

Keila Brito-Silva^I

Adriana Falangola Benjamin
Bezerra^{II}

Lucieli Dias Pedreschi Chaves^{III}

Oswaldo Yoshimi Tanaka^{IV}

Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso

Integrality in cervical cancer care: evaluation of access

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar integralidade na dimensão do acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero.

MÉTODOS: A condição traçadora foi analisada utilizando metodologia quanti-qualitativa. A abordagem quantitativa foi feita com base em dados secundários analisando as citologias e biópsias realizadas entre 2008 e 2010 em mulheres de 25 a 59 anos em município de grande porte populacional e com tecnologia disponível. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação em Saúde e no Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino Regional. Os testes estatísticos foram realizados no software PASW *statistic* 17.0. Na abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais e usuárias dos serviços. Para a análise de conteúdo dos dados primários foi utilizado o software NVivo 9.0.

RESULTADOS: Houve baixa cobertura do exame de Papanicolau, possivelmente devido à busca ativa insuficiente e à dificuldade de agendamento das consultas na atenção básica. O número de biópsias realizadas foi equivalente à quantidade de citologias alteradas, o que pode ser favorecido pelo fácil acesso a serviços especializados. A cobertura do exame foi maior entre mulheres mais jovens. Os diagnósticos mais graves, tanto de citologias quanto de biópsias, prevaleceram em mulheres com idade mais avançada.

CONCLUSÕES: A cobertura insuficiente da citologia oncótica associada ao relato dos entrevistados permite compreender as dificuldades de acesso na atenção primária, bem como a fragilidade na busca ativa de casos.

DESCRITORES: Neoplasias do Colo do Útero, prevenção & controle. Serviços de Saúde da Mulher. Integralidade em Saúde Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

^I Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

^{III} Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Keila Silene de Brito e Silva
Rua Major Nereu Guerra, 87/202 Casa
Amarela
52070-300 Recife, PE, Brasil
E-mail: britokeila@hotmail.com

Recebido: 25/3/2013
Aprovado: 9/12/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate integrity of access to uterine cervical cancer prevention, diagnosis and treatment services.

METHODS: The tracer condition was analyzed using a mixed quantitative and qualitative approach. The quantitative approach was based on secondary data from the analysis of cytology and biopsy exams performed between 2008 and 2010 on 25 to 59 year-old women in a municipality with a large population and with the necessary technological resources. Data were obtained from the Health Information System and the Regional Cervical Cancer Information System. Statistical analysis was performed using PASW statistic 17.0 software. The qualitative approach involved semi-structured interviews with service managers, health care professionals and users. NVivo 9.0 software was used for the content analysis of the primary data.

RESULTS: Pap smear coverage was low, possible due to insufficient screening and the difficulty of making appointments in primary care. The numbers of biopsies conducted are similar to those of abnormal cytologies, reflecting easy access to the specialized services. There was higher coverage among younger women. More serious diagnoses, for both cytologies and biopsies, were more prevalent in older women.

CONCLUSIONS: Insufficient coverage of cytologies, reported by the interviewees allows us to understand access difficulties in primary care, as well as the fragility of screening strategies.

DESCRIPTORS: Uterine Cervical Neoplasms, prevention & control. Women's Health Services. Integrality in Health. Health Care Quality, Access, and Evaluation.

INTRODUÇÃO

Acompanhando a tendência mundial, os tipos de câncer entre mulheres mais recorrentes no Brasil são os de mama e de colo do útero (CCU). Conforme projeções do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde,¹⁹ o CCU é responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Quando comparado aos países mais desenvolvidos, sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos. Ao mesmo tempo, é um dos tipos de câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O alto potencial de prevenção e cura se justifica pela evolução lenta da doença, com etapas bem definidas e facilidade de detectar precocemente as alterações, viabilizando diagnóstico rápido e tratamento eficaz.

