

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

DEBORA LOUZADA CARVALHO

**A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO
CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO A PARTIR
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo no
Município do Rio de Janeiro – RJ**

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**

Niterói - RJ

Setembro de 2015

DEBORA LOUZADA CARVALHO

**A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO
CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO A PARTIR
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo no
Município do Rio de Janeiro – RJ**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Estudos Pós-graduados em
Política Social da Universidade Federal
Fluminense como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Política Social

**Orientadora:
Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna**

NITERÓI

SETEMBRO DE 2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

C331 Carvalho, Debora Louzada.

A organização dos serviços de atenção ao controle do câncer de colo de útero a partir da atenção primária à saúde: um estudo no Município do Rio de Janeiro – RJ / Debora Louzada Carvalho. – 2015.

136 f. ; il.

Orientadora: Mônica de Castro Maia Senna.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2015.

Bibliografia: f. 117-125.

1. Política de saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Oncologia. 4. Neoplasia do colo do útero. 5. Administração de serviços de saúde. I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.1098153

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

**A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO CONTROLE
DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO A PARTIR DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo no Município do Rio de Janeiro –
RJ**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Estudos Pós-graduados em
Política Social da Universidade Federal
Fluminense como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Política Social

Aprovada em:

Prof^a Dr^a Mônica Senna (Orientadora –UFF)

Prof^a Dr^a Vanessa Bezerra de Souza (UNIRIO)

Prof. Dr. Marcio Eduardo Brotto (PUC-Rio)

Niterói
SETEMBRO/ 2015

DEDICATÓRIA

*A meu filho, Inacio,
Amor maior não há*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, e acima de tudo, agradeço a Deus, por tudo e por todos nesta caminhada.

Agradeço a meu filho, Inacio, por mesmo sem entender, compreender as ausências da mamãe.

Agradeço a minha família, minha maior apoiadora, meus pais (Guilherme e Delza), irmãos (Geovana e Marco), cunhada (Daiana) e sobrinhos (Guilherme e Júlio César). Aos meus amigos, primos, tios e sogra por compreenderem a minha ausência em diversos momentos. E também a minha prima Rebeca, pelo suporte no inglês!

Agradeço ao meu marido, Júlio César, pelo incentivo desde o início do nosso namoro, a mais de uma década, a continuar meus estudos acadêmicos.

Agradeço a minha orientadora, Mônica Senna, pela oportunidade de trabalharmos juntas. O aprendizado foi grande. Espero que este seja o primeiro de muitos trabalhos em conjunto.

Agradeço a meus colegas e professores do Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social. As discussões em sala de aula foram extremamente produtivas e me ajudaram muito na elaboração desta dissertação. Em especial, Suyane, Roberta e Alessandra aquelas colegas que serão amigas para toda uma vida. Muito obrigada!

Agradeço a minhas colegas de trabalho, as assistentes sociais Andréa Carvalho, Cláudia Loivos, Tatiane Valéria, Silvia Ladeira, Fernanda Melo e Nair, pelo apoio nas horas mais necessárias; aos colegas de "outras categorias", mas parceiros sempre: Carla Costa, Mary Myrian, Ana Cláudia, Cláudia; e em especial minha ex-chefe de serviço Letícia Batista e a atual, Ana Cláudia Nogueira, por acreditarem e me incentivarem tanto neste mestrado.

Agradeço as amigas que deixei na Prefeitura do Rio de Janeiro, que mesmo distantes do cotidiano das ações, estão sempre presentes. Em especial a minha amiga Simone Pires, que esteve sempre perto e me ajudando tanto neste percurso.

Agradeço também a minha banca, Vanessa Bezerra e Márcio Brotto. Amigos e companheiros de trajetória profissional, sempre disponíveis em me apoiar.

E meus muitos agradecimentos a esta tarefa que finalmente chega ao fim!

CARVALHO, Debora Louzada. A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo no Município do Rio de Janeiro – RJ. Dissertação (Mestrado em Política Social). Niterói, Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, 125 f., 2015.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado tem por objetivo examinar o processo de reorganização da rede de serviços de saúde voltada à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro. A ênfase recai nas alterações produzidas a partir do estabelecimento das novas diretrizes ministeriais, em especial aquelas relacionadas à instituição das Redes de Atenção à Saúde e a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, e da recente expansão de unidades da Atenção Primária à Saúde no município, através da implantação das Clínicas da Família. A escolha deste tema como ponto central da investigação decorre da necessidade de compreender as possibilidades e os desafios da política de controle do câncer do colo de útero em relação à organização da rede de atenção à saúde. No Brasil, a estimativa é de 15.590 casos novos de câncer do colo do útero para o ano de 2014, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres, sendo o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Este estudo enfatiza os aspectos institucionais, tendo como eixos a definição da linha de cuidado para o controle do câncer de colo de útero no município; a organização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema; os fluxos estabelecidos entre os serviços e os aspectos que interferem no acesso e na utilização dos serviços por parte das mulheres. Trata-se de uma pesquisa prioritariamente qualitativa, fundamentada em análise documental e em informações disponíveis em bancos de dados secundários do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO/ MS) e do Sistema Nacional de Regulação de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SISREG/ PCRJ). Entende-se que o direito à saúde remete não somente ao acesso universal aos serviços (condição essencial, sem dúvidas), mas também à qualidade e natureza desses serviços prestados às mulheres para a realização integral desse diagnóstico/tratamento. A grande ampliação da rede de atenção primária à saúde que aconteceu no município do Rio de Janeiro a partir de 2009, aumentou significativamente a sua capilaridade, porém ainda não trouxe impacto nos indicadores de mortalidade e incidência do câncer de colo do útero. Não foram identificados indícios sobre discussão da incorporação da oncologia na Rede de Atenção às Doenças Crônicas pelo município. A implantação de um sistema integrado de regulação de vagas com os demais municípios que compõe a região metropolitana aponta para busca para facilitar o acesso aos serviços. A linha de cuidado do câncer de colo do útero está bem desenhada, entretanto, não foram encontrados pontos de integração entre as unidades de atendimento, mantendo, ainda, uma lógica de referenciamento sistêmico. A cidade possui uma gama ampla de serviços terciários para o tratamento, mas mantém um estreitamento no atendimento secundário, o que

dificulta o acesso ao diagnóstico, perfazendo uma grande fila de espera neste nível de atendimento. A discussão sobre essa temática envolve questionamentos no âmbito de regionalização da saúde, redes de atenção à saúde, descentralização do SUS, hierarquização, integralidade do cuidado, territorialidade, potencial de produção de saúde, organização da rede de atenção à saúde, aspectos relacionados à condição de gênero, acesso integral ao SUS, entre outras nuances que serviram de norte para a pesquisa desenvolvida.

PALAVRAS-CHAVE: política de saúde, redes de atenção à saúde, atenção oncológica; câncer de colo de útero; organização de serviços de saúde.

