soc.**, v.13, n. 3, p.30-5, 2004.
- GONÇALVES, R.F. **Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco. 2008.
- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad Saude Publica**, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.; FRANCO, F. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

- IBANHES, L.C. A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil: difusos e coletivos ou confusos e seletivos? **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.12, n.3, p.213-9, 2010.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.
- L'ABBATE, S. **Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthc. Pap.**, v.1, n.2, p.13-55, 2000.
- LORENZO, S.M.; KEENOY, E.M.; GASPAR, O.S. Situación actual y futuro de la atención primaria. **Informes SESPAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública, 2002**. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002, p.395-438.
- LUIZ, O.C.; KAYANO, J. Saúde e direitos: princípios para ação. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.12, n.2, p.115-21, 2010.
- LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul : Edusc,UFRS: IMS/UERJ;
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.
- _____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.
- MENDES, A.; MARQUES, R.M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: Encontro Nacional de Economia Política, 14., 2009, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho_cronica_de_uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2010.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito a saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.3, p.753-60, 2004.
- OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.3, p.929-36, 2009.
- PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.567-86.
- PAULI, L.T.S. **A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal**. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
- PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.9, n.3, p.835-46, 2007.
- PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.
- ROCHA, J.S.Y.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G. A atenção básica na construção da saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, supl.1, p.1336-45, 2009.

SILVA JÚNIOR, A.G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.61-89.

SLAIBI, M.C.B.G. O direito fundamental à saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.12, n.3, p.227-33, 2010.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. **Saude Soc.**, v.16, n.1, p.7-17, 2007.

VAITSMAN, J. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por Jeni Vaitzman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.3, p.899-901, 2009.

XIMENES, J.M. Reflexões sobre o conteúdo do Estado Democrático de Direito. **Rev. Cient. Eletrônica ATENA**, v.2, p.14, 2007. Disponível em: <http://www.iesb.br/ModuloOnline/Atena/arquivos_upload/Julia%20Maurmann%20Ximenes.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2011.

O presente artigo discute aspectos que interferem na garantia do direito à saúde e sua relação com o princípio da integralidade. Para tanto, são descritas questões históricas e culturais que contextualizam esta realidade. Também são apontados os limites e as possibilidades para garantia da integralidade como parte do direito à saúde, com foco no SUS. A abrangência do conteúdo do direito à saúde e a limitação daquilo que é efetivamente alcançado demonstram a dificuldade para sua garantia plena, aspecto igualmente observado em outros países. O direito compartimentado vivenciado na prática do SUS é antagônico ao princípio da integralidade em seus diferentes sentidos. Apesar dos desafios para efetivação da integralidade, diversas iniciativas foram identificadas e têm sido utilizadas na perspectiva de superar as dificuldades e alcançar o direito à saúde em sua plenitude.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Integralidade. Saúde Pública.

Right to healthcare and comprehensiveness: a discussion on the challenges and paths towards its implementation.

The present study discusses issues that interfere with assurance of the right to healthcare and its relationship with the principle of comprehensiveness. For this, the historical and cultural issues that contextualize this reality are described. The limits and possibilities of assuring comprehensiveness as part of the right to healthcare are indicated, focusing on the Brazilian National Health System (SUS). The scope of the right to healthcare and the limits that are reached in practice demonstrate the difficulty in fully assuring this right. This has also been observed in other countries. The compartmentalized right that is experienced in practice in SUS is contrary to the principle of comprehensiveness, in its different concepts. Despite the challenges involved in making comprehensiveness effective, many initiatives have been identified and used from the perspective of overcoming the difficulties and achieving the full right to healthcare.

Keywords: Right to healthcare. Comprehensiveness. Public Health.

Derecho a la salud e integridad: una discusión sobre los desafíos y los caminos para su realización.

El objetivo fue desarrollar una discusión sobre los puntos que afectan a la garantía del derecho a la salud y su relación con el principio de la integridad. Se describen los aspectos históricos y culturales de esta realidad y se señalan los límites y las posibilidades de asegurar la e integridad como parte del derecho a la salud, centrándose en el Sistema Único de Salud. La amplitud de los contenidos del derecho a la salud y el límite de lo que fue posible alcanzar muestran la dificultad para su plena garantía. Lo mismo se observa en otros países. El derecho estricto en la práctica del Sistema Único es opuesto al principio de la integridad en sus diferentes significados. A pesar de los desafíos a la realización de la integridad, iniciativas han sido identificadas y utilizadas en la perspectiva de superar las dificultades y lograr el derecho a la salud en su plenitud.

Palabras clave: Derecho a la salud. Integridad. Salud Pública.

Recebido em 13/09/2010. Aprovado em 22/03/2011.

Uso de condição traçadora em estudo avaliativo da integralidade na perspectiva do acesso^a

Tracer Condition in an integrality evaluation study in an access perspective

Título Resumido: Avaliação da integralidade por traçadora

Keila Brito¹

Adriana Falangola B. Bezerra²

Lucieli Dias Pedreschi Chaves³

Sérgio Minué⁴

Oswaldo Yoshimi Tanaka¹

¹ Faculdade de Saúde Pública – USP - Departamento de Prática de Saúde Pública Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira Cesar, 01246-904 – São Paulo – SP

² Universidade Federal de Pernambuco – Departamento de Medicina Social Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, 50670-901 - Recife – PE

³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Av. Bandeirantes, 3900 CEP 14040-902 – Ribeirão Preto – SP.
dpchaves@eerp.usp.br

⁴ Escuela Andaluza de Salud Publica – EASP. Cuesta del Observatorio 4, Campus Universitario de Cartuja – 18080 – Granada/Espanha.