A efetividade da detecção precoce do CCU, por meio do exame Papanicolau, associado ao tratamento da lesão intraepitelial, pode reduzir em 90,0% a incidência desse tipo de câncer, impactando significativamente na diminuição das taxas de morbimortalidade.¹⁶ Entretanto, essa redução depende do padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80,0% da população alvo

(25 a 59 anos), segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS).²⁸ Programas de rastreamento eficazes podem auxiliar na redução das taxas de incidência e, conseqüentemente, de mortalidade por CCU.¹⁷

Apesar da melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, esta ainda é considerada insuficiente para reduzir a mortalidade por CCU no País.¹⁶ Ademais, a qualidade dos exames e o estadiamento nos quais os casos são diagnosticados são outros fatores que podem influenciar esse cenário.²⁴

O diagnóstico tardio dificulta o acesso aos serviços e revela, sobretudo, carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos fora das grandes capitais.¹⁶ Outros aspectos que podem contribuir para o diagnóstico tardio são: a baixa capacitação profissional na atenção oncológica, a incapacidade das unidades de saúde em absorver a demanda e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo nos diversos níveis assistenciais.²⁰

O acesso da população aos diferentes níveis assistenciais é um dos sentidos atribuídos à integralidade. Embora o

acesso universal, garantido constitucionalmente, tenha derrubado barreiras formais, dificuldades no acesso e na continuidade da atenção permanecem,¹⁵ tanto na atenção básica quanto nos serviços especializados.^{9,26}

Buscando combater a doença de maneira efetiva, o Programa Nacional de Controle do CCU no Brasil prevê o acesso aos diferentes serviços para enfrentar cada fase da doença. A detecção precoce (rastreamento) do CCU em mulheres assintomáticas é a iniciativa primordial do citado programa, sendo essencial: a definição da população-alvo, método e intervalo de rastreamento; meta de cobertura; infraestrutura nos três níveis assistenciais e garantia da qualidade das ações.¹⁸

O desenvolvimento de estudos avaliativos acerca da integralidade no cuidado ao CCU pode favorecer a identificação desse contexto, possibilitando identificar pontos de estrangulamento nos distintos níveis de atenção.

Utilizar condições marcadoras, também entendidas como traçadoras, é uma das estratégias indicadas no desenvolvimento de pesquisas avaliativas.^{13,23} O uso dessa técnica facilita a definição dos focos e permite abranger múltiplos pontos de atenção envolvidos na integração dos serviços.¹²

O CCU é condição apontada como traçadora^{4,13,16} por ser uma enfermidade que atende a requisitos essenciais: evento prevalente, com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente; existência de programa nacional consolidado, envolvendo todos os níveis assistenciais; doença de evolução lenta e tratamento eficaz.

Considerando que a integralidade abrange diferentes dimensões,⁶ o objetivo deste estudo foi avaliar a integralidade na dimensão do acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi desenvolvida pesquisa avaliativa com base no método misto sequencial. Foram utilizados dados quantitativos e, posteriormente, dados qualitativos. Tal combinação visa possibilitar melhor entendimento do problema de pesquisa por convergir tendências numéricas da abordagem quantitativa e detalhes da qualitativa.⁸

A tipologia escolhida foi o estudo de caso. O local estudado está entre as cidades brasileiras com maior número de estabelecimentos de saúde cadastrados e disponibilidade de profissionais, sendo o maior centro de referência em saúde do nordeste paulista. Este corresponde a um caso significativo²⁹ pela sua abrangência e capacidade de oferta do cuidado ao CCU, bem como seu processo histórico e político de investimento e avanço na estruturação do SUS local. Considerando tais particularidades, o local foi denominado no presente estudo como município-chave.

Apesar da oferta de serviços de saúde, assim como em outros grandes centros urbanos, o local estudado apresenta limitações quanto a qualidade e capacidade de resposta nos diferentes níveis de atenção.²⁶ Ainda que conte com equipamentos de saúde em quantidade suficiente para viabilizar a integralidade da atenção no cuidado ao CCU, o local de estudo reflete a realidade brasileira no que concerne à mortalidade por esse tipo de câncer, com taxa de 4,5 óbitos para cada 100 mil mulheres, em 2008.

O foco do estudo foi identificar os estrangulamentos funcionais no processo de prevenção, diagnóstico e tratamento ao CCU, tendo como parâmetro a capacidade de oferta local de serviços nos distintos níveis de complexidade tecnológica na busca da integralidade do cuidado.

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

1. é insuficiente a cobertura de Papanicolau no município-chave;
2. existe dificuldade no acesso aos níveis de maior densidade tecnológica (biópsia e tratamento).

Para investigar tais hipóteses, foram estudados distintos níveis assistenciais visando conhecer quantitativamente a capacidade de acesso das mulheres aos diferentes serviços, bem como sua resolatividade.