CARVALHO, Debora Louzada. THE ORGANIZATION OF CARE SERVICES TO CONTROL OF CERVICAL CANCER FROM ATTENTION PRIMARY HEALTH: A study in the city of Rio de Janeiro - RJ. Dissertation (Masters in Social Policy). Niterói, Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, 125 f., 2015.

Abstract

The goal of this dissertation is examining the reorganization process of health service network turned to prevention and control cervical cancer in the municipality of Rio de Janeiro. The emphasis is about the changes which have happened since the new ministerial direction establishment, especially the changes related to Health Attention network and the new National Political Cancer Prevention and Control, and the recently expansion of Health Primary Attention units in the municipality through the implantation of Family Health Centers. The choice of this theme like a central point of this investigation has come out of needing to understand the possibilities and the challenges of political cervical cancer control in relation to the health attention network. In Brazil, it was estimated 15.590 new cervical cancer cases in 2014, and there was an estimated risk about 15, 33 cases for 100 thousand women. Cervical cancer is the second of the most common cancer among Brazilian women, excluding the non melanoma skin cancer cases. This study emphasizes the institutional aspects, having the principal axis the line of cervical cancer control care in the municipality; the organization of the services in the different levels of system complexity; the establish links among the services, and the aspects that interfere with the access and the use of the service by the women. It is a qualitative research, based on documentary and secondary data bases analysis from Cervical Cancer Information System (SISCOLO/ MS) and National System of Regulation of Rates from Rio de Janeiro's Municipal Secretary of Health (SISREG/ PCRJ). It understands that the right of health is not only about the universal access to the services, but also the quality and nature of the services offered to the women to a full realization of diagnosis/treatment. The great expansion of the primary care network to health that happened in the city of Rio de Janeiro since 2009, has significantly increased its reach, but not yet brought impact on indicators of mortality and incidence of cervical cancer. They were not identified indications of oncology merger of discussion at the Care Network for Chronic Diseases by the municipality. The implementation of an integrated system of waves of regulation with the other municipalities that make up the metropolitan region points to search for easier access to services. The line of care for cervical cancer is well designed, however, were not found points of integration between the service units, maintaining also the logic of systemic referencing. The city has a wide range of tertiary services for treatment, but maintains a narrowing in secondary care, which hinders access to diagnosis, making a big queue at this level of care. The discussion about this theme comes up questions about regionally health, health attention network, decentralization of the Brazilian Public Health System (SUS), hierarchical, full care, territorial, potential of health production, organization of health attention network, aspects related to the genre condition, full access to SUS, and others things that direct this research development.

KEYWORDS: health policy, health care networks, cancer care; cancer cervical; organization of health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Brasil - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 habitantes e do número de casos novos de câncer: segundo sexo e localização primária	36
Tabela 2: Descrição das consultas médicas registradas nos prontuários eletrônicos dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, para o período de junho a agosto de 2012.....	48
Tabela 3: Óbitos de residentes por faixa etária, segundo o capítulo/causa da CID-10. Município do Rio de Janeiro – 2012	49
Tabela 4: Rio de Janeiro – Estado e Capital - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer: segundo sexo e localização primária.....	50
Tabela 5: Índice de Desenvolvimento Social por bairros – Município do Rio de Janeiro - 2000	73
Tabela 6: Ampliação de exames citopatológicos - período 2014 - 2017	86
Tabela 7: Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora. Quant. Exames por Tempo Exame e Ano de Competência. Rio de Janeiro. Período: Jan/2010-dez/2013	87
Tabela 8: Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora. Quant. Exames por Tempo Exame e Ano de Competência. Rio de Janeiro. Período: Jan/2010- Dez/2013	88
Tabela 9: Serviços e Especialidades disponibilizados pelas Policlínicas	93
Tabela 10: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Consulta em Ginecologia - Patologia Cervical – em 03.07.2015	94
Tabela 11: Exame Anátomo Patológico do Colo do Útero. Quant. Exames por Escolaridade e Ano de Competência. Rio de Janeiro. Período: Jan/2010-dez/2013	96
Tabela 12: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Consulta em Ginecologia – Oncologia, em 03.07.2015	99
Tabela 13: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante, em 03.07.2015	100
Tabela 14: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Radioterapia, em 03.07.2015.....	102
Tabela 15: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Braquiterapia, em 03.07.2015.....	102
Tabela 16: Seguimento / Consolidado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) - Rio de Janeiro - 2006 até 2012.....	110
Tabela 17: Seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) - Rio de Janeiro - Ano do diagnóstico: 2012	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: BRASIL - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma	36
Figura 2: Região Norte – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma	37
Figura 3: Brasil - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimados para 2014, segundo Unidade de Federação (neoplasia maligna do colo do útero)	38
Figura 4: Brasil - Domicílios com rendimento domiciliar per capita de até ¼ de salário mínimo	38
Figura 5: Elementos fundamentais das RAS.....	65
Figura 6: Linha de Cuidado	67
Figura 7: Índice de Desenvolvimento Social por bairros – Município do Rio de Janeiro - 2000	74
Figura 8: Divisão do Município do Rio de Janeiro por Área Programática (AP)	75
Figura 9: Divisão da AP 3.1 por TEIAS	78
Figura 10: Linha de Cuidado no Câncer.....	83
Figura 11: Fluxo para Câncer de Colo de Útero.....	84
Figura 12: Banner da Campanha de Vacinação contra o HPV em Rede Social	90
Figura 13: Fluxo para encaminhamento para a atenção secundária.....	92

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Proporção de cobertura populacional estimada do Município do Rio de Janeiro, período 2004 – 2011.....	88
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelos de Atenção à Saúde	65
Quadro 2: Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal	91
Quadro 3: Listagem de Unidades habilitadas como CACON e UNACON.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AP – Divisão Administrativa do Município do Rio de Janeiro por Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, instituição financeira do Banco Mundial

CAB 13 – Caderno de Atenção Básica nº 13

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CadÚnico – Cadastro Único dos Programas Sociais

CAP – Coordenação de Saúde de Área Programática da Cidade do Rio de Janeiro

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEMO – Centro de Tratamento de Medula Óssea do INCA

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIB – Comissão de Intergestores Bipartite da Saúde

CIT – Comissão de Intergestores Tripartite da Saúde

CF – Clínica da Família

CF 88 – Constituição Federal de 1988

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS – Centro Municipal de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRV - Central de Regulação de Vagas da SMS/RJ

DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Dieese – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro da Saúde

HC I – Hospital do Câncer I do INCA

HC II – Hospital do Câncer II do INCA

HC III – Hospital do Câncer III do INCA

HC IV – Hospital do Câncer IV do INCA

HemoRio – Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti do Rio de Janeiro