Autor responsável pela troca de correspondência: Keila Brito – Rua Tupi, 219/72, Santa Cecília, 01233-001 - São Paulo - SP

^a O presente estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado: “estratégias de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção do sistema local de saúde: uma avaliação na perspectiva da integralidade”, financiado pela FAPESP (2009/08844-8).

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a integralidade na perspectiva do acesso das mulheres aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do Câncer de Colo Uterino (CCU) em município de grande porte populacional e com tecnologia disponível.

MÉTODOS: A condição traçadora foi analisada utilizando uma metodologia quanti-quali. A abordagem quantitativa foi feita com base em dados secundários referente a citologias e biópsias realizadas entre 2008 e 2010 em mulheres de 25 a 59 anos. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação em Saúde – Hygiaweb – e no Sistema de Informação do CCU (Siscolo) Regional, sendo utilizado o software estatístico, PASW statistic 17.0 para análise e testes estatísticos dos dados coletados. Na abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. Para a análise de conteúdo dos dados primários foi utilizado o software NVivo 9.0.

RESULTADOS: A cobertura de papanicolau se apresenta insuficiente, sendo concentrada em mulheres mais jovens, possivelmente devido a busca ativa insuficiente e à dificuldade na marcação das consultas na atenção básica. O número de biópsias realizadas é equivalente à quantidade de citologias alteradas, o que pode ser favorecido pelo fácil acesso a serviços especializados. Os diagnósticos mais graves, tanto de citologias quanto de biópsias, prevalecem em mulheres com idade mais avançada.

CONCLUSÕES: A cobertura insuficiente do teste preventivo de câncer de colo uterino associada ao relato dos entrevistados permite compreender as dificuldades de acesso na atenção primária, bem como fragilidade na busca ativa de casos. O nível secundário não apresenta dificuldades de acesso às mulheres com citologia alterada. O acesso ao nível terciário ocorre de forma oportuna para as usuárias, entretanto a ausência de registro de seguimento dos casos impede que se conheça a real cobertura de tratamento

DESCRITORES: Avaliação em Saúde; Condição Traçadora; Câncer Colo Uterino; Integralidade.

Introdução

Os processos de transição demográfica e epidemiológica vivenciados pelo Brasil nas últimas décadas resultaram em um novo perfil de morbimortalidade no país, caracterizado pelo aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (Lessa, 2004; Malta et al, 2006).

Para exemplificar o atual contexto, na década de 30 as doenças cardiovasculares representavam apenas 12% das mortes e, atualmente, representam um terço dos óbitos totais, constituindo-se numa das principais causas de óbito em todas as regiões brasileiras, seguido dos cânceres, acidentes e violências (Malta et al, 2006).

Acompanhando a tendência mundial, à exceção de pele não melanoma, os tipos de câncer com maior incidência no Brasil para o sexo feminino, são os de mama e de colo do útero (CCU), de acordo com projeções do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.33).

A incidência de CCU evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O alto potencial de prevenção e cura se justifica por ser uma doença de evolução lenta, com etapas bem definidas e facilidade de detectar as alterações ainda na fase inicial, viabilizando o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz.

A efetividade da detecção precoce do CCU, por meio do Papanicolaou, associado ao tratamento da lesão intra-epitelial, pode reduzir em 90% a incidência do câncer invasor do colo do útero, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (Mendonça, et al, 2008). Esta redução, entretanto, depende de um padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80% da população alvo (25 a 59 anos), segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2002). Programas de rastreamento eficazes podem possibilitar a redução

das taxas de incidência e, conseqüentemente, de mortalidade por CCU (Brasil, 2010).

Apesar da melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, esta ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no país (Mendonça, et al, 2008; Brasil, 2010). A cobertura, entretanto, não pode ser considerada o único aspecto responsável pela manutenção das elevadas taxas. A qualidade dos exames e o estadiamento nos quais os casos são diagnosticados são outros fatores que podem influenciar este cenário (Thuler, 2008).

O diagnóstico tardio reflete problemas no acesso aos serviços, revelando, sobretudo, carência de centros de oncologia fora das grandes capitais do país (Thuler, 2008). Outros aspectos que podem ser destacados na influência do diagnóstico tardio são: a baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, a incapacidade das Unidades de Saúde (US) em absorver a demanda e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial nos diversos níveis assistenciais (Brasil, 2006a).

O acesso da população aos diferentes níveis assistenciais é um dos sentidos atribuídos ao princípio da integralidade. O acesso universal, garantido pela Constituição, derrubou muitas barreiras formais, entretanto dificuldades no acesso e na continuidade da atenção ainda permanecem (Mattos, 2004). Barreiras no acesso aos serviços de saúde são referidas em diferentes estudos recentemente desenvolvidos, sendo observada uma baixa garantia de acessibilidade tanto à AB quanto aos serviços especializados (Escorel *et al*, 2007; Viana, *et al*, 2008; Cunha e Vieira da Silva, 2010).

Na perspectiva de combater o CCU de maneira efetiva, o Programa Nacional de Controle do CCU no Brasil prevê a necessidade do acesso aos diferentes serviços para possibilitar a superação de cada fase da doença. Neste sentido, baseia-se na detecção precoce (rastreamento) do CCU em mulheres assintomáticas. A definição da população-alvo, método e intervalo de rastreamento; meta de cobertura; infraestrutura assistencial nos três

níveis assistenciais e garantia da qualidade das ações, são elementos essenciais para programas com este objetivo (Brasil, 2010).