Os dados trabalhados foram levantados mediante o acesso ao Hygiaweb e Siscolo regional. O Hygia é o sistema de informação oficial da Secretaria de Saúde do município-chave onde são registrados os procedimentos realizados nas unidades de saúde sob gestão municipal. Os dados foram gerados em planilhas do Excel, permitindo o levantamento de informações dos exames citopatológicos, diagnósticos e possíveis encaminhamentos realizados em mulheres de 25 a 59 anos e registrados no sistema entre janeiro de 2008 e junho de 2010.

Para complementar os dados obtidos no Hygia, foi acessada a base de dados do XIII Departamento Regional de Saúde 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 município-chave. Os dados disponíveis na esfera estadual e municipal foram organizados em um único banco, permitindo visualizar em uma única base de dados os procedimentos que abrangem o sistema de saúde local.

Os dados secundários foram analisados utilizando o software PASW statistic 17.0 para distribuição de frequências e análise das variáveis envolvidas no estudo.

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

dos exames, faixa etária, tipo de alteração (diagnóstico), tipo de gestão dos serviços (estadual/municipal).

Partindo dessas variáveis, foram identificadas a cobertura de citologias no município-chave 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 identificada a insuficiência de registros junto ao sistema de informação em saúde local.

Para a abordagem qualitativa foram escolhidos os dois distritos de saúde (DS 3 e DS 4) que mais realizaram exames citológicos durante o período estudado, por refletirem maior possibilidade de oferta e, consequentemente, maior cobertura das atividades para a atenção à condição traçadora. Os informantes-chave selecionados foram: profissionais da atenção básica e/ou especializada envolvidos em ações de promoção, prevenção, diagnóstico e/ou tratamento de mulheres com CCU; usuárias de 25 a 59 anos, cadastradas na unidade básica de saúde e que necessitaram de encaminhamento para outros níveis de atenção decorrente de alterações no exame citológico. Além dos profissionais envolvidos diretamente na atenção, foram entrevistados os representantes da gestão municipal com atribuições identificadas como relevantes nas demais entrevistas.

Foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com dez profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção do sistema, dez usuárias e dois representantes da gestão. Os dados primários foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo.¹¹ A categorização dos dados foi realizada utilizando o software NVivo 9.0.

Ainda que os achados qualitativos tenham contemplado diferentes dimensões da integralidade, os resultados aqui apresentados referem-se, exclusivamente, à dimensão do acesso, dialogando com os achados quantitativos da pesquisa.

Nesse sentido, as categorias apresentadas são: acesso com brevidade para serviços especializados, dificuldade no agendamento das consultas e atenção baseada na demanda espontânea na atenção básica.

Visando garantir a confidencialidade dos participantes foram criados nomes fictícios. As usuárias receberam “Maria” como primeiro nome e aos representantes da gestão e profissionais foram atribuídos nomes relacionados à atividade da tecelagem.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevenção do câncer do colo do útero

Considerando que a população feminina com idade entre 25 e 59 anos no município-chave corresponde a um total de 146.868 mulheres e à realização anual de

cerca de 30 mil citologias nos serviços do SUS para essa população, tem-se uma cobertura de, aproximadamente, 20,0% ao ano, conforme observado na Figura 1.

A cobertura de Papanicolau obtida no município-chave é, portanto, inferior ao recomendado pela OMS (80,0%) para obter um impacto significativo na morbimortalidade por esse tipo de câncer.²⁸ Contudo, a cobertura observada no município-chave supera o realizado na maioria dos estados brasileiros, os quais apresentaram cobertura abaixo de 20,0% de 2008 a 2009 entre mulheres de mesma faixa etária.¹⁹

O rastreamento por meio do Papanicolau é a abordagem considerada mais efetiva para o controle do CCU. Estudos epidemiológicos mostram risco elevado no desenvolvimento dessa doença entre mulheres que nunca realizaram o exame e um aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último Papanicolau.^{10,14}

Hipóteses podem ser elencadas acerca da baixa cobertura no município-chave, entre as quais estão: subnotificação dos exames realizados, percentual de mulheres realizando o procedimento em serviços privados, oferta insuficiente de serviços/recursos humanos, dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica e/ou busca ativa insuficiente.

Especificamente em relação à possibilidade de utilização de serviços privados não conveniados ao SUS, constatou-se nas entrevistas que muitas usuárias utilizam outros meios de acesso aos serviços de saúde além do SUS, a exemplo dos planos de saúde.