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HSE – Hospital Federal dos Servidores do Estado
IASERJ - Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional de Câncer
IPP – Instituto Pereira Passos, do Município do Rio de Janeiro
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OS – Organizações Sociais
Oscip – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCRJ - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC – Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer
PRONAS-PCD – Programa Nacional de Apoio à Saúde da Pessoa com Deficiência
PRONON – Programa Nacional de Apoio a Atenção Oncológica
PROESF - Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PS - Posto de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RASEAM – Relatório Anual Socioeconômico da Mulher
REUNI- Rio – Central de Regulação de Vagas da SES/RJ
RIG - Relações Intergovernamentais
RioCard – Cartão de Acesso ao transporte público coletivo
SES/RJ – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISREG - Sistema Nacional de Regulação de Vagas

SMS/RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres, ligada a Presidência da República

SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Informações de Saúde, instrumento desenvolvido pelo DATASUS

TEIAS – Território Integrado de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UERJ – Universidade Estado do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFRJ – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNACON – Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia

UniRio – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Sumário

Introdução	16
Capítulo 01 – Os Caminhos teórico-metodológicos da Pesquisa.....	23
1.1 - Sobre a proposta de estudo.....	23
1.2 - O desenho do estudo.....	28
Capítulo 02 – O Câncer de Colo do Útero e a Atenção Primária em Saúde	31
2.1 - O Câncer de Colo de Útero e sua relação com a saúde pública	31
2.2 – Condição feminina, adoecimento por câncer de colo de útero e atenção à saúde	41
2.3 – A mulher e o adoecimento por câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro	47
Capítulo 03 – Atenção Primária em Saúde e a Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	52
3.1 - A Atenção Básica no Brasil: breve histórico e tendências	52
3.2 – As Redes de Atenção à Saúde	62
3.3 - Rede de Atenção à Saúde: a inserção da Oncologia	68
3.4 – A Rede de Atenção à Saúde no Município do Rio de Janeiro	72
Capítulo 04 – A Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero no Município do Rio de Janeiro.....	80
4.1 – O controle do câncer do colo de útero na Atenção Primária à Saúde.....	82
4.2 – O controle de câncer de colo de útero na Atenção Secundária	91
4.3 – Atenção Terciária e o controle do câncer de colo de útero	97
4.4 – Cuidados Paliativos.....	104
4.5 - O acesso aos serviços de saúde e à rede de proteção social	104
4.6 – Algumas (outras) reflexões sobre a Linha de Cuidado do câncer de colo de útero.....	109
Considerações Finais.....	112
Referências Bibliográficas	117

Introdução

Esta dissertação de mestrado se debruça sobre a política de prevenção e controle do câncer de colo de útero, tendo como lócus a cidade do Rio de Janeiro (RJ). A preocupação com essa temática foi gestada a partir da inserção profissional da autora como assistente social da área da saúde: inicialmente – e durante catorze anos – junto à prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, onde atuou tanto na assistência direta aos usuários em unidades de atenção primária à saúde quanto no nível da gestão de serviços; e posteriormente – há cerca de quatro anos – com a inserção no campo da oncologia, no atendimento diário no Serviço Social no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional de Câncer (HC II / INCA).

O INCA é um órgão auxiliar do Ministério da Saúde, no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil¹. Essas ações compreendem a assistência ambulatorial e hospitalar, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários com câncer. Atua em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa, geração de informação epidemiológica e, ainda, coordena vários programas nacionais para o controle do câncer. Composto por 05 unidades: Hospital do Câncer I², Hospital do Câncer II³, Hospital do Câncer III⁴, Hospital do Câncer IV⁵ e Centro de Medulas Ósseas⁶, que se encontram distribuídas entre os bairros de Vila Isabel, Santo Cristo e Centro da Cidade do Rio de Janeiro.

Neste atendimento cotidiano, uma questão destacou-se: o câncer de colo de útero. Ou melhor, as mulheres adoecidas por câncer de colo uterino. A cada dia afetando mulheres mais jovens, este tipo de câncer tem um dos programas de rastreamento para identificar as lesões iniciais (antes que se torne câncer) mais

¹ Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 41.

² HC I: Atendimento as clínicas de Abdômen, Urologia, Cabeça e Pescoço, Plástica, Tórax, Tecido Ósseo Conectivo (TOC), Dermatologia, Hematologia Adulto, Oncologia Clínica, Neurocirurgia, Pediatria (Oncologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Hematologia Infantil), Radioterapia e Medicina Nuclear.

³ HC II: Atendimento de Ginecologia Oncológica (ovário, vulva, endométrio e colo do útero) e TOC.

⁴ HC III: Atendimento de neoplasia mamária.

⁵ HC IV: Atendimento em Cuidados Paliativos.

⁶ CEMO: Especializado no tratamento de doenças no sangue como a anemia aplástica e a leucemia.

conhecidos – o exame preventivo. Identificado e tratado nas lesões iniciais, impede o adoecimento e morte pela doença. Portanto, a chamada detecção precoce tem uma contribuição fundamental para o prognóstico da doença e exige a organização de uma rede integrada de serviços de saúde capaz de garantir acesso oportuno a todos os procedimentos que se fizerem necessários nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Diante desse quadro, uma questão que parece crucial é: como a cidade do Rio de Janeiro, metrópole com considerável rede de serviços de saúde e onde está localizada a principal instituição nacional na área (o INCA), se organiza para desenvolver as ações de controle deste tipo de câncer?

O estudo desenvolvido tem por objetivo examinar o processo de reorganização da rede de serviços de saúde voltada à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro, tomando por referência as diretrizes presentes nas normativas ministeriais, sobretudo a partir da publicação da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que estabelece a Política de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e da reedição, em 2013, do Caderno de Atenção Básica nº 13. O estudo proposto considera ainda a recente expansão de unidades da Atenção Primária à Saúde no município, através da implantação da Estratégia Saúde da Família por meio das chamadas Clínicas da Família.

Busca-se discutir a temática da oncologia no âmbito da Rede de Atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro, compreendendo as determinações de ordem institucional existentes na implantação da Linha de Cuidado para a Prevenção e Controle do Câncer de colo de útero, com destaque para o perfil da oferta de serviços nos diferentes níveis de complexidade e nos fluxos estabelecidos entre eles.

Segundo dados do INCA (2014), o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Por se tratar de uma neoplasia prevenível, detectável em consulta ambulatorial ainda nas lesões precursoras, antes mesmo de se desenvolver, a prevenção e a detecção assumem um papel primordial, o que destaca a importância do papel da atenção primária nesta rede de cuidado.

Pelas suas características e pelo desenvolvimento do adoecimento, assim como a existência de um método de rastreamento simples, acessível e aceitável

pela população alvo, o câncer de colo de útero pode se caracterizar, inclusive, como condição marcadora para se avaliar a qualidade da assistência à saúde, conforme relatam Bottari et alli (2008). Neste estudo, os autores salientam que o programa de controle do câncer cérvico uterino pode ser utilizado como um elemento desencadeador de um debate ampliado entre profissionais e usuários, além de que “envolve todos os níveis de atenção no seu cuidado, com ênfase nas ações preventivas e de detecção precoce, que se concentram na Atenção Básica ampliada” (BOTTARI et AL, 2008:112).

