

Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR¹.

Analysis of the attention network to the cervical cancer from the trajectory of users in the Federal District-BR

Análisis de la red de atención al cáncer de cuello uterino a partir de la trayectoria de usuarias en el Distrito Federal-BR

Leila Bernarda Donato Göttems²

Naianny Rosa Calaça dos Santos³

Sirléia Ferreira de Oliveira Souza⁴

Teresa Christine Pereira Morais⁵

Jeíza Andrade Santana⁶

Maria Raquel Gomes Maia Pires⁷

¹ Artigo elaborado a partir do relatório da pesquisa que subsidiou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de egressas do curso de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília.

² Enfermeira Doutora em Administração. Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde e da Universidade Católica de Brasília. Endereço: QI 25, Lote 10, Edifício Residencial Park, Apto. 214, Guará II, Brasília-DF. CEP: 71.060.260. Email: leilad@ucb.br; leila.gottems@uol.com.br.

³ Enfermeira. Universidade Católica de Brasília-DF. naiannysantos@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Universidade Católica de Brasília-DF. sirleia2008@hotmail.com

⁵ Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Secretaria de Estado de Saúde do DF. Brasília-DF. E-mail: teresa.morais@uol.com.br

⁶ Médica, Especialista em Oncologia Ginecológica. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Brasília-DF.

⁷ Enfermeira, Pós Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília.

RESUMO

Trata-se de estudo sobre a rede de atenção ao câncer de colo uterino (CCU) no Distrito Federal (DF) a partir da trajetória de usuárias desses serviços. Objetivos: delinear o percurso assistencial das mulheres desde o aparecimento dos sintomas até a realização do tratamento; identificar os potenciais e limites da rede de atenção ao CCU no DF. Metodologia: realizaram-se 10 estudos de casos quanti-qualitativos a partir de narrativas individuais. Dados coletados foi por meio de entrevistas e análise dos prontuários, no ano de 2010. Resultados: as mulheres tem facilidade de acesso à rede básica, para consulta e colpo citológico, mas convivem com a diversidade nas condutas clínicas, demora no resultado do exame, barreiras no acesso às consultas de especialidades e exames de apoio diagnóstico, levando-as a recorrer à rede privada. Conclusões: há desarticulação entre os pontos de atenção, prejudicando a qualidade e continuidade do cuidado às mulheres com CCU. Descritores: Serviços de saúde, Saúde da Mulher, Neoplasias uterinas.

ABSTRACT

This study deals with the attention network to the cervical cancer (CC) in the Federal District (DF) from the trajectory of users of these services. Objectives: to delineate the pathway of care for women from the onset of symptoms until the completion of treatment; identify the potential and limits of the attention network to the CC in the DF. Methodology: ten qualitative and quantitative case studies were held from individual narratives. Data was collected through interviews and analysis of medical records, in 2010. Results: women have easy access to the basic health network, for consultation and colpo-cytological, but they live with the diversity of medical conducts, delayed test results, barriers in the access to the specialty consultations and examinations that support a diagnosis, leading them to have recourse to the private network. Conclusions: there is disconnection between the attention points, jeopardizing the quality and continuity of care for women with CC. Describers: Health services, Women's health, Uterine neoplasm.

RESUMEN

Se trata de estudio sobre la red de atención al cáncer de cuello uterino (CCU) en el Distrito Federal (DF) a partir de la trayectoria de usuarias de esos servicios. Objetivos: delinear el camino asistencial de las mujeres desde la aparición de los síntomas hasta la realización del tratamiento; identificar los potenciales y límites de la red de atención al CCU en el DF. Metodología: Se llevaron a cabo 10 estudios de casos cualitativos y cuantitativos a partir de narrativas individuales. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas y análisis de los registros médicos, en el año de 2010. Resultados: las mujeres tienen facilidad de acceso a la red básica, para consulta y exámenes colpocitológicos, pero conviven con la diversidad en las conductas clínicas, retrasos en el resultado del examen, barreras en el acceso a la consultas de especialidades y exámenes de apoyo diagnóstico, llevándolas a recurrir a la red privada. Conclusiones: hay desarticulación entre los puntos de atención, perjudicando la calidad y continuidad de la atención a las mujeres con CCU. Descriptores: Servicios de salud, Salud de la mujer, Neoplasias uterinas.

INTRODUÇÃO

Os carcinomas de colo do útero, também denominados cervicais, são neoplasias malignas que se originam no epitélio de revestimento da ectocérvix ou nas células epiteliais que revestem as glândulas da endocérvix. A faixa etária das mulheres mais acometidas se encontra entre 35 e 59 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência¹. Os fatores de risco

relacionados à oncogênese cervical são divididos em dois grandes grupos: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. Dentre os classificados no primeiro grupo, citam-se os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), a associação com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), os fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína p53), o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais²⁻³. No que se refere aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, destaca-se o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e renda, a multiparidade e a história de Doença Sexualmente Transmissível (DST)¹⁻³.