Com base em critérios previamente definidos será importante desenvolver estudos avaliativos que permitam a análise e o julgamento do processo de rastreamento do CCU adotado no país, visando modificar o perfil de morbimortalidade deste agravo à saúde. O conhecimento aprofundado deste contexto possibilita identificar fortalezas e fragilidades das estratégias adotadas para tomar novas decisões (Tanaka; Melo, 2004).

A utilização de condições marcadoras/traçadoras é uma das estratégias indicadas para as pesquisas avaliativas com foco na avaliação da qualidade da atenção à saúde, permitindo avançar na compreensão dos resultados alcançados (Tanaka; Espírito Santo, 2008; Kessner, 1973). O uso desta técnica nos estudos avaliativos facilita a definição dos focos e permite abranger múltiplos “pontos de atenção” envolvidos na integração dos serviços (Hartz; Contandriopoulos, 2004).

O CCU tem sido uma condição apontada como traçadora (Kessner, 1973; Bottari, Vasconcellos, Mendonça, 2008) por ser uma enfermidade que atende a requisitos essenciais: evento prevalente, com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente; existência de programa nacional já consolidado, envolvendo todos os níveis assistenciais; doença de evolução lenta e tratamento eficaz.

O desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa que utilize o CCU como condição traçadora possibilita avaliar a integralidade da atenção permitindo identificar possíveis pontos de estrangulamento nos diferentes níveis assistenciais que podem comprometer a adequação, a oportunidade e a complementariedade na utilização da tecnologia disponível.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo avaliar a integralidade na perspectiva do acesso das mulheres aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do CCU em um município-chave (MC); de grande porte populacional e tecnologia de distinta complexidade disponível.

Metodologia

Contextualização da área de estudo

O local estudado faz parte dos 62 municípios com mais de 100 mil habitantes que concentram cerca de 70% da população residente no Estado de São Paulo (Viana *et al*, 2006). Está entre as cidades brasileiras com o maior número de estabelecimentos de saúde cadastrados e disponibilidade de profissionais de saúde (CNES, 2011), sendo o maior centro de referência em saúde da região nordeste paulista (Ducati, Boemer, 2001).

Como na maioria dos grandes centros urbanos, o local estudado apresenta limitações apesar da disponibilidade de oferta de serviços de saúde quanto a sua qualidade e capacidade de resposta nos diferentes níveis de atenção (Viana *et al*, 2006). Além disso, o município em questão segue a realidade brasileira no que diz respeito a mortalidade por CCU: em 2008 representou uma taxa de 4,5 óbitos para cada 100 mil mulheres (Cadernos de Infomação, 2012).

Desenho do estudo

O presente estudo corresponde a uma pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto sequencial, partindo dos dados quantitativos para os dados qualitativos (Creswell, 2007).

De acordo com Creswell (2007, p. 111), a combinação de dados quantitativos e qualitativos possibilita “entender melhor um problema de pesquisa ao convergir tanto tendências numéricas amplas de pesquisa quantitativa, quanto detalhes de pesquisa qualitativa”..

A tipologia escolhida foi o estudo de caso único e descritivo. É único porque o município estudado corresponde a um caso significativo (Yin, 2005), sendo, portanto, chamado de Município-Chave (MC) em que os dados obtidos fornecerão informações a respeito da realidade local no que diz respeito à integralidade na assistência. Tendo em vista que o foco do estudo foi na identificação dos estrangulamentos funcionais, a escolha

intencional do caso foi baseada na existência de equipamentos de saúde em quantidade suficiente para se alcançar a integralidade da atenção em CCU.

Parte 1: abordagem quantitativa

A primeira etapa da investigação quantitativa consistiu na formulação das seguintes hipóteses:

1. A cobertura de Papanicolau no MC é suficiente?
2. Existe dificuldade no acesso aos níveis de maior densidade tecnológica (biópsia e tratamento) quando necessário?

Para investigar tais hipóteses, propôs-se estudar os distintos níveis assistenciais a fim de conhecer quantitativamente a capacidade de acesso das mulheres aos diferentes serviços bem como a resolatividade destes.

Método de coleta dos dados quantitativos

Os dados trabalhados foram levantados por meio do Hygiaweb e Siscolo Regional. O Hygia é o sistema de informação oficial da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) onde são registrados todos os procedimentos realizados nas unidades de saúde sob gestão municipal dos cinco Distritos Sanitários – DS (Oliveira, 2009).

Os dados foram gerados em Planilhas de Excel, permitindo o levantamento de informações acerca dos exames citopatológicos, diagnósticos e possíveis encaminhamentos realizados em mulheres de 25 a 59 anos e registrados no sistema durante os anos de 2008 a 2010, compreendendo neste ultimo ano ao período de janeiro a junho.

Para complementar os dados obtidos por meio do Hygia, foi acessada a base de dados do XIII Departamento Regional de Saúde (DRS), da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), acerca dos procedimentos de prevenção e diagnóstico do CCU, realizados em serviços sob gestão estadual no MC.

Os dados secundários foram analisados utilizando o software estatístico, PASW statistic 17.0 – antigo SPSS – para elaboração da distribuição de freqüências e cruzamento das variáveis envolvidas no

estudo. Por meio do software, foi realizado o *linkage* entre o banco de dados correlatos por esfera de governo – estadual e municipal.

Método de análise dos dados quantitativos

As variáveis estudadas tanto em relação às citologias (realizadas e alteradas) quanto às biópsias foram: ano de realização dos exames, faixa etária, tipo de alteração (diagnóstico), tipo de gestão dos serviços.