As intervenções públicas voltadas ao controle do câncer de colo de útero possuem uma considerável trajetória histórica, sobretudo em anos recentes.

Impulsionado pelo Programa Viva Mulher, criado em 1996, o controle do câncer do colo do útero foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) e no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Em 2006, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 13, buscando garantir ações relacionadas ao acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, considerando a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Oncológica. (BRASIL, 2006a).

Em 2010, foi publicada a Portaria Ministerial no. 4.279, que estabelece formalmente as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica foi republicada, modificando conceitos e introduzindo elementos para reorganizar o atendimento primário à saúde através dessas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Pelas suas características, destaca-se o papel da APS na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, cujas lesões precursoras, principalmente as causadas pelo HPV, doença sexualmente transmissível, podem ser identificadas em um exame preventivo de rotina, o conhecido Papanicolau.

No ano de 2013, dois novos documentos, fundamentais para o atendimento ao Câncer de Colo de Útero, foram editados: a Política Nacional de Controle e Prevenção de Câncer (Portaria Ministerial no. 874) e o Caderno de Atenção Básica nº 13. O CAB 13 é reeditado visando organizar a Rede de Atenção aos cânceres do colo do útero e da mama, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher e subsidiando tecnicamente os profissionais da Atenção Primária em Saúde através da disponibilização de conhecimentos atualizados de maneira acessível. (BRASIL, 2013).

Com a introdução das Linhas de Cuidado que a define como ordenadora da rede de saúde especializada, a atenção primária à saúde é apresentada como principal porta de entrada na atenção à saúde e responsável por acompanhar o usuário em seu trajeto pelos diversos níveis de atenção que compõe a Linha de Cuidado, devendo se tornar a primeira referência do usuário.

O município do Rio de Janeiro passa por um processo de ampliação de sua rede de atenção primária à saúde. Marcado por uma estrutura hospitalocêntrica, herança de ter sido capital federal e dos grandes sindicatos e institutos patronais, que neste município construíram seus hospitais para atendimento de seus filiados, o município possui uma das maiores concentrações de atendimento de nível terciário do país.

A atenção primária, no entanto, era, até recentemente, com baixa capilaridade, composta por postos de saúde (PS) e centros municipais de saúde (CMS), responsáveis pelas ações básicas em saúde em determinados territórios sanitários. Em 2009, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) estava em torno de 9% da população residente na cidade (BRASIL, 2015). Como estratégia para expansão do atendimento, após adesão ao programa de incentivo do Ministério da Saúde⁷, o município optou pela contratação de Organizações Sociais (OS) para prestação dos serviços, por meio da Lei Municipal no. 5.026, de 19 de Maio de 2009, que qualificou como OS as *“entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte”*. Essa lei possibilitou que a gestão de serviços de saúde criados após sua publicação fosse transferida às OS. Até então a gestão dos serviços era realizada estritamente pelo setor público. É nessa direção que se observa a ampliação da rede de APS na cidade, através da criação de Clínicas de Família geridas pelas OS.

Em dezembro de 2014, após 05 anos da publicação da referida Lei, a população coberta pela Estratégia já tinha alcançado 44,86% da população total da cidade (segundo dados do DAB/MS). Alguns estudos já estão sendo realizados

⁷ O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um acordo de empréstimo nº 7545 - BR celebrado com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), com vigência entre setembro de 2009 e março de 2013. (Fonte: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/proesf.php>, acesso em 20/08/2015).

buscando analisar esta expansão e os rebatimentos para a cidade (sobre o tema ver: HARZHEIM, 2013 e PIRES, 2014). Assim, a atenção primária na cidade sofreu várias inferências, tanto ao nível de estrutura física (criação de serviços e reformas de serviços existentes), quanto em termos legislativos, o que deve impactar diretamente na assistência aos usuários.

No cotidiano do trabalho do assistente social procura-se a articulação destas diversas políticas, considerando o contexto social no qual o usuário está inserido. Para o assistente social, as reflexões acerca das políticas sociais no capitalismo apontam para o conjunto dos direitos que são por elas asseguradas, necessitando que se faça no cotidiano de seu exercício profissional a compreensão da dinâmica entre o macro e o particular. E entre os acessos e as limitações destas políticas, cada vez mais restritivas frente o avanço da ofensiva neoliberal e a crise mundial do capital.

No tocante às políticas públicas, pouco se avançou na produção de conhecimentos que as articulassem e que poderiam ser acessadas por públicos específicos, como as mulheres portadoras de câncer de colo de útero que, além da doença propriamente dita, enfrentam uma série de desvantagens relacionadas a sua condição de feminina, em especial como chefes de família, em situação de pobreza, com rede social de suporte restrita, inseridas na economia informal, entre outras características.

Para o Serviço Social, a importância deste estudo também se revela, assim, na qualificação profissional e no subsídio de propostas de ações, buscando a integralidade do cuidado e apontando questões que levem a busca da ampliação do acesso a estas políticas. O Assistente Social em seu Código de Ética apresenta como princípios fundamentais a ampliação e consolidação da cidadania, visando à garantia de direitos, e o posicionamento em favor da equidade e justiça social, buscando acesso a bens e serviços, assim como a gestão democrática, dentre outros. Apresenta-se como o profissional que atua diretamente com as várias expressões da questão no cotidiano de sua prática profissional.

As novas demandas postas ao profissional de Serviço Social na sua inserção no setor saúde requerem uma expansão na sua área de intervenção, reorientando a “prática assistencial na direção da luta pela constituição da cidadania” (Sposati et alli, 1995: 76), ressaltando, como afirmam as autoras, que:

“A assistência pública é, portanto, intrínseca ao modelo econômico brasileiro, pautado nas contradições básicas entre o capital e o trabalho, numa formação social de capitalismo combinado, subdesenvolvido e industrializado. É intrínseca ainda à prática do assistente social enquanto este é o agente autorizado e capacitado para o desempenho da função assistencial em nossa sociedade” (Sposati et alli, 1995: 76/77).

É preciso, neste sentido, definir estratégias de ação para não cair na lógica das atividades burocráticas e do excesso de racionalização das ações que tendem a estar associadas a esta oferta de serviços e benefícios públicos. Espera-se, desse modo, que o presente estudo contribua nessa direção.