Em relação aos serviços de saúde para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero (CCU), estudos² tem apontado que alguns fatores que contribuem para a manutenção de altas taxas de incidência de CCU: dificuldades na acessibilidade geográfica, tais como custos com o transporte e a localização dos serviços; baixa resolubilidade dos serviços, destacando-se longos períodos de espera por atendimento ou agendamento de consulta, demora no diagnóstico e no tratamento³; indisponibilidade de recursos materiais e humanos, bem como o absenteísmo médico²⁻³. Há ainda aspectos sobre a relação entre o trabalhador de saúde e a usuária, salientando-se a falta de escuta por parte do profissional, o ocultamento de fatos importantes para o diagnóstico e tratamento pela mulher, dentre outros. Há ainda aspectos relacionados à vida das mulheres, especialmente a dificuldades para buscar o atendimento e a não adesão ao tratamento³.

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁴, de todas as mortes por câncer em mulheres brasileiras, 15% ocorrem devido ao câncer de CCU. Além disso mais de 70% das usuárias, quando diagnosticadas com CCU, por vezes na primeira consulta, estão em estágio avançado, limitando as possibilidades de tratamento. Em série histórica divulgada pelo Ministério da Saúde (MS), de 1979 a 2005, as taxas de mortalidade por câncer ajustadas por idade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos¹. Entre os determinantes para a manutenção da alta morbimortalidade pelo CCU no país figura a baixa cobertura por serviços⁵; o baixo nível de escolaridade da clientela, relacionado ao menor acesso aos exames preventivos¹; a baixa qualidade dos exames citopatológicos^{1,4,5-6}; ao estadiamento avançado, no qual as mulheres recebem o diagnóstico de câncer¹. Estes dados chamam a atenção tendo em vista que o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a detecção precoce deste agravo².

O Distrito Federal (DF) dispõe de ampla rede de serviços básicos com aproximadamente 30 unidades de atenção básica a saúde (centros de saúde, equipes de saúde da família, postos de saúde

urbanos e rurais) e 12 hospitais, dentre os quais 7 oferecem assistência oncológica a mulher, incluindo procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, em todos os níveis de complexidade⁷. Entretanto a taxa bruta estimada de CCU no DF para o ano 2012 é de 23,05/100 mil mulheres, aproximadamente 330 casos novos, abaixo somente da taxa estimada para câncer de mama, que foi de 61,26/100 mil mulheres⁴. Para os estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, estima-se taxa bruta de 24,19; 33,27 e 35,13, respectivamente.

Neste sentido, questiona-se quais são as potencialidades e limites da rede de atenção ao câncer de colo de útero no DF? Partiu-se do conceito de redes de atenção à saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, vinculadas entre si por uma missão única, objetivos comuns, cooperação, interdependência para a atenção contínua e integral a população, coordenada pela atenção primária a saúde⁸⁻⁹ (Brasil, 2010; Mendes, 2009). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos⁹ (Brasil, 2010).

Neste artigo, aborda-se a rede de serviços para atenção as mulheres com CCU em uma perspectiva de rede temática de atenção a saúde. A rede temática consistiria então na linha do cuidado voltada a prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de colo de útero, concebida como o percurso assistencial seguro e garantido as usuárias, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Neste artigo refere-se ao itinerário que as usuárias fazem por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede¹⁰.

Os objetivos do artigo são analisar a trajetória das mulheres com câncer do colo do útero (CCU) na rede de serviços de saúde do DF, por meio do Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção à Saúde, bem como identificar os potenciais e os limites da rede de atenção ao câncer de colo de útero da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

METODOLOGIA

Realizaram-se estudos de casos múltiplos¹¹ com abordagem quanti-qualitativa, com predomínio do enfoque qualitativo¹². O modelo de enfoque dominante em pesquisa possibilita que se realizem estudos com dados quantitativos e qualitativos, prevalecendo uma das perspectivas na pesquisa. Tem como vantagem o enriquecimento tanto da coleta de dados quanto da análise (pag. 18). Os procedimentos de coleta de dados podem ser sequenciais ou em etapas, concomitantes ou transformadores¹³ (pág. 33). Neste estudo levantaram-se os dados quantitativos e qualitativos de forma concomitante por meio de entrevistas e análise documental dos prontuários, utilizando-se apenas um instrumento de coleta (Anexo 1).

Privilegiou-se como técnica de coleta de dados, as entrevistas por meio de roteiro semiestruturado, nas quais as mulheres eram estimuladas a narrar a sua trajetória nos serviços de saúde, desde os primeiros sintomas até o diagnóstico e tratamento de CCU. Cada caso foi reconstituído na forma de uma narrativa, a fim de prover uma compreensão mais aprofundada do fenômeno em estudo, em uma perspectiva temporal. Isso se deve ao fato de que, para narrar suas histórias, os indivíduos se valem de uma série de referências presentes durante o seu percurso, com particularidades percebidas à luz de eventos específicos que se desenrolaram ao longo do processo¹⁴. A análise documental dos prontuários precedeu as entrevistas de forma a possibilitar maior domínio dos entrevistadores sobre a singularidade dos casos das mulheres, bem como complementar a definição do perfil das entrevistas.