A partir dessas variáveis foi identificado a cobertura de citologias no MC por ano e faixa etária, as alterações que mais acometem as mulheres do estudo e a cobertura de biópsia para os casos necessários.

Em relação aos dados referentes ao tratamento, foi identificado insuficiência de registros junto ao Sistema de Informação em Saúde Local (SISL).

Parte 2: Abordagem qualitativa

Foram escolhidos os dois DS (DS3 e DS4) que mais realizaram exames citológicos durante o período estudado quantitativamente (2008-2010) por refletirem maior possibilidade de oferta e, conseqüentemente, maior cobertura das atividades para a traçadora escolhida. Os informantes-chave selecionados foram: profissionais atuantes na atenção básica e, ou especializada, usuárias de 25 a 59 anos que necessitaram de encaminhamento decorrente de alterações na citologia, e representantes da gestão cujas atribuições fossem consideradas relevantes de acordo com os achados nas entrevistas dos demais informantes-chave.

Método de coleta dos dados qualitativos

Foram realizadas *entrevistas individuais e semi-estruturadas* com 10 (dez) profissionais de saúde atuantes nos diferentes níveis de atenção do sistema; 10 (dez) usuárias e 2 (dois) representantes da gestão. Estes foram escolhidos com base nos achados das demais entrevistas, tendo como critério principal os pontos de estrangulamento apontados para contemplar a integralidade da atenção da condição traçadora.

Método de análise dos dados qualitativos

Os dados primários foram todos transcritos e submetidos à análise de conteúdo (Flick, 2004). O processo de categorização final dos dados foi realizado com o auxílio do software NVivo 9.0, (Di GREGORIO, 2000; GUIZZO et al, 2003).

O presente artigo apresenta os resultados qualitativos relacionados exclusivamente ao acesso aos serviços de saúde, sendo selecionadas as categorias que respondem a esta dimensão da integralidade e que dialogam com os achados quantitativos. As categorias analisadas foram: **Acesso com brevidade** para serviços de Média e Alta Complexidade; **Dificuldade na marcação das consultas** e **Atenção Baseada na demanda espontânea** na Atenção Básica.

Visando garantir a confidencialidade foram criados nomes fictícios para os participantes. As 10 (dez) usuárias receberam “Maria” como primeiro nome e aos representantes da gestão e profissionais, foram atribuídos nomes relacionados à atividade da tecelagem.

Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão serão apresentados de modo dialogado entre os resultados obtidos em ambas abordagens, onde os dados qualitativos também contribuem na interpretação dos achados quantitativos.

A prevenção do CCU

Com base nos dados quantitativos analisados, observou-se que o número de citologias realizadas durante o período de 2008 a 2010 são equivalentes: cerca de 15 mil exames por semestre.

Considerando que a população feminina com idade entre 25 a 59 anos no MC corresponde a um total de 146.868 mulheres, e que por ano estão sendo realizadas cerca de 30 mil citologias nos serviços do SUS para esta população determinada, tem-se uma cobertura de aproximadamente 20% ao ano como se observa na Figura 1. O Programa preconiza que as mulheres de 25 a 59 anos realizem o exame a cada 3 anos, portanto o máximo de cobertura que se poderia atingir seria de 60% da população alvo.

A cobertura de Papanicolau obtida no MC é, portanto, inferior ao recomendado pela OMS (80%) para se obter um impacto significativo na morbimortalidade por este tipo de câncer (WHO, 2002). No entanto, cabe realçar que a cobertura observada no MC está ainda acima do realizado na maioria dos estados brasileiros; no período de 2008 a 2009 apresentaram cobertura abaixo de 20% entre mulheres de 25 a 59 anos (Ministério da Saúde, 2011).

O rastreamento por meio do Papanicolau é ainda a abordagem considerada mais efetiva para o controle do CCU (Martins, Thuler, Valente, 2005). Estudos epidemiológicos têm demonstrado um risco elevado no desenvolvimento desta doença entre mulheres que nunca foram submetidas ao exame e um aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último preventivo (Herrero, et al, 1992; Eluf-Neto et al, 1994). Apesar da melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, esta ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no país (Mendonça et al, 2008; Brasil, 2010).

Algumas hipóteses podem ser elencadas acerca da baixa cobertura no MC, como: subnotificação dos exames realizados; percentual de mulheres que estejam realizando o procedimento em serviços privados não conveniados ao SUS; oferta insuficiente de serviços/recursos humanos; dificuldade de acesso aos serviços de Atenção Básica (AB) e/ou busca ativa insuficiente.

Além das hipóteses supracitadas, podem-se considerar os achados do estudo de Brenna *et al* (2001) que buscou identificar fatores associados à baixa adesão de mulheres ao exame, sendo relatado aspectos como: falta de motivação, vergonha, distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho, além de dificuldades financeiras e com transportes.

Dentre as hipóteses elencadas, a dificuldade de acesso aos serviços de AB e a busca ativa insuficiente foram evidenciadas na abordagem qualitativa. A dificuldade no acesso aos serviços de AB é caracterizada pelos relatos enquadrados na categoria denominada **dificuldade na marcação das consultas** como pode ser observado abaixo:

“a partir do momento que tomou essa postura de ponto digital, eu diminuí 30% meu atendimento (...). Hoje em dia eu não encaixo. Encaixo só urgência. Faltou? Não é problema meu” (Tecido)

“O difícil é o acesso pra unidade básica (...). As usuárias demoram pra conseguir. (...) eu percebo que em algumas unidades isso é muito rígido. O eventual é só aquilo que for urgente, urgentíssimo. Se não é, não encaixa” (Algodão).