Como estratégia metodológica, o estudo adotou a abordagem qualitativa e pautou-se na análise documental e na consulta a dados secundários disponíveis no IBGE, no DATASUS, no SISCOLO, no SISREG e na plataforma da SUBPAV (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde da SMS/RJ). O desenho metodológico da pesquisa foi abordado no Capítulo 01 desta dissertação, dedicado à discussão referente às questões teórico-metodológicas que nortearam o estudo, com definição dos principais conceitos trabalhados, bem como a descrição dos procedimentos metodológicos adotados na realização da pesquisa.

O Capítulo 02 aborda o câncer de colo de útero como uma questão de saúde pública. Inicia com um breve apanhado histórico sobre as intervenções públicas no controle do câncer de colo de útero, apresentando a magnitude dos casos no Brasil e no mundo. Discute alguns aspectos sociais do adoecimento e procura apresentar quem são estas mulheres que adoecem, com destaque para o caso do município do Rio de Janeiro.

No Capítulo 3, são abordadas as respostas públicas dirigidas ao controle do câncer do colo de útero no Brasil de anos recentes. São destacadas as políticas de prevenção e controle do câncer, a Política Nacional de Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde. Nesse capítulo é ainda apresentada a conformação da rede de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, com destaque para seu processo de construção e sua herança institucional como antiga capital do país, o que lhe confere algumas características que o diferenciam de outras metrópoles brasileiras.

O capítulo 4 é reservado à apresentação e discussão dos resultados obtidos pela pesquisa realizada. Analisa-se a organização da Rede de Atenção à Saúde

referente ao controle do câncer de colo de útero, enfatizando os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, os aspectos que interferem no acesso e utilização dos serviços nesses diversos níveis e as dificuldades e perspectivas que se colocam à gestão municipal.

Nas Considerações Finais, retomo os objetivos do trabalho, buscando apresentar, de forma sucinta, como estes objetivos foram respondidos pela pesquisa realizada, a partir do entrecruzamento das informações coletadas no trabalho empírico e a revisão da literatura sobre a temática.

Capítulo 01 – Os Caminhos teórico-metodológicos da Pesquisa

1.1 - Sobre a proposta de estudo

Esta dissertação de mestrado tem como objetivo geral examinar o processo de (re) organização da rede de serviços de saúde voltada à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro. Doença prevenível através de medidas relativamente simples, vinculadas à rotina da Atenção Primária à Saúde (o exame preventivo), o câncer de colo de útero, no entanto, constitui a segunda principal causa de morte das mulheres no Brasil, excetuando-se os casos de câncer de pele não-melanoma (INCA, 2014).

Embora iniciativas de controle deste tipo de câncer remontem ao final do século XIX, é a partir da implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil nos anos 1990 que políticas públicas voltadas ao controle do câncer de colo de útero ganham expressão na agenda setorial. Destaque nessa direção pode ser dado à Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), de 2005, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006 e atualizada em 2011, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) instituídas em 2010 e a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, de 2013.

Essas políticas serão examinadas no capítulo 3 desta dissertação. Mas pode-se dizer, em linhas gerais, que essas legislações contribuíram para modelar uma linha de cuidado em que a APS se constitui como porta de entrada preferencial e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, integrada aos demais níveis de complexidade do SUS. Do ponto de vista analítico, uma questão que se coloca é como essas normativas afetam a organização dos serviços de controle do câncer de colo uterino no interior das Redes de Atenção à Saúde.

Entende-se que a organização dos serviços de saúde ultrapassa sua dimensão técnico-operativa, sendo resultante da interseção de aspectos relativos à estrutura sócio-sanitária; ao padrão de intervenção do Estado na área social, em particular na saúde; aos interesses, concepções e práticas de diferentes atores

políticos envolvidos na arena setorial; ao contexto específico em que a rede de serviços ganha materialidade, dentre outros. Articula-se, portanto, à própria conformação da política de saúde em um dado território em cada contexto histórico.

Nessa direção, sem desconsiderar a dimensão técnica que atravessa a organização dos serviços de saúde, entende-se que essa é uma construção histórica vinculada a um processo social mais amplo e que se articula às demandas postas pela sociedade. Como afirma Boschetti (2006), as políticas sociais são resultado das históricas e contraditórias relações sociais, em diferentes contextos, que participam de um processo global de regulação política e legitimação na sociedade.

Assim, analiticamente, não se nega que as políticas sociais sejam mecanismos utilizados pelo Estado para intervir no controle das contradições que a relação capital-trabalho desenvolve, buscando afirmar uma função ideológica na busca do consenso e, assim, garantir a existência de uma relação de dominação-subalternidade que neutralize as tensões que nesta relação se façam presentes.

Todavia, devemos considerar que as políticas também se transformam em espaços de articulações (sobretudo, dos movimentos sociais, que visam ampliação tanto dos atendimentos às necessidades da população usuária, quanto da expressividade de suas reivindicações). Pereira (2012: 173) coloca que “a política social tem que ser vista como uma política que, antes de interrogar sobre os recursos a serem distribuídos, leva em conta as posições desiguais dos cidadãos na estrutura de classes da sociedade”.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 representou um marco na construção dos direitos sociais e da cidadania, trazendo inflexões ao modelo dual de proteção social erigido no país desde os anos 1930⁸. Fruto de intensa mobilização social em torno da transição democrática brasileira após duas décadas de ditadura militar, a Carta Constitucional introduziu, de forma inédita na história do Brasil, a noção de seguridade social. Assentada no tripé das áreas de saúde, assistência

⁸ Este modelo dual, segundo Fleury (2004: 110-111) “combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde [proteção social dos grupos ocupacionais que estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo], com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais [as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora que não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes]”.

social e previdência social, a seguridade social brasileira baseou-se em uma concepção de Estado de Bem Estar Social⁹, com políticas de proteção social públicas e universais, contemplando o atendimento das necessidades básicas da população, buscando a redução das desigualdades existentes.

No que se refere especificamente à política de saúde, a implantação e consolidação do SUS nas décadas seguintes remodelou o perfil da oferta dos serviços, especialmente no que tange à descentralização da provisão e gestão da atenção à saúde em direção aos estados e municípios. Certamente, esse processo não ocorreu isento de conflitos e um conjunto de desafios, particularmente no que tange à garantia da integralidade¹⁰, da continuidade da atenção e qualidade dos serviços ofertados¹¹.

O estudo proposto insere-se, assim, no campo de análise de políticas públicas, com foco específico na organização dos serviços. Viana e Baptista (2000: 68) trazem diferentes autores com definições sobre o que vem a ser política pública, com o objetivo de resumir ao que há de essencial e apontam que “falar de política pública é falar do Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação”. As políticas públicas são: “definidas como respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto

⁹ Sobre a noção de Estados de Bem-Estar Social, Mauriel (2010) aponta que no Welfare State busca-se, através de políticas sociais, que a proteção social funcione como meio de distribuição ou redistribuição de bens, materiais e culturais, mantendo-se a estratificação pela propriedade (renda e bens). “A *instauração da seguridade social é uma etapa decisiva na construção da proteção social, pois realiza objetivos já presentes desde a criação dos primeiros seguros sociais, quais sejam, assegurar que as vulnerabilidades das classes assalariadas seriam enquadradas num esquema preventivo e planejado de cobertura generalizada de riscos e realizar justiça social a partir da melhoria das condições materiais e simbólicas de vida da classe operária, principalmente por meio da redistribuição econômica via salário social. A partir daí, os “bens sociais” não tinham como finalidade única preservar os mais vulneráveis (ou aliviar a pobreza), mas compor o nível de qualidade de vida da classe assalariada como “salário indireto”*” (grifos da autora) (MAURIEL, 2010: 58).