Após a elaboração das narrativas, estas foram reconstruídas por meio do fluxograma analisador de modelos de atenção à saúde, de forma a deixar claro as formas de acesso a rede de atenção, os momentos de decisão individual e as condutas dos profissionais de saúde que influenciaram o percurso assistencial das dez mulheres entrevistadas, desde o aparecimento das queixas e procura por atendimento, até o tratamento cirúrgico.

Cada caso consistiu em um percurso assistencial e recebeu um codinome de pedras preciosas para assegurar o anonimato da usuária (Tabela 1). Em cada caso foi desenhado um fluxograma utilizando-se os formatos geométricos sugeridos por Merhy (1997)¹⁵ e Fracolli (1999)¹⁶. A partir desses desenhos identificaram-se as recorrências e as singularidades nas distintas trajetórias, elaborando-se fluxogramas sínteses. O fluxograma é um diagrama usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de desenhar certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção. Enquanto ferramenta analisadora, o fluxograma revela o modelo de atenção, os produtos, os resultados e os interesses efetivos que se impõem sobre a organização cotidiana dos diferentes serviços concretos.

Permite ainda a construção de uma representação gráfica do processo de atendimento ou de outros espaços onde ocorre a produção de serviços em saúde, elaborada de forma centrada no usuário.

Na elaboração dos fluxogramas, aplicaram-se os formatos geométricos, conforme o seu significado e foram acrescentados as formas tracejadas para melhor entendimento dos fluxogramas (Anexo 2). A elipse significa a entrada e a saída da usuária no serviço de saúde; o retângulo significa um momento de produção do processo de trabalho; o losango um momento de decisão no processo de trabalho que influencia o percurso assistencial; as setas ininterruptas indicam a direção do percurso assistencial¹²; o losango pontilhado indica o momento em que a usuária busca a rede privada para consulta e/ou exames.

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Oncologia Ginecológica do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), que atende a população do DF e de municípios vizinhos, para procedimentos de alta complexidade. Os critérios para a seleção dos casos foram: diagnóstico de CCU; realização de tratamento cirúrgico no HBDF; residir no DF há cinco anos ou mais. Os casos selecionados configuram um recorte propício para a compreensão da intersecção entre os pontos de atenção que compõe a rede de atenção ao CCU no DF.

Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2010. As entrevistas foram realizadas no domicílio e durante a internação hospitalar por estudantes do curso de graduação em enfermagem, coordenados e capacitados pela equipe técnica do projeto. A equipe técnica foi formada por uma médica e duas enfermeiras, sendo uma do HBDF e a outra, a pesquisadora responsável pelo projeto. As mulheres foram inicialmente identificadas no ambulatório do HBDF, e, mediante o aceite, agendava-se as visitas para entrevistas no domicílio. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tendo a duração média de duas horas.

O projeto foi financiado pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), após aprovação em Edital de Fomento a Projeto de Pesquisa Científica e ou Tecnológica nº 09/2010 (Processo nº 064.000.023/2010). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da SES-DF, conforme Parecer nº 122/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das mulheres participantes da pesquisa

Para a elaboração do perfil das mulheres participantes da pesquisa, utilizou-se estatística descritiva e simplificada, com quantificação em números absolutos e percentuais. Das 10 mulheres entrevistadas, predominou a faixa etária acima de 46 anos, média de idade de 45 anos e a baixa escolaridade. A maioria das entrevistadas vive em domicílios com menos de 6 pessoas e com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (SM). Em relação as informações sobre a vida sexual e reprodutiva, observou-se que 80% tiveram a menarca entre 12 e 14 anos, com uma média de idade de 13,3 anos. A atividade sexual iniciou-se antes dos 15 anos em 40% dos casos e antes dos 18 em 70% das entrevistadas. A maioria teve entre 3 e 5 parceiros sexuais e engravidou mais de 3 vezes, com média de 3,3 para ambas as informações. A maioria teve 3 a 4 partos, com um relato de aborto.