“é um dia só que se marca consulta aqui. Dia primeiro é dia de marcar. Quando chega no dia, é tanta coisa na minha cabeça que a gente esquece. Quando lembra, já passou” (Maria de Nazaré).

“Na Básica [o maior problema] é a questão do acesso à coleta. (...) Estamos preocupados muito na Atenção Básica com o acesso, mesmo” (Tear).

De acordo com as entrevistas, pode-se afirmar que a dificuldade no acesso à AB está relacionada, principalmente, a baixa flexibilidade na marcação das consultas. São restrições colocadas pela própria dinâmica do atendimento e sua burocratização que contribuem para dificultar e

desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, resultando no retardo para realização do Papanicolau, como pode ser observado na Figura 1.

Na literatura são encontrados diferentes estudos que apontam para uma realidade semelhante à observada no MC. (Souza *et al*, 2008; Andrade, Franco e Ferreira, 2007; Schimith e Lima, 2004; Cunha e Vieira-da-Silva, 2010).

Andrade, Franco e Ferreira (2007) apontam para situações críticas de acesso a unidade de saúde da família em município baiano, onde a chegada na USF de madrugada sem garantia de atendimento era prática comum. O mesmo observa-se em estudo desenvolvido por Schimith e Lima (2004) no sul do Brasil. Souza *et al* (2008) e Cunha e Vieira-da-Silva (2010), também relatam a dificuldade de acesso à AB em cidades da Região Nordeste do país, tanto a unidades tradicionais quanto de saúde da família. Cunha e Vieira-da-Silva (2010) destacam ainda o processo de marcação de consulta como um importante obstáculo mencionado para a utilização do serviço.

Takemoto e Silva (2007, p.336) destacam que a recepção é, tradicionalmente, um lugar de conflito:

“de um lado há alguém que traz uma demanda que entende que deveria ser atendida pelo serviço e que lhe parece importante, urgente e merecedora de uma resposta imediata, e de outro há um trabalhador que não tem nada a oferecer, não dispõe ou não consegue enxergar outras ofertas e não se sente responsável por essa falta de opção”

Falas como a de *Tecido* e os relatos de *Trama*, *Algodão* e *Lã*, retratam o descaso do profissional que se coloca numa posição de expectador enquanto se posiciona de maneira distanciada sem responsabilizar-se pela situação e ignorando o direito das usuárias. Situação semelhante é relatada por Schimith e Lima (2004, p. 1492): “enquanto quem está de frente para os problemas, os trabalhadores, não sentirem isso [acesso] como direito da população (...) será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro”.

Com relação à política de entrada das usuárias no sistema, representantes dos três grupos entrevistados confirmam que é baseada na lógica da **demanda espontânea**:

“A nossa unidade é muito passiva. Ela é uma unidade que espera as pessoas chegarem (...). Então, a gente atende quem chega e você não tem idéia de quem ta precisando” (Fibra).

“Fazia uns 20 anos que eu não fazia [papanicolau]. Foi quando eu fiz, dessa vez...” (Maria de Nazaré)

“unidades que não têm agente comunitária não têm esse tipo de foco: a pessoa faltou? Encaixa o que está lá e ninguém vai atrás pra saber” (Urdume)

O modo de organização dos serviços de saúde para o rastreamento do Câncer pode ser estruturado com base em uma oferta organizada ou espontânea (WHO, 2007).

No tipo organizado existem estrutura e recursos adequados para realização periódica do teste de rastreamento, bem como para o tratamento de lesões suspeitas. Mecanismos para recrutamento da população alvo estão disponíveis e o acompanhamento sistemático das pessoas com testes de rastreamento positivos é prática habitual (Bastos, 2011). No tipo espontâneo, o teste de rastreamento não é aplicado de forma sistemática na rotina dos serviços de saúde (WHO, 2007), ficando restrito à população que busca ocasionalmente os serviços de saúde por diferentes razões e tampouco desenvolve ações para buscar ativo de casos, resultando em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos. (Bastos, 2011; WHO, 2007)

A organização baseada na demanda espontânea é característica básica do modelo assistencial privatista, tradicionalmente encontrado nos serviços de saúde país. Especificamente em relação a prevenção do CCU,

diferentes estudos (Corrêa, Villela, Almeida, 2012; Vale *et al*, 2010; Silva *et al*, 2004; Parada *et al* 2008) demonstram que a realização do exame de Papanicolaou está associada, predominantemente, à busca espontânea das mulheres corroborando com os relatos das entrevistadas acima apresentados e resultando em situações como a de Maria de Nazaré que refere ter passado mais 20 anos sem realizar o exame.

Vale *et al* (2010) aponta para a relação entre a atenção baseada na demanda espontânea e a baixa cobertura de exames. Devido a frequência maior de eventos em mulheres mais jovens como: gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais, tratamento de leucorréias, influencia que estas busquem mais os ginecologistas que as de maior idade (Amorim, *et al*, 2006). Desta forma, a cobertura além de insuficiente, fica concentrada nas mulheres mais jovens, não alcançando o grupo com maior risco para o câncer, como observado por Corrêa, Villela e Almeida (2012).

Como pode ser observado na Figura 2, o mesmo foi encontrado no estudo do MC em questão que aponta para uma tendência decrescente na cobertura de acordo com a faixa etária. A partir dos 40 anos, a cobertura não chega a 15%.

A reduzida busca de mulheres, com idade entre 40 e 59 anos, por consultas ginecológicas resulta em uma baixa frequência de realização do Papanicolaou, com conseqüentes diagnósticos mais graves do que observado em mulheres mais jovens (Eluf-Neto, *et al*, 1994). O Ministério da Saúde

(2001) confirma que a concentração de exames citopatológicos em mulheres com menos de 35 anos de idade, que buscam os serviços de saúde para a atenção reprodutiva, é uma realidade comumente observada no Brasil.