¹⁰ Integralidade é uma diretriz constitucional do SUS. Mattos (2001:61), fazendo um debate sobre as noções de integralidade no contexto do debate sobre os rumos do SUS, aponta que existem: “a três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde”.

¹¹ Um balanço dos quase trinta anos de implantação do SUS foge aos objetivos desse trabalho, muito embora a análise proposta considere alguns aspectos tratados ao longo da dissertação, especialmente no capítulo 3. Diversos estudos têm se debruçado em examinar os rumos, dilemas e tendências do SUS, dos quais sugere-se a leitura das Revistas Saúde em Debate v.33, n.81, 2009 e Ciência e saúde coletiva vol.14, no.3. Rio de Janeiro, maio/jun.2009.

de negociações entre os diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem” (BAPTISTA e MATTOS, 2011: 61).

Assim, a política pública é construída dentro de um determinado contexto, de modo processual, com condicionantes amplos, polifônica e muitas vezes contraditória em si, respondendo a determinados interesses e excluindo outros, de acordo com a correlação de forças em disputa no período de sua elaboração.

Como conceito, utilizando como referencial Souza (apud BAPTISTA e MATTOS, 2011: 91), que resumiu a política pública como:

“o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (p.26). (grifo do autor). (SOUZA, 2011:91).

Portanto, a análise de uma política é:

“a análise a respeito dos processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade.” (VIANA e BAPTISTA, 2000: 69).

No caso do presente estudo, é preciso considerar os processos que interferem na construção de políticas de abrangência nacional, porém descentralizadas, como é o caso da política nacional de controle do câncer de colo de útero.

Ao analisar políticas descentralizadas no Brasil dos anos 1990, Arretche (2001) chama a atenção para a importância de se considerar a adesão e a “obediência” (grifo da autora) dos entes subnacionais aos objetivos de um dado programa ou política social, na medida em que cabe a estes a efetivação da política pensada elaborada pelos formuladores. Esse parece ser o caso da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, cuja implementação envolve um extenso processo de negociações e barganhas entre diferentes atores políticos. A implementação desta política ocorre no nível local, isto é, será feita pelos municípios

que devem seguir as diretrizes apontadas pelos formuladores. Arretche (2001) destaca, ainda, que, como as políticas tem o desenho possível acordado ao longo do processo decisório, e muitas vezes os formuladores não dispõem de informações sobre as variáveis existentes no plano local para a sua execução, as especificações desenhadas operam, em muitos casos, de modo contrário aos objetivos propostos na política.

Neste sentido, Mazmanian e Sabatier (1989) propõem que a análise da implementação de um programa deve buscar conhecer a realidade social estudada, com suas características, bem como as possibilidades e os limites de interferência dos formuladores e gestores na condução do programa, e na execução das atividades.

Os valores compartilhados e os consensos alcançados no interior da política pública são destacados por Lindblom & Woodhouse (1998): as políticas públicas sofrem impactos, são alteradas e reorientadas através das intervenções causais e não intencionais dos atores-chave no dia a dia, e pelos acordos construídos entre grupos de interesses que entram em conflito no interior da política.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer foi publicada em 2013, substituindo a Política Nacional de Atenção Oncológica (que é de 2005), inserida na Rede de Atenção à Pessoa Portadora de Doença Crônica. Sua publicação em 2013 insere-se em um momento de reorganização da política de saúde, após a formalização das Redes de Atenção à Saúde. Assim, no processo de implementação desta política, é republicado o Caderno de Atenção Básica nº 13 (cuja primeira versão é de 2006), que traz conceitos / elementos / normativas para orientar a implementação da política, estabelecendo a Linha de Cuidado do Câncer de Mama e de Colo de Útero. Esta normativa visa orientar este processo em todo o país, reorientando o modelo até então em vigor. Assim, é no nível local (municipal) que se pode observar como se materializam as atividades propostas no desenho de uma política.

1.2 - O desenho do estudo

A pesquisa que subsidia esta dissertação de mestrado configura-se como um estudo com enfoque predominantemente qualitativo, mesclado à análise de alguns dados quantitativos.

Optou-se pela realização de um estudo de caso descritivo, tendo em vista a compreensão de que esta estratégia é a que melhor se adequou ao objeto a ser estudado, por entender que esta possibilita ao investigador melhor analisar “um fenômeno inserido em um contexto da vida real” (YIN, 2005). Para este autor, o estudo de caso não é nem uma tática para coleta de dados, nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente. Esta escolha metodológica possibilita análise de fenômenos contemporâneos e observáveis em contextos de vida real, porém nos procedimentos internos relevantes ao estudo não podem ser manipulados.

Para o estudo de caso, foi eleita a experiência do município do Rio de Janeiro, tendo como recorte temporal o período compreendido entre 2013 (quando da publicação da Política de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas), e 2014, período em que as informações relativas à atenção oncológica encontravam-se disponíveis.

Para realização da pesquisa foi feita uma exaustiva revisão bibliográfica sobre a temática, a partir de fontes disponíveis em base de dados indexados e de outras fontes disponíveis, com o objetivo de aprofundar o referencial teórico da pesquisa e subsidiar as análises de conteúdo e a interpretação dos dados levantados. Foram utilizados descritores como câncer de colo de útero, rede de atenção à saúde, atenção básica e atenção primária em saúde, atenção oncológica, dentre outros que se fizerem necessários.

O levantamento e a análise documental constituíram o principal procedimento metodológico para coleta de dados. A análise documental enquanto método para compreensão do processo de implantação de uma política pública constitui um viés de análise importante para a pesquisa qualitativa. Neste sentido, a análise documental de documentos de governo possibilita compreender, através do normativo, as opções oficialmente feitas pelos governos com o propósito de

responder tanto às demandas da sociedade, quanto a critérios técnicos, passando pelas mediações políticas das concepções e ações propostas.

Esta análise deve ser orientada pela pergunta da pesquisa do estudo que, no presente caso, refere-se à organização dos serviços de saúde de controle do câncer uterino no município do Rio de Janeiro.