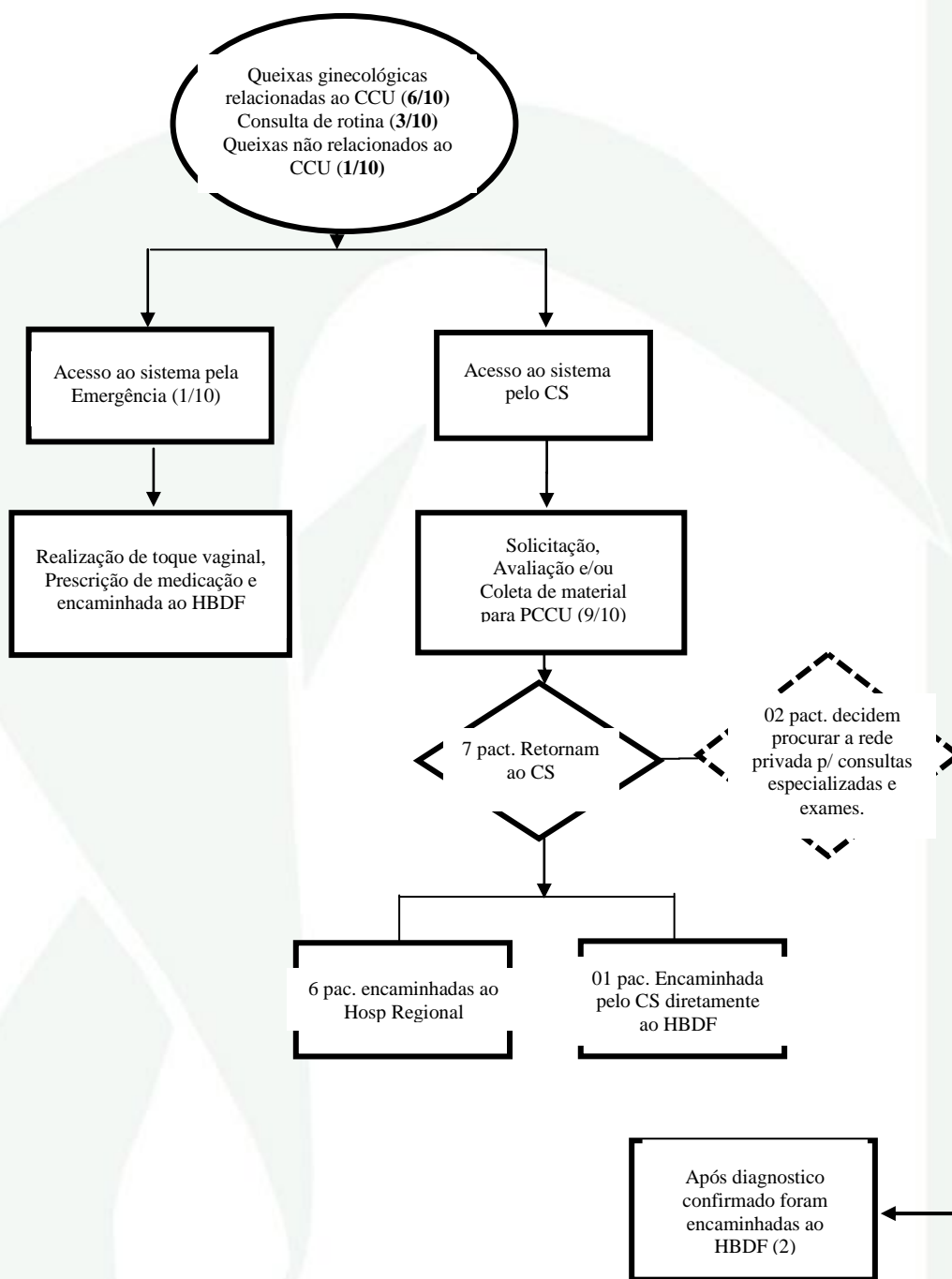
O perfil socioeconômico está coerente com outros estudos, predominando a baixa escolaridade e renda familiar, idade variada com crescente percentual de mulheres entre 25 e 45 anos acometidas com o CCU^{2,5,16}. A média de idade para o início das atividades sexuais e menarca, corrobora outros estudos que confirmam que o início sexual precoce predominante aumenta o risco de CCU pela imaturidade da cérvix uterina¹⁹. Estes dados, associados ao início precoce da atividade sexual permite afirmar que o perfil das entrevistadas caracteriza-se pela exposição aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos ao CCU^{2,16}.

Quanto ao exame para detecção precoce do CCU, quatro mulheres não lembravam a idade do primeiro exame e três tinham mais de 20 anos quando o fizeram - o que indica idade avançada, se comparada com o início da atividade sexual. Entre os motivos para a procura pelo exame de prevenção ao CCU, destaca-se a gestação, para a metade das entrevistadas. Apenas uma mulher alegou o início da atividade sexual como motivador para a realização a busca por atendimento. Em relação a frequência de realização do exame preventivo, cinco das entrevistadas informaram realizarem-no sem periodicidade, buscando-o quando do aparecimento de sintomas ginecológicos. Observou-se então, baixa adesão a rotina de realização do exame para detecção precoce do CCU semestral ou anual. Isto explica em parte, o diagnóstico tardio deste agravo à saúde, comprometendo o tratamento e o prognóstico^{2,18-19}.

As formas de acesso das mulheres a rede de serviços de atenção a saúde

As duas formas de ingresso das mulheres no sistema de saúde foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a emergência hospitalar dos hospitais regionais da SES-DF (Figura 1)

Figura 1 – Formas de acesso a rede de atenção a saúde da SES-DF



Observou-se que das dez mulheres entrevistadas nove procuraram a UBS, dentre as quais, seis tinham queixas ginecológicas. As demais ou foram para consulta ginecológica de rotina (3) ou por queixas não diretamente relacionadas ao CCU (Figura 1). Em relação as formas de acesso a rede de serviços, apenas uma das entrevistadas teve como porta de entrada a emergência hospitalar da rede pública, após várias tentativas de marcação de consulta na UBS (Rubi), sem sucesso, concomitante ao agravamento dos sintomas. Destas, sete retornaram a UBS e foram encaminhadas para pontos de atenção de maior complexidade. As duas mulheres que não retornaram a UBS

recorreram aos serviços privados em função da “*demora no recebimento do resultado do exame e agravamento dos sintomas*”(Rubi e Hematita). Observou-se que a procura pela rede privada para a realização de exames e/ou consulta especializada, bem como a entrada pela emergência hospitalar, encurta o percurso assistencial até o ponto de atenção de alta complexidade para tratamento do CCU.