Corrêa, Villela e Almeida (2012), destacam a necessidade de implantar estratégias de recrutamento ativo. Amorim *et al* (2006) consideram fundamental aproveitar a demanda de mulheres mais velhas que freqüentemente buscam os serviços de saúde em decorrência de outros agravos para que realizem o Papanicolau. Parada et al (2008) sugerem a reorganização da recepção nas UBS por meio da implementação de estratégias como: atendimento sem necessidade de agendamento prévio, horários alternativos (noturno ou fim de semana), busca ativa das mulheres na faixa etária do programa, principalmente as que nunca realizaram exame colpocitológico na vida, a fim de ampliar e facilitar o acesso da mulher a estes serviços.

A urgência em captar mulheres com idade mais avançada pode ser constatada ao observar a Figura 3 que revela a predominância de alterações malignas entre mulheres acima de 50 anos. De acordo com o gráfico, as alterações malignas (adenocarcinoma, carcinoma) foram diagnosticadas, principalmente, em mulheres em idade avançada: entre 50 e 59 anos. Enquanto que as alterações benignas e as pré-malignas estavam concentradas entre as mulheres mais jovens (25-39 anos).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), o risco para este tipo de câncer aumenta, rapidamente, a partir dos 35 anos, atingindo seu ápice na faixa etária de 45 a 49 anos. Com relação à mortalidade, está entre as principais causas de óbito da população feminina de 40 a 60 anos.

Estudo desenvolvido por Ribeiro, Santos e Teixeira (2011) com mulheres de 46 a 74 anos identificou que o exame ginecológico é visto por muitas destas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável. As autoras acreditam que essa perspectiva se deve ao fato destas mulheres fazerem parte de uma geração que sofreu intensamente os efeitos da repressão sexual, associado experiências prévias negativas durante exames ginecológicos, efetuadas sem esclarecimento, de forma fria e descuidada. Tal desconforto contribui, significativamente, para a resistência destas mulheres na busca do autocuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006b), é fundamental que a equipe de saúde incorpore na atenção às mulheres no climatério, orientação sobre o que é e qual a importância do exame preventivo do colo do útero a fim de incentivar a sua realização entre as mesmas e assim reduzir a incidência e mortalidade nesta população de risco.

6.1.2 Diagnóstico e Tratamento do CCU

Para os diagnósticos obtidos nos exames de Papanicolau, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a) preconiza as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas seguem a rotina de rastreamento citológico; para alterações pré-malignas recomenda-se a repetição da citologia em 6 (seis) meses; para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada, apresentando lesão na colposcopia, recomenda-se que a paciente seja encaminhada à biópsia.

Neste sentido, buscou-se, fundamentalmente, identificar se existia uma cobertura equivalente entre o número de biopsias realizadas e o

número de exames citológicos alterados que demandavam realização de biópsia por ano e os resultados obtidos nas biópsias por faixa etária.

Observa-se na Figura 4 a existência de um número de biópsias equivalente aos exames citológicos que apresentaram alteração. O ano de 2008 é o que apresenta uma menor equivalência, entretanto, esta é de aproximadamente 80%. Os anos de 2009 e 2010 apresentam uma equivalência que ultrapassa 100% (116,72% e 119,34%, respectivamente).

Os dados qualitativos confirmam que os casos que necessitam de biópsia, baseado nos resultados do Papanicolau, são referenciados a serviços especializados. Analisando os dados qualitativos relativos a questão do acesso a serviços de média complexidade, observa-se no relato dos entrevistados que o acesso a este nível de atenção se dá com brevidade, o que pode estar favorecendo o resultado observado na cobertura de biópsias.

De acordo com as entrevistas, a entrada no **nível secundário** de atenção varia entre uma e duas semanas quando identificada alguma alteração na citologia que demande exames mais complexos. Considerando o período desde a marcação da consulta até o resultado, se dá entre 15 e 20 dias:

“É em torno de 1 semana, no máximo, já conseguiu vaga. A própria UBS que liga aqui e agenda, então uma semana o paciente já ta com consulta agendada” (Aguilha).

“Não demorou não. Não chegava nem a um mês. Bem rápido. Coisa de 20 dias” (Maria da Conceição)

Com relação às informações quantitativas sobre tratamento das usuárias, não foi possível obtê-las. De acordo com dados do Sistema de Informação do CCU (Siscolo, 2011), o MC não tem registro de seguimento de 99,98% dos casos. Ainda assim, a abordagem qualitativa pôde contemplar este aspecto e conhecer questões como a viabilização do acesso ao nível terciário, que assim como ao secundário, ocorre em um intervalo curto de tempo, segundo referido pelos informantes chaves:

“quando precisa encaminhar pro HU, em torno de 15, 20 dias já ta com consulta agendada pra iniciar o tratamento no HU” (Aguilha)

“Ah! Foi rápido! Lá foi muito rápido. Na mesma semana fui encaminhada prá lá” (Maria das Graças).

“Não tem uma dificuldade de agendamento no HU, né? Isso não existe. Nunca ouvi falar de dificuldade de atendimento no HU para os casos de câncer de colo” (Tear).

O acesso facilitado a serviços de referência para atendimentos de alta complexidade também foi observado nos estudos de Cunha e Vieira-da-Silva (2010) e Pontes *et al* (2009). Entretanto, os mesmos apontam também para uma desigualdade no alcance das ações, sugerindo uma grande variabilidade na oferta e acesso aos serviços do sistema.