Em relação ao levantamento documental, foram considerados os documentos elaborados pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro relacionados à Rede de Atenção a Saúde no tocante ao Controle de Câncer de Útero, disponibilizados na internet, principalmente na página oficial da SUBPAV (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde) além de normativas produzidas pelo Ministério da Saúde e pelo INCA (tais como leis, decretos, portarias, instruções normativas, protocolos, relatórios, planos e projetos). Também foram consultados relatórios anuais de gestão, informações sócio-demográficas e aquelas relacionadas à organização da rede de atenção à saúde no município, disponíveis no IBGE, no DATASUS e no Armazém de Dados da PCRJ. A relação dos documentos que se constituíram em fonte de informações para o estudo encontra-se nas referências bibliográficas da dissertação.

Tendo este conceito como horizonte, a análise documental nesta pesquisa visou analisar as concepções em si que se encontram nas normatizações da política, ou seja, como os conceitos aparecem nos documentos oficiais. Buscou-se, neste sentido, mapear a rede de atenção oncológica ao câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro; conhecer os protocolos e ações desenvolvidas no âmbito da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero; examinar o papel desempenhado pela Atenção Básica, em especial no que tange às funções de porta de entrada e coordenação do cuidado; analisar as ações planejadas para a promoção, prevenção e detecção precoce para o controle do câncer de colo de útero no âmbito da Atenção Primária; e examinar os fluxos e a integração entre os diferentes níveis de atendimento.

A realização de entrevistas de caráter semiestruturado seria uma estratégia para complementar a análise documental, buscando atores-chave responsáveis pela gestão municipal da Rede de Atenção a Saúde no tocante ao Controle de Câncer de Útero. Por envolver seres humanos e atendendo ao disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o projeto de

pesquisa foi submetido, em maio de 2015, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), através da Plataforma Brasil, para, posteriormente, ser submetido ao CEP da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, conforme orientação da SMS-RJ, disponibilizada no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>.

Entretanto, com o movimento de greve das universidades públicas do país, deflagrada ao final de maio de 2015 e na qual a UFF encontra-se aderida, o projeto não foi analisado pelo CEP em tempo hábil para a realização das entrevistas. Desse modo, e considerando o limite temporal ao qual, por se tratar de um curso de mestrado, está submetido esta pesquisa, não foi possível a realização das entrevistas.

Os dados coletados foram analisados com a perspectiva de identificar os entraves e avanços neste processo. Entende-se a análise dos dados como uma técnica que consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, ou ainda, recombinar evidências tendo em vista proposições iniciais. (YIN, 2005)

Considerando que a identificação do público alvo é importante para a redação final de um estudo de caso, como chama atenção Yin (2005), pretende-se que após a defesa desta dissertação, ocorra também o retorno do material produzido aos gestores locais.

Capítulo 02 – O Câncer de Colo do Útero e a Atenção Primária em Saúde

2.1 - O Câncer de Colo de Útero e sua relação com a saúde pública

Segundo Thuler (2012: 321), a história do controle do câncer de colo de útero tem um pouco mais de cem anos. O autor relatando que entre o final do século XIX e início do século XX, foi demonstrada a possibilidade de cura desse tipo câncer através de cirurgia de histerectomia radical. O tratamento por radioterapia iniciou-se na década de 1920, possibilitando um gradual afastamento da cirurgia em favor desse procedimento. Até a década de 1940, os exames de citologia e colposcopia, utilizados ainda hoje, também já estavam em pleno uso.

No Brasil, já na década de 1930 teve início o debate em torno da efetividade dos tratamentos então existentes, que valorizavam a terapêutica imediata (leia-se cirurgia), em detrimento das condutas preventivas. Nesse debate, ganha relevância a perspectiva que preconiza o uso do exame preventivo periódico como método de rastreamento do câncer de colo de útero.

Vale destacar que esse período é marcado por importantes avanços em termos de institucionalização de intervenções públicas voltadas aos cuidados do câncer em geral, com destaque para a criação, em 1942, do Serviço Nacional do Câncer (SNC) e seus dois principais braços: o Instituto Central (que, posteriormente, dará origem ao INCA) e a Campanha Nacional contra o Câncer¹². Especificamente em relação à questão do controle do câncer feminino (mama e ginecológico), cabe ainda mencionar o importante papel desempenhado pela Fundação das Pioneiras Sociais do Rio de Janeiro, que inaugurou, em 1957, um hospital de cancerologia na cidade¹³, com atendimento ambulatorial voltado à prevenção e detecção precoce do câncer feminino e um centro de pesquisas dedicado a esse tipo de câncer. Um ano antes, havia sido fundado, na Santa Casa de Belo Horizonte, o primeiro Serviço de Citopatologia do Brasil, momento em que também foi criada a Sociedade Brasileira

¹² A criação do Serviço Nacional de Controle do Câncer deve-se a iniciativas de médicos cancerologistas e sanitaristas e permitiu não só introduzir o câncer na pauta das ações de saúde pública brasileira, como também um grande desenvolvimento da cancerologia no país. A esse respeito, ver Teixeira (2010).

¹³ Hoje vinculado ao INCA, se constitui no Hospital do Câncer III, voltado para o atendimento de mulheres portadoras de neoplasia mamária.

de Citopatologia. Tais iniciativas contribuíram enormemente para uma mudança de paradigma na atenção oncológica ao câncer de colo uterino, com a valorização da detecção precoce através de rastreamento pelo exame de Papanicolau¹⁴, Recomendava-se, assim, que todas as mulheres na faixa etária de maior incidência de câncer de colo de útero (30 a 50 anos de idade) deveriam submeter-se ao exame pelo menos uma vez por ano.

A década de 1980 pode ser considerada um marco para o avanço das intervenções públicas em torno da saúde da mulher, aí incluindo a questão do controle do câncer ginecológico e de mama. Até então, os programas e políticas voltados para a mulher se reduziam ao ciclo gravídico-puerperal, ou seja, a uma perspectiva de assistência materno-infantil. Somente no contexto da Reforma Sanitária, na década de 1980, quando se inicia o processo de superação da dicotomia curativo x preventivo e outras questões passam a ser incorporadas pelo campo da saúde, é que ganha expressão o debate sobre o modelo vigente de atenção à saúde da mulher.

Assim, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 representa um marco para o campo, na medida em que se começa, pela primeira vez, a ver a mulher em sua integralidade, compreendida enquanto sujeito social, buscando a superação dos programas verticalizados e assinalando a importância de elaboração de propostas horizontalizadas e descentralizadas, baseando-se nos princípios da Reforma Sanitária (COSTA e AQUINO, 2000:186).

No mesmo programa são incluídas ações de cunho preventivo e assistencial. A perspectiva de gênero é posta. Costa e Aquino (2000) salientam a importância da incorporação do movimento feminista no setor da saúde e a sua influência neste debate. Boareto (2000: 216) aponta que *“as ideias ali colocadas questionavam a relação autoritária profissional de saúde/cliente, insistiam na importância das práticas educativas, repudiavam políticas demográficas e enfatizavam a importância de uma visão mais integral da mulher”*.