A duas portas de entrada das mulheres – emergência e UBS – transformadas em percentuais, sinaliza que as UBS constituem-se, em 90% dos casos analisados, na porta de entrada para a rede de atenção a saúde no DF. Este dado contrasta com outros estudos que apontaram um percentual de 45%². Contudo, a rede de atenção à população feminina, no DF, apresenta gargalos relativos ao acesso a consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico, nos pontos de atenção de média complexidade, figurando entre os principais motivos que as levam a recorrer aos serviços privados de saúde. Problemas semelhantes foram evidenciados em estudo realizado com 20 mulheres portadoras de CCU em Pelotas/RS, apontando a fila para realização de exames pré-diagnósticos e demora na liberação dos resultados, principalmente a biópsia, como problemas predominantes que dificultam o acesso ao tratamento completo².

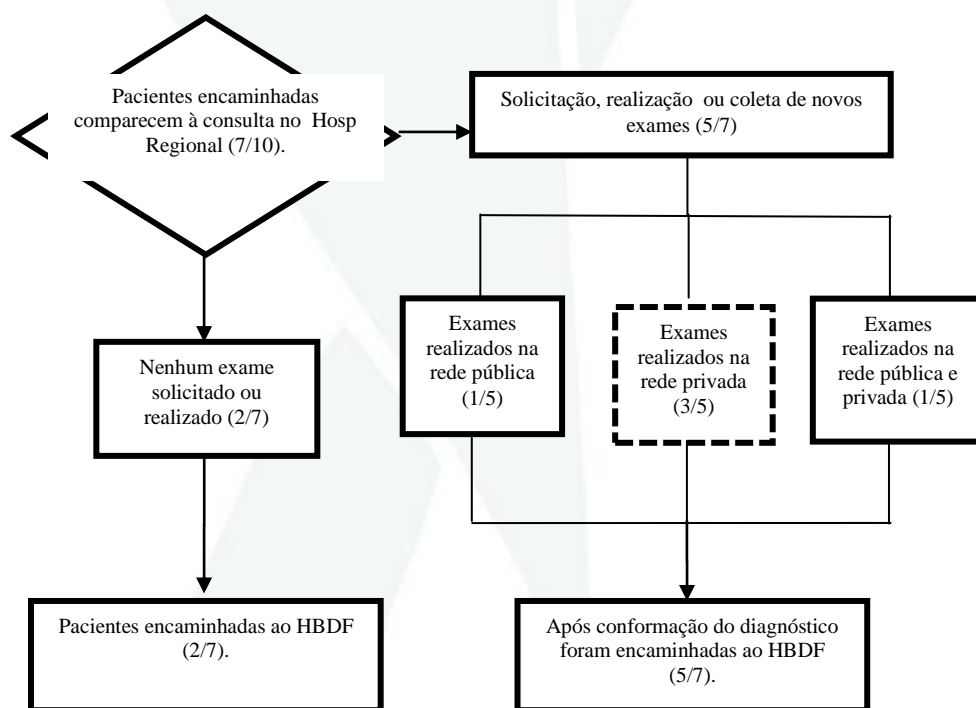
Em relação ao atendimento na UBS, é importante destacar, embora carente de maiores aprofundamentos, a existência de uma diversidade de condutas clínicas, destacando-se que queixas semelhantes tiveram procedimentos diferentes e orientações frágeis e/ou ausentes às mulheres. Evidencia-se a inexistência ou não adesão aos protocolos clínicos, recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado, possibilitando maior precisão e menor variabilidade⁸.

Este dado, agregado a falta de vínculo entre profissional de saúde e a usuária, relatado por todas as entrevistadas, pode ser um dos determinantes da baixa confiança na capacidade de resposta do serviço e na decisão das usuárias, de buscar outros pontos da atenção, simultaneamente. Questiona-se assim o princípio da integralidade na atenção a mulher. Este agravo possui etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, com conhecimento científico aprofundado sobre os fatores causais, formas de detecção e tratamento, principalmente nas lesões precursoras¹⁸⁻¹⁹. Esta característica indica que no atendimento a mulher, é necessário transformar as práticas privilegiando os aspectos relacionais e da clínica ampliada^{17, 20-21}, expressos em atos como o acolhimento, a escuta qualificada e a co-responsabilização pelo plano terapêutico singular²⁰⁻²¹, sem restringir-se aos aspectos procedimentais.

O controle do CCU envolve todos os níveis de atenção no seu cuidado. Entretanto a ênfase nas ações preventivas, de educação em saúde, detecção precoce por meio da colpocitologia e encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade é de responsabilidade da atenção básica. Mesmo após a cura, esta ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias, mantendo as ações de sua competência, e assim prevenindo recidivas¹⁷. Neste sentido, uma das potencialidades da rede de atenção à saúde da mulher da SES-DF está expressa na ampla oferta de serviços de atenção primária e na predominância da UBS como porta de entrada. Contudo não se observou neste estudo que a mulher esteja sendo acompanhada pelas UBS após o procedimento cirúrgico.