Além dessas hipóteses, são considerados também os achados de Brenna et al⁵ acerca dos fatores associados à baixa adesão de mulheres ao exame Papanicolau que incluem: desmotivação, 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 atenção básica e a busca ativa insuficiente foram relatadas nas entrevistas.

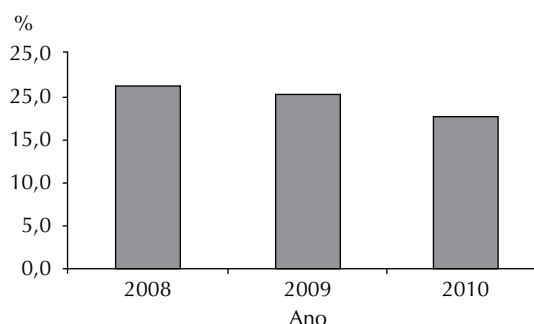


Figura 1. Cobertura anual de exames citológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos. Município-chave, SP, 2008-2010.

“É um dia só que se marca consulta no posto. 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)

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

“A partir do momento que tomou essa postura de ponto digital, eu diminuí 30,0% meu atendimento (...). Hoje em dia eu não encaixo. Encaixo só urgência. Faltou? Não é problema meu”. (Tecido)

A partir das entrevistas, pode-se afirmar que a dificuldade no acesso à atenção básica relaciona-se, sobretudo, à baixa flexibilidade no agendamento de consultas. São restrições colocadas pela dinâmica do atendimento e sua burocratização que contribuem para dificultar e desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, retardando a realização do Papanicolau, como observado na Figura 1.

Há diferentes estudos que apontam uma realidade semelhante à observada no município-chave. Andrade et al² (2007) indicam situações críticas de acesso à unidade de saúde da família em município baiano, onde a chegada na unidade de saúde, de madrugada e sem garantia de atendimento, era prática comum. Cunha & Vieira-da-Silva⁹ reforçam a dificuldade de acesso à atenção básica em cidades do Nordeste do País, tanto em unidades tradicionais quanto de saúde da família, enfatizando o processo de agendamento de consulta como importante obstáculo para utilização do serviço.

Falas como a de *Tecido* e o relato de *Algodão* retratam o descaso do profissional que se coloca numa posição de espectador, sem se responsabilizar pela situação e ignorando o direito das usuárias.

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

“Fazia uns 20 anos que eu não fazia (*sic*) [Papanicolau] (...). Ninguém nunca me procurou. Fiz agora porque resolvi me cuidar”. (Maria de Nazaré)

“A nossa unidade é muito passiva. Ela espera as pessoas chegarem (...) a gente atende quem chega e não tem ideia de quem tá precisando”. (Fibra)

“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.²⁷

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.³

No tipo espontâneo, o teste de rastreamento não é aplicado de forma sistemática na rotina dos serviços de saúde, restringindo-se à população que busca ocasionalmente os serviços de saúde por diferentes razões, não desenvolvendo ações para busca ativa de casos, resultando em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos.²⁷

A organização baseada na demanda espontânea é característica básica do modelo assistencial privatista, tradicionalmente encontrado nos serviços de saúde no País.

Em relação à prevenção do CCU, diferentes estudos^{21,25} mostram que a realização do exame de Papanicolau está associada, predominantemente, à busca espontânea das mulheres, reafirmando os relatos das entrevistadas apresentados e resultando em situações como a de Maria de Nazaré, que refere ter ficado mais de 20 anos sem realizar o exame.

Vale et al²⁵ ressaltam a relação entre atenção baseada na demanda espontânea e baixa cobertura de exames. A maior frequência de eventos em mulheres mais jovens, como gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais e tratamento de leucorreias, influencia que elas busquem mais os ginecologistas que as de maior idade.¹ Assim, a cobertura, além de insuficiente, concentra-se nas mulheres mais jovens, não alcançando mulheres de 50 a 60 anos, grupo com maior risco para o câncer. A prática da busca ativa de casos, associada ao monitoramento da realização dos exames, são ações que podem favorecer o aumento da cobertura do Papanicolau, especialmente entre as mulheres acima de 50 anos.

Como pode ser observado na Figura 2, houve tendência decrescente na cobertura, de acordo com a faixa etária no município-chave. A partir dos 40 anos, a cobertura não atingiu 15,0%.