A questão do acesso facilitado a serviços de nível secundário e terciário de atenção não é uma realidade comumente observada no país. Estudos como os de Pires *et al* (2010) e Souza *et al* (2008), apontam dificuldades no acesso a procedimentos tanto de média quanto de alta complexidade.

Segundo Parada (2008, p.205), especificamente em relação ao diagnóstico e tratamento para o CCU, a garantia de ações adequadas para estes procedimentos tem sido um nó crítico para a organização da linha de cuidado. Para os autores,

Uma das principais questões, neste caso, é estruturar a linha de cuidado e garantir o seguimento das mulheres que apresentam alterações no exame. A oferta de serviços no nível da média complexidade e o processo de regulação do acesso são ainda insuficientes, comprometendo o alcance dos resultados

Este aspecto é apontado como uma importante limitação do SUS, sendo a baixa resolutividade na Atenção Básica, bem como a dificuldade na marcação de consultas (Pires, et al, 2010) fatores que contribuem na limitação deste acesso.

Cecílio e Merhy (2003, p.4) afirmam que “a linha de cuidado pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde”. Segundo os autores, não há integralidade radical sem a transversalidade no sistema. O CCU, especificamente, depende da união de diferentes tecnologias para avançar no cuidado das mulheres, considerando os diferentes níveis de evolução da doença.

A realidade observada no MC pode ser justificada pela adoção de uma conduta de priorização do encaminhamento imediato das usuárias aos serviços de referência sempre que necessário. Ressalta-se que a facilidade do acesso observada a estes níveis de atenção foram restritas ao CCU, objeto deste estudo, caracterizando um investimento relevante na prevenção secundária e terciária desta enfermidade.

A utilização do CCU como traçadora para avaliar a integralidade na perspectiva do acesso, permitiu conhecer as principais fragilidades e potencialidades nos diferentes níveis assistenciais.

A cobertura do preventivo ainda insuficiente, principalmente para as mulheres em idade mais avançada, reflete problemas no acesso à AB por parte das usuárias, bem como fragilidade na busca ativa de casos.

O nível secundário não apresenta problemas no campo do acesso, havendo a contemplação de um número de mulheres ainda maior do que o

esperado. Por outro lado, retrata a possível insegurança do profissional diante dos resultados obtidos no exame citológico, fazendo-o encaminhar casos nem sempre suspeitos ao exame histológico aceito como “padrão-ouro”.

Quanto ao seguimento dos casos positivos para tratamento, os autores se deparam com problemas no registro dos dados impedindo uma avaliação quantitativa do acesso a este nível de atenção.

Os resultados obtidos neste estudo atendem a expectativa de avaliar a integralidade sobre o prisma que os autores se propuseram, entretanto, a abordagem utilizada não permite uma avaliação mais aprofundada da realidade, sendo necessária uma maior exploração do contexto para conhecer os demais aspectos que contemplam esta diretriz.

Referências Bibliográficas

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2006; 22(11):2329-38.

Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. Rev APS. 2007;-10:106-15

Bastos EA. Estimativa da efetividade do programa de rastreamento do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Cad Saúde Pública. 2008; 24 Suppl 1:S111-22.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde. J Bras Patol Med Lab. 2006a; 42(5): 351-73.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle dos cânceres de colo de útero e mama. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCa, 2009. [acesso em 12 jul 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCa, 2010. [acesso em 12 jul 2011]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_DARAO_uterio.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Painel de indicadores de câncer do colo de útero. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em 08 Out 2011]. Disponível em: www.inca.gov.br/painel/

Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):909-14.

Cecilio LC; Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, (mimeo). 2003.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 12 ago 2011]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

Costa MCG, Ramalhão CL, Pettersen AG, Pio JAT, Berbare S, Melo VFM, Crempe YB. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. Rev. bras. educ. med. 2012; .36 (1, Supl.1): 57-63.

Creswell J.W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Cunha ABO, Vieira da Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(4):725-737

Di Gregorio S. Using Nvivo for your literature review. Paper presented at the meeting of the strategies in qualitative research: Issues and results from the analysis using QSR NVivo and NUD*IST, London, 2000. [acesso em 02 jan 2010]. Disponível em: http://www.sdgassociates.com/downloads/literature_review.pdf

Ducati C, Boemer M.R. Comissões de ética de enfermagem em instituições de saúde de Ribeirão Preto. Rev Latino-Americana Enfermagem. 2001; 9(3): 27-32.

Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. Br J Cancer. 1994; 69(1):114-9

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21: 164-76.

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman; 2004

Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2003; 24 (1): 53-60.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública. 2004; 20 Suppl 2: S331-6.

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Briton RC, Gaitan E, et al. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. Int J Epidemiol. 1992; 21(6):1050-6.

Keen J, Packwood T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 51-60.

Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case for tracers. N Engl J Med. 1973; 288:189-94.

Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9 (4): 931-43.

Malta DC, Cezario AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Jr JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. Epidemiol Serv Saude. 2006;15(3):47-65.

Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.

Mattos, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; 20(5): 1411-1416

Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5):248-55.

Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância à saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14 (3): 929-36.

Paillé, P; Mucchielli, A. L'analyse qualitative em sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin, 2003.

Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, Tomazelli JG. A política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev APS. 2008; 11 (2): 199-206.

Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 1):1009-19.

Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (3): 500-07

Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 11-19

Ribeiro MGM, Santos SMR, Teixeira MTB. Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção - Revista Brasileira de Cancerologia. 2011; 57(4): 483-491

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6):1487-94

Silva IMR, Brenna SMF, Moriwaki OM, Mariani Neto C. Avaliação dos programas brasileiros para controle do câncer genital feminino. Rev. adm. saúde. 2004; 6 (24): 97-102.