O fluxo das pacientes na rede de serviços de média complexidade – os hospitais regionais

Figura 2 – Fluxo das pacientes entre as UBS e os serviços de média complexidade



O termo fluxo refere-se à trajetória das mulheres pela rede de serviços públicos e privados de média complexidade, antes da chegada ao HBDF, sintetizadas nas Figuras 2 e 3.

Dificuldades no agendamento de consultas e/ou agendamento com datas distantes, nos hospitais regionais públicos do DF, foram citados por 5 das entrevistadas. Em resposta a estes limites no acesso aos serviços, as usuárias recorreram a outros hospitais da rede pública e/ou complementar em busca de uma data mais próxima, ou foram encaminhadas, pelos profissionais das

UBS, diretamente para o serviço de alta complexidade, como mecanismo para abreviar a “caminhada” nos casos mais graves.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico é reforçado aqui como ponto de estrangulamento da rede de serviços, tendo em vista que há uma diferença de tempo de entrega de resultados, entre a rede pública e a rede privada. Enquanto a primeira leva em média 60 dias para a entrega dos resultados, a segunda o faz em 8 dias, segundo informações das entrevistadas. Salienta-se a lacuna ocupada pela rede complementar no apoio diagnóstico e a baixa cobertura da rede pública, levando os próprios profissionais a indicarem este caminho para acelerar o tratamento.

Reitera-se a abordagem circunscrita a queixa-conduta-encaminhamento nos serviços de média complexidade, assim como foi observado nas UBS. Em dois dos casos a única conduta clínica do hospital regional foi o encaminhamento para o HBDF. Nos demais 5 casos as condutas incluíram a repetição da citologia oncológica (2), a realização de exames complementares como Ecografias, Colposcopia, Ressonância Magnética (RM) e Eletrocardiograma (ECG) entre outros (Figura 2). Ao encaminhar as usuárias para outro serviço os profissionais parecem transferir responsabilidade ao invés de compartilhá-la, acumular conhecimentos sobre o caso por meio da justaposição dos procedimentos investigativos e buscar conjuntamente um plano terapêutico adequado²⁰, estratégia que garantiria a continuidade assistencial e a co-responsabilização pelo caso. Assim, as mulheres são as responsáveis pela busca por atendimentos nos demais pontos de atenção, sem garantias de acesso.

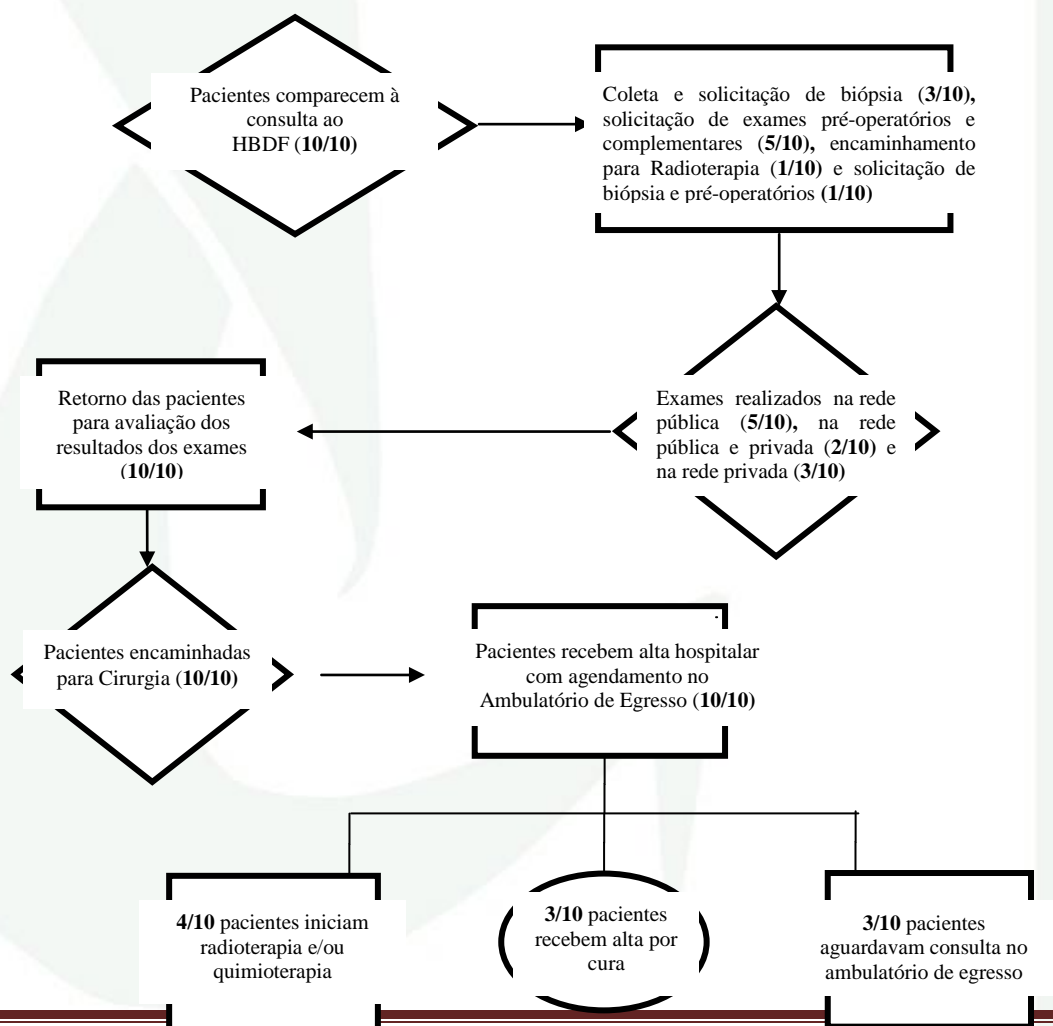
Neste sentido observa-se que a rede de serviços de atenção ao CCU no DF, não tem garantido o rápido e contínuo atendimento à mulher, na perspectiva das redes temáticas de atenção a saúde⁴. O acesso universal e a atenção integral e de qualidade ainda não estão contemplados no cotidiano dos serviços de saúde da SES-DF, mesmo com todo o amparo jurídico-legal dos princípios e diretrizes do SUS. Há lacunas na oferta de exames de apoio diagnóstico, bem como há desarticulação entre os pontos de atenção, não se observando troca de informações, interdependência e colaboração⁴. Além disso, a rede de serviços de atenção a saúde da mulher requer mais do que aportes logísticos, de insumos e equipamentos, próprios das tecnologias duras¹⁵ do trabalho em saúde. É fundamental que a reorganização dos serviços enfatize os aspectos relacionais, tendo a pessoa no centro do fazer em saúde, bem como a inter-relação e intercâmbio de informações entre as equipes e os serviços, sobre os casos em tela²⁰.