A reduzida busca de mulheres, com idade entre 40 e 59 anos, por consultas ginecológicas resulta em uma baixa

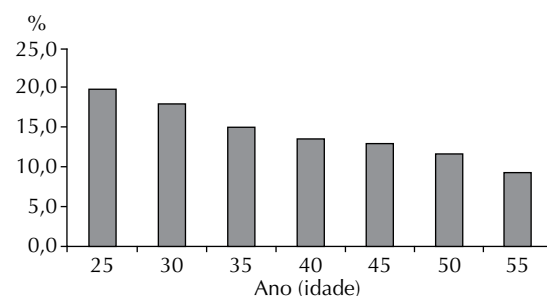


Figura 2. Citologias realizadas por faixa etária entre mulheres de 25 a 59 anos. Município-chave, SP, 2008-2010.

frequência de realização do Papanicolau e, consequentemente, em diagnósticos mais graves do que observado em mulheres mais jovens. A concentração de exames citopatológicos em mulheres com idade inferior a 35 anos é uma realidade comumente observada no Brasil.

Amorim et al¹ consideram fundamental aproveitar a demanda de mulheres mais velhas por serviços de saúde em decorrência de outros agravos para realizarem o Papanicolau. Parada et al²¹ sugerem a reorganização da recepção nas unidades básicas de saúde mediante 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, buscando ampliar e facilitar o acesso das mulheres a esses serviços.

A urgência em captar usuárias com mais de 50 anos de idade pode ser observada na Figura 3, que apresenta a predominância de alterações malignas entre mulheres acima de 50 anos. As alterações malignas (adenocarcinoma, carcinoma) foram diagnosticadas, principalmente, em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, enquanto as alterações benignas e as pré-malignas foram concentradas entre as mulheres mais jovens (25-39 anos) (Figura 3).

Ribeiro et al²² identificaram em mulheres de 46 a 74 anos que o exame ginecológico é visto por muitas como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável. Essa perspectiva, segundo essas autoras, se justifica por elas fazerem parte de uma geração que sofreu repressão sexual intensamente, além de experiências negativas durante exames ginecológicos efetuados

sem esclarecimento, de forma fria e descuidada, contribuindo, significativamente, para a resistência dessas mulheres na busca do autocuidado.

Incorporar orientação sobre o papel do exame preventivo na atenção às mulheres no climatério pela equipe de saúde é fundamental para incentivar sua realização, contribuindo para reduzir a incidência e mortalidade nessa população.

Diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero

Para os diagnósticos obtidos nos exames de Papanicolau, o Ministério da Saúde²⁰ preconiza as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas devem seguir a rotina de rastreamento citológico (anual); para alterações pré-malignas recomenda-se a repetição da citologia em seis meses; para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada e, apresentando lesão na colposcopia, recomenda-se a biópsia.

Nesse sentido, buscou-se identificar existência de cobertura equivalente entre o número de biópsias realizadas e o número de exames Papanicolau alterados que demandavam sua realização, por ano e faixa etária.

Na Figura 4 observa-se um número de biópsias equivalente aos exames citológicos que apresentaram alteração. O ano de 2008 apresentou menor equivalência; entretanto, foi de aproximadamente 80,0%. Os anos de 2009 e 2010 apresentaram equivalência de 116,7% e 119,3%, respectivamente. Esse achado pode ser justificado tanto pelo encaminhamento inadequado de casos que não necessitariam da biópsia, como referido em