Siscolo. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. [acessado em 15 nov 2011]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 Sup 1:S100-S110.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):331-340

Tanaka OU, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004

Tanaka OY, Espírito-Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8 (3): 325-32.

Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):216-8.

Vale DBAP, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26(2): 383-90.

Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3):577-606

WHO. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes. Early Detection. Switzerland: WHO. 2007. [acessado em 06 set 2012] Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>>.

WHO. World Health Organization. National cancer control programmes – policies and managerial guidelines. - 2nd. ed. Geneva. 2002

Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Esquema Artigo 3

- Introdução** {
- Distintas dimensões da integralidade
 - Tecnologias Dura, Levedura e Leve
 - Possibilidades e entraves para a integralidade

Metodologia – abordagem qualitativa

Resultados e Discussões: Potencialidades e Fragilidades – apresentação dos Diagramas e algumas falas

Considerações Finais

Referências Bibliográficas

Apêndice 2

Roteiros de Entrevistas

1. Profissionais de Saúde

Atenção Básica:

Conte como estão organizadas as ações na atenção básica para CCU

- Explicar **COMO** acontecem...

Itens a explorar na coleta:

- Atividades desenvolvidas – promoção, prevenção (casos diagnosticados como positivos, como acontece?) e assistência: no geral e em particular no CCU
- Acolhimento
- Vínculo
- Encaminhamento
- Continuidade
- Percepção da Integralidade

Com profissionais especializados responsáveis pelo atendimento do CCU:

Conte como ocorre a atenção as mulheres com suspeita ou não de CCU

Itens a explorar na coleta:

- Atividades desenvolvidas
- Acolhimento
- Vínculo
- Contra-Referência
- Continuidade
- Percepção da Integralidade
- Forma de atendimento

2. Usuárias

Conte como foi o atendimento recebido nos serviços de saúde (diagnóstico ao tratamento).

- Atividades desenvolvidas – promoção, prevenção e assistência: no geral e em particular no CCU – COMO ACONTECEU?
- Acolhimento
- Vínculo
- Encaminhamento
- Continuidade

3. Gestão (Planejamento e Regulação)

Como ocorre a prestação de serviços no município frente ao problema do CCU?

Itens para explorar na coleta:

- Entraves no Acesso - AB
- Contra-Referência Tardia
- PA x PSF
- SISL – potencialidades e fragilidades (ausência de registros)
- Detalhamento das iniciativas mencionadas

Apêndice 3

Termo de Responsabilidade

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando um estudo sobre “estratégias de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção do sistema local de saúde: uma avaliação na perspectiva da integralidade”. O motivo que nos leva a estudar o assunto é a necessidade de avaliar os mecanismos de articulação que têm sido utilizados pela atenção básica com os demais serviços de saúde para viabilizar o acesso dos usuários do SUS a todos os níveis de assistência oferecidos pelo Sistema. Desta forma, poderemos identificar as fragilidades e potencialidades das estratégias adotadas, favorecendo a estruturação de mecanismos inovadores de articulação que contribuam com o fortalecimento da gestão do SUS, no que diz respeito à integralidade.

O objetivo desse projeto é avaliar as estratégias de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção do sistema local de saúde. Para tanto, solicitamos a sua colaboração participando de uma entrevista que será gravada em gravador voz/som e abordará aspectos relativos às estratégias utilizadas para viabilizar o acesso a todos os serviços de saúde e as dificuldades e facilidades do processo de chegada ao serviço. Identificamos V.Sa. como um ator social importante neste processo e suas informações são de grande relevância para este estudo.

Ressaltamos que até o momento não foram encontrados, na literatura, riscos neste tipo de pesquisa. No entanto, vale enfatizar que pode haver riscos de constrangimento, que se justifica pelas valiosas contribuições que você pode trazer para melhorar o Sistema de Saúde da Região de Ribeirão Preto, bem como difundir as potencialidades já existentes no Sistema.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer momento e sobre qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a aceitação ou recusa em participar não irá interferir no seu atendimento ou da sua família em qualquer que seja o serviço de saúde.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa e os

resultados serão oportunamente divulgados em instâncias do SUS, congressos e espaços acadêmico-científico, sempre preservando o anonimato, ou seja, você não será identificado(a) em nenhum tipo de publicação/divulgação que possa resultar deste estudo.

Uma cópia deste documento será arquivada no Curso de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será entregue a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento sobre os aspectos éticos desta pesquisa, entre em contato com a coordenação (Professor Oswaldo Y. Tanaka - (11) 3061-7743) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, situado na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Atenciosamente,

Oswaldo Y. Tanaka
Coordenador/orientador
oytanaka@usp.br

Keila Brito
pesquisadora
britokeila@hotmail.com

Apêndice 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos e dos procedimentos (entrevista gravada) que serão utilizados para realização da pesquisa intitulada “estratégias de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção do sistema local de saúde: uma avaliação na perspectiva da integralidade” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações em relação aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa e desistir de participar do estudo, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo à minha pessoa. O professor orientador Oswaldo Yoshimi Tanaka certificará de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante Keila Silene de Brito e Silva, o professor orientador Oswaldo Yoshimi Tanaka no telefone (11) 3061-7743 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Declaro, portanto, que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido bem como o Termo de Responsabilidade assinado pela estudante Keila Silene de Brito e Silva e pelo professor orientador Oswaldo Yoshimi Tanaka, me permitindo ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------