A trajetória no serviço de alta complexidade – o Hospital de Base do Distrito Federal

A trajetória no HBDF corresponde ao caminho percorrido pelas 10 entrevistadas, desde a chegada até a saída deste serviço, sintetizadas na Figura 3. Das 10 entrevistadas, 7 chegaram ao serviço de oncologia ginecológica encaminhadas por profissionais dos hospitais de média complexidade da rede pública. Entretanto tiveram percursos assistenciais diferenciados: 2 foram encaminhadas sem nenhum outro procedimento adicional àqueles já realizados no Centro de Saúde; outras 5 tiveram solicitações e/ou realizações de investigações clínicas adicionais. As outras 3 mulheres chegaram ao HBDF porque foram encaminhadas por hospitais da rede privada (2) ou diretamente da UBS (1), sem passagem por outro ponto de atenção.

O primeiro contato das mulheres na oncologia é caracterizado pela solicitação de novos exames para confirmar e esclarecer o diagnóstico e/ou para o preparo pré-operatório. A busca pela rede complementar para a realização destes procedimentos foi identificada em 5 dos 10 casos analisados, seja para todos os exames (3), seja para parte deles (2), reiterando os gargalos na oferta destes serviços.

Figura 3 – Fluxograma das mulheres da chegada até a saída do Hospital de Base do DF



Após o acesso ao HBDF, observou-se menor variação na conduta clínica, a depender de como a usuária chega a este ponto de atenção. Destaca-se que parte dos procedimentos que compõe a etapa preparatória para o tratamento cirúrgico poderiam ter sido realizados nos pontos de atenção anteriores ao HBDF, evidenciando a desarticulação e a inexistência de protocolos clínicos como dispositivos da organização da rede de serviços. O tratamento no HBDF variou entre cirurgia, cirurgia seguida de quimioterapia ou radioterapia, ou apenas radioterapia.

A trajetória das mulheres, mensurada em número de dias, desde a primeira consulta no HBDF, momento em que são realizados procedimentos de apoio diagnóstico, até a cirurgia, apresenta variação significativa. Se os exames forem realizados somente nos serviços públicos o tempo pode variar entre 19 e 91 dias (média de 59,3), se exclusivamente nos serviços privados a variação vai de 22 a 132 dias (média de 65,3), se em ambos, pode-se levar de 34 a 132 dias (média de 87,6 dias). Somente uma das entrevistadas teve uma trajetória de 132 dias desde a solicitação dos exames até a cirurgia, em função da demora na marcação da cirurgia, já que seus exames pré-operatórios ficaram prontos em 35 dias.

Tabela 1 - Tempo de duração em nº de dias, da trajetória das usuárias no HBDF, por local onde realizou exames pré-operatórios. Brasília-DF, 2010.

Paciente	Solicitação dos exames pré-operatórios até a cirurgia	Local de realização dos exames pré-operatórios
Rubi	132	Rede Pública e Privada
Turquesa	19	Rede Pública
Ametista	132	Rede Privada
Esmeralda	91	Rede Pública
Hematita	97	Rede Pública e Privada
Cornalina	138	Rede Pública
Safira	68	Rede Pública
Quartzo	22	Rede Privada
Sugilite	42	Rede Privada
Âmbar	34	Rede Pública e Privada
Média	77,5	

Observou-se ainda que quando a usuária realiza todos os exames pela rede pública ou todos pela rede privada, o tempo entre a solicitação de exames e a cirurgia é menor do que quando se utilizam em ambas. Disto denota-se que a procura pelas duas redes de atenção na intenção de acelerar o tratamento, não tem sido efetiva.