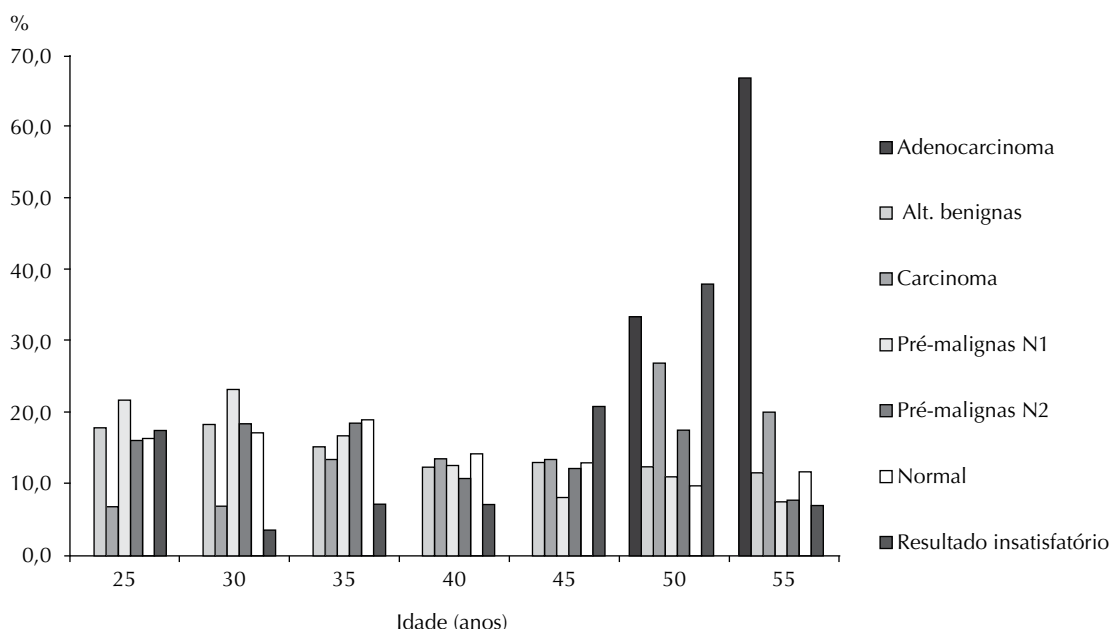


Figura 3. Diagnóstico de citologias realizadas por faixa etária. Município-chave, SP, 2008-2010.

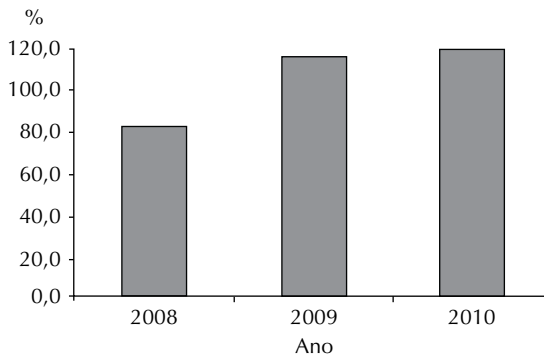


Figura 4. Cobertura de biópsias por citologias alteradas. Município-chave, SP, 2008-2010.

entrevistas por profissionais do serviço especializado, quanto pelo encaminhamento de mulheres que realizaram o Papanicolau no setor privado e foram encaminhadas para realizar a biópsia no serviço público.

“Observo que os colegas têm dificuldade de seguir o fluxo que o próprio Ministério orienta. Por exemplo, ao chegar uma citologia NIC 1, eles imediatamente encaminham essa paciente, quando deveriam repetir o exame em seis meses (...). No meu ambulatório, cerca de 50,0% são encaminhamentos inadequados”. (Navete)

Os dados qualitativos confirmam que os casos que necessitam de biópsia são referenciados a serviços especializados. Observa-se no relato dos entrevistados que o acesso à média complexidade ocorre brevemente, o que pode favorecer o resultado obtido.

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: o período entre agendamento da consulta e resultado é de 15 a 20 dias.

“Não demorou não. Era bem rápido. Coisa de 20 dias”. (Maria da Conceição)

“É em torno de uma semana, no máximo. A própria UBS (unidade básica de saúde) liga e agenda. Em uma semana o paciente tá com consulta agendada”. (Aguilha)

Não foi possível obter informações quantitativas sobre tratamento das usuárias. De acordo com dados do Sistema de Informação do CCU,^a o município-chave não tem registro de seguimento de 99,98% dos casos, como proposto pelo Siscolo. Entretanto, a abordagem qualitativa identificou questões como a viabilização do acesso ao nível terciário que ocorre em um intervalo curto de tempo:

“Ah! Lá foi muito rápido. Na mesma semana fui encaminhada”. (Maria das Graças)

“Quando precisa encaminhar pro HU, em torno de 15, 20 dias, já tá com consulta agendada pra iniciar o tratamento”. (Aguilha)

“Não tem dificuldade de agendamento no HU para casos de câncer de colo. Isso não existe”. (Tear)

O acesso facilitado aos níveis secundário e terciário de atenção não é uma realidade comumente observada no País. Segundo Parada et al,²¹ a garantia de ações adequadas para diagnóstico e tratamento do CCU é um ponto crítico para a organização da linha de cuidado.

Cecílio & Merhy⁷ 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 município-chave justifica-se pela priorização do encaminhamento imediato das usuárias aos serviços de referência quando necessário. A facilidade do acesso a serviços especializados caracteriza um investimento relevante na prevenção secundária e terciária do CCU.