A necessidade de realização de exames de apoio diagnóstico na rede complementar ao SUS-DF por uma população de baixa renda, muitas vezes com indicação do próprio médico do setor público, a dificuldade no agendamento de consultas especializadas, a demora na entrega dos resultados na rede pública, bem como as condutas restritas a queixa-conduta, reforçam a segmentação e desarticulação na rede, comprometem a resolubilidade, e oferecem barreiras ao acesso das mulheres aos diferentes pontos de atenção. Além disso, refletem a forma como os segmentos público e privado se relacionam entre si: são produzidas ações isoladas, focalizadas e desarmônicas, realçando grandes desafios para a organização de serviços resolutivos, de qualidade e com garantia de acesso^{2, 5}.

As situações descritas neste estudo remetem aos grandes desafios no campo da gestão de sistemas de saúde: a dificuldade em ampliar a capacidade da atenção básica de resolver problemas de saúde mais frequentes, garantir o acesso e coordenar o cuidado dos usuários do seu território na atenção especializada; a organização e coordenação de redes efetivas de atenção à saúde; a transformação dos instrumentos de trabalho dos profissionais em direção a abordagens dialógicas centradas no usuário; a criação de arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes, nas organizações e na rede assistencial²⁰.

CONCLUSÕES

A análise dos casos permitiu constatar que a rede de atenção a saúde ao CCU no DF possui potencialidades relativas ao acesso a atenção primária a saúde e na alta complexidade da atenção que contrastam com lacunas na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico e consultas especializadas, típicos da média complexidade da atenção. Em relação à rede de atenção ao CCU, predomina a desarticulação entre os pontos de atenção e variação nas condutas clínicas nas UBS e nos serviços de média complexidade. Estas questões comprometem a atenção integral, contínua e resolutiva as mulheres, levando-as a longos périplos nos serviços públicos e a buscar a rede complementar para tratar dos seus sofrimentos.

A gestão e organização da rede de atenção às mulheres no DF, tem como desafio, superar a desarticulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, além da ampliação na

oferta de serviços de média complexidade. Além disso, no que se refere aos profissionais de saúde, há que se investir na adesão aos protocolos assistenciais para diminuir a diversidade de condutas que levam a utilização inadequada dos recursos, repetição de condutas nos diferentes serviços, com atraso no início do tratamento das mulheres. Além disso, é necessário promover estratégias de educação permanente dos profissionais, contemplando o desenvolvimento de habilidades para o uso de tecnologias relacionais efetivas, para o cuidado centrado na pessoa.

As limitações deste estudo relacionam-se a forma de acesso às informações, advindas principalmente das entrevistas com mulheres que tiveram longas trajetórias no sistema de saúde, por vezes com dificuldade de descrição ou de lembrança dos fatos. Agrega-se a baixa qualidade das informações disponíveis nos prontuários. Neste sentido, novos estudos sobre o tema são necessários para a produção de evidências que permitam a melhoria da organização dos serviços de forma a se constituírem em uma rede temática de atenção que garanta a qualidade e continuidade do cuidado às mulheres com CCU.

REFERÊNCIAS

1. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008; 17 (2): 120-131.
2. Oliveira MM. A prevenção do câncer de colo de útero no contexto da Estratégia Saúde da Família, da Área Básica da Distrital Oeste/Sumarezinho, no município de Ribeirão Preto [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
3. Pinho AA, França Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2003; 3(1): 95 -112.
4. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=DF>.
5. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008; 30(5): 216-218.
6. Vasconcelos CTM, Neto JAV, Castelo ARP, Medeiros FC, Pinheiro AKB. Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm* 2010; 44(2): 324-30.

7. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Saúde 2008-2011. Brasília-DF, 2011. <http://www.saude.df.gov.br> (acesso em 20/05/2011).
8. Mendes EV. As redes de atenção a saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 31 dez. 2010. Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 89.
10. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>
11. Soares MC. A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
12. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.
13. Sampieri RH. Metodologia de pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill; 2006
14. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.
15. Saraiva LAS. Métodos Narrativos de Pesquisa: uma aproximação. *Gestão Org.* 2007;119-134.
16. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
17. Fracolli LA. Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização do trabalho na rede básica de saúde de Marília [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
18. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PC, Pinheiro AKB. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev Esc Enferm* 2010; 44(4):912-20.
19. Pinheiro AKB. et al. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para o câncer de colo de útero. *J Bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2): 143-148.

20. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup 1:S111-S122.
21. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/10/08

Last received: 2012/02/24

Accepted: 2012/02/25

Publishing: 2012/05/10

Corresponding Address

Leila Bernarda Donato Göttems

QI 25, Lote 10, Edifício Residencial Park, Apto. 214, Guará II,
Brasília-DF. CEP: 71.060.260