A utilização do CCU como traçadora para avaliar a integralidade na dimensão do acesso permitiu conhecer as principais fragilidades e potencialidades dos diferentes níveis assistenciais para o cuidado dessa enfermidade.

A cobertura ainda insuficiente da citologia oncológica, principalmente para as mulheres em idade avançada, reflete problemas no acesso à atenção básica por parte das usuárias e fragilidade na busca ativa de casos.

O nível secundário não apresenta problemas no acesso, contemplando um número de mulheres superior ao esperado. Por outro lado, retrata, além do encaminhamento de casos do setor privado, a possível insegurança do profissional diante dos resultados obtidos no Papanicolau, fazendo-o encaminhar casos nem sempre suspeitos à biópsia.

Quanto ao seguimento dos casos positivos para tratamento, encontramos problemas no registro dos dados, impedindo uma avaliação quantitativa do acesso a esse nível de atenção. A limitação encontrada nos sistemas de informação em saúde consultados retrata um problema comumente enfrentado pelos pesquisadores que trabalham com dados secundários obtidos por meio dessa ferramenta.

^a Ministério da Saúde, DATASUS. Siscolo - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. [citado 2011 nov 5]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>

Difícilmente os sistemas de informação em saúde são consultados para o planejamento e avaliação das ações, sendo subutilizado como instrumento de tomada de decisão. A subutilização desses sistemas resulta em dados frequentemente alimentados de modo incompleto, pouco fidedigno e desatualizado, dificultando o seu uso tanto em estudos científicos quanto na prática da gestão. Na medida em que a gestão compreender a utilidade desses dados na tomada de decisão, ocorrerá uma melhoria paulatina no seu registro.

REFERÊNCIAS

1. 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. DOI:10.1590/S0102-311X2006001100007
2. Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Rev APS*. 2007;10(2):106-15.
3. Bastos EA. Estimativa da efetividade do programa de rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011
4. Bottari CMS, Vasconcelos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Supl 1):S111-22. DOI:10.1590/S0102-311X2008001300016
5. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):909-14. DOI:10.1590/S0102-311X2001000400024
6. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(40):249-60. DOI:10.1590/S1414-32832012005000014
7. Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003. p.197-210.
8. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
9. 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 Saude Publica*. 2010;26(4):725-37. DOI:10.1590/S0102-311X2010000400015
10. 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 as screening strategies in a region at high risk of cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12(9):815-23.
11. Flick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
12. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2):S331-6. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800026
13. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973;288(4):189-94. DOI:10.1056/NEJM197301252880406
14. 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. DOI:10.1590/S0100-72032005000800009
15. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1411-6. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500037
16. 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. DOI:10.1590/S0100-72032008000500007
17. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010 [citado 2011 jul 12]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_DARAO_uterio.pdf
18. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010 [citado 2011 jul 12]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_DARAO_uterio.pdf
19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [citado 2011 jul 12]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>
20. 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*. 2006;42(5):351-73. DOI:10.1590/S1676-24442006000500008

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo atendem à expectativa de avaliar a integralidade na dimensão do acesso na atenção ao CCU. Identificar os pontos de estrangulamentos no SUS favorece a tomada de decisão pelos gestores visando à melhoria da qualidade na atenção ao CCU, bem como a outros problemas de saúde da população. Entretanto, para que haja avanços na integralidade do SUS, há necessidade de exploração complementar dessa dinâmica da atenção.

21. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, et al. 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.
22. Ribeiro MGM, Santos SMR, Teixeira MTB. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. *Rev Bras Cancerol*. 2011;57(4):483-91.
23. 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 Saude Mater Infant*. 2008;8(3):325-32. DOI:10.1590/S1519-38292008000300012
24. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(5):216-8. DOI:10.1590/S0100-72032008000500002
25. 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 Saude Publica*. 2010;26(2):383-90. DOI:10.1590/S0102-311X2010000200017
26. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):577-606. DOI:10.1590/S1413-81232006000300009
27. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Geneva; 2007 [citado 2012 set 6]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>
28. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva; 2002.
29. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Artigo baseado na tese de doutorado de Brito-Silva KS, intitulada: "Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto", apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2013.

A autora foi bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) durante o doutorado e teve bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) durante o período do doutorado Sandwich no Exterior (SWE – Processo 200741/2011-0).

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 2009/08844-8).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.