¹⁴ Outros nomes como este exame pode ser denominado: preventivo, citopatológico, exame citológico, exame citopatológico cérvico-vaginal, exame colpocitológico, citologia oncótica, citologia de rastreamento, além de exame papanicolau.

A autora, que foi coordenadora das ações de saúde da mulher no município do Rio de Janeiro na década de 1990, sinaliza que a incorporação desta discussão de gênero pela sua gestão fez com que se destacassem determinados aspectos da assistência que são considerados essenciais: acesso ao cuidado, autonomia, integralidade e integridade física (BOARETO, 2000: 218).

É nesse contexto que o Ministério da Saúde lança, em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) no ano de 1980, o primeiro “Manual de normas e procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino”. Esse manual propunha que as ações de controle do câncer ginecológico deveriam estar integradas às demais ações de saúde pública e que o exame citológico deveria ser realizado com frequência anual, sobretudo na chamada *população de risco*, a saber: mulheres entre 20 e 49 anos de idade, com início de atividade sexual precoce, multiparidade, gestação em idade precoce e baixo nível socioeconômico. Em 1986, uma atualização do manual preconizava que em caso de dois citológicos negativos, o controle poderia ser espaçado para dois ou três anos. Nesse mesmo ano, é lançada uma nova Campanha Nacional de Controle do Câncer pelo Ministério da Saúde, buscando estruturar os serviços de assistência a partir de ações descentralizadas de prevenção do câncer de colo uterino.

De acordo com Thuler (2012), a avaliação de que o alcance dessa Campanha foi limitado (muito em função da falta de uma estrutura executiva mais ampla) impulsionou a implantação, em 1988 pelo governo federal, do Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que estabeleceu, entre outras diretrizes, a expansão da prevenção e controle do câncer de colo uterino no país. Em 1990, no contexto de implantação do SUS, o INCA é indicado pela Lei Orgânica da Saúde como referência para o tratamento de câncer.

Apesar dessas iniciativas, a mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil permanecia bastante elevada, carecendo de ações estruturadas, abrangentes e continuadas. É assim que ao final dos anos 1990, é implantado o Programa Viva Mulher¹⁵. Trata-se de uma iniciativa nacional conjunta entre o Ministério da Saúde e o INCA, com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres de colo do útero e mama, por meio da oferta de serviços para

¹⁵ De acordo com Thuler (2012), o Programa Viva Mulher decorre do compromisso assumido pelo governo brasileiro durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing (China) no ano de 1995, de reduzir a incidência do câncer de colo de útero no país.

prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento e reabilitação das mulheres. O Programa Viva Mulher traçou as principais diretrizes e estratégias voltadas à formação de uma rede nacional integrada de serviços de saúde a partir dos municípios, que permitiram ampliar o acesso da mulher à atenção prestada, ao mesmo tempo em que houve preocupação com a capacitação de recursos humanos (INCA, 2001). Com base nessa experiência, dois anos mais tarde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (PNCCCU) que através de uma campanha nacional atingiu 98% dos municípios brasileiros. Na percepção de Freitas et al. (2012), pela primeira vez no país a detecção precoce do câncer de colo uterino foi realizada de modo uniforme, seguindo as mesmas recomendações técnicas do Ministério da Saúde.

Em 2005, é elaborada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), tendo o controle do câncer de colo de útero como um de seus componentes. A PNAO preconiza a estruturação da atenção oncológica nos três níveis de complexidade do SUS (básica, média e alta complexidades) e institui a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. Dada à relevância da questão, em 2011 é lançado, pela presidente da República, o Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama¹⁶.

Novas inflexões ganham corpo no ano de 2013, quando é instituída, por meio da Portaria Ministerial nº 874, de 16 de maio de 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Política será abordada no próximo capítulo.

¹⁶ Em relação ao câncer do colo do útero, o objetivo do programa buscava ampliar, em todo o país, a oferta de ações de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero. Dentre as principais ações estipuladas estão à garantia de acesso ao exame preventivo e com qualidade às brasileiras entre 25 e 59 anos – população-alvo do programa a época - a qualificação da rede de diagnóstico e de tratamento das lesões precursoras; a difusão de informações sobre prevenção e a ampliação do acesso ao exame preventivo a todas as brasileiras, independentemente da idade. Suas principais metas eram: superar o percentual de 75% de realização anual de exames de rastreamento nas mulheres com idade entre 25 e 59 anos; alcançar percentual menor que 5% para exames insatisfatórios e iniciar, em no máximo 90 dias após o diagnóstico, o tratamento de mulheres com lesões precursoras (Fonte: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterio_e_de_mama, acesso em 28/08/2015).

Essa Política reafirma o entendimento de que o câncer como questão de saúde pública perpassa todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, a assistência não é exclusiva da alta complexidade e ressalta, inclusive, a centralidade do componente Atenção Básica como gerenciadora do cuidado, mesmo que o acesso ao tratamento seja por outras portas de entrada, como através da Rede de Urgências e Emergências, por exemplo.

Como ressalta o INCA (2014), a inclusão das ações de controle de câncer entre os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011 – 2015, com destaque para as ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero, assim como a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC), destaca a importância da questão oncológica para a saúde pública.

O câncer era visto como doença dos países desenvolvidos. Entretanto, nas últimas décadas, esta caracterização vem mudando, tornando-se uma questão a ser enfrentada também pelos países em desenvolvimento que passam pela chamada transição epidemiológica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer.

“De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012” (INCA, 2014).

O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas, onde alguns tipos de cânceres são diagnosticados em estágios relativamente avançados, tendo estreita relação com a questão da pobreza, como é o caso do câncer do colo de útero (CARVALHO, 2004).

No Brasil, a Estimativa INCA para o ano de 2014 aponta a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma. Se esses últimos forem excluídos, estima-se um total de 395 mil casos

novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (INCA, 2014), conforme demonstrado na Tabela 01. Na Figura 1, é possível ver como ocorre a distribuição dos tipos de câncer mais incidentes por sexo.

Tabela 1: Brasil - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 habitantes e do número de casos novos de câncer: segundo sexo e localização primária*

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capitais		Estado		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma de Hodgkin	1.300	1,28	410	5,72	880	0,83	420	8,64
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Glândula Tireoide	1.150	1,15	470	1,76	8.050	7,91	2.160	9,08
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24
Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
Outras Localizações	37.520	38,40	9.070	42,86	35.350	34,73	8.590	36,49
Subtotal	203.930	208,77	51.100	241,30	190.520	187,13	58.710	248,46
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
Todas as Neoplasias	302.350	309,53	70.750	334,08	274.230	269,35	81.250	343,85

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2014

Figura 1: BRASIL - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	casos	%			Localização primária	casos	%		
Próstata	68.800	22,8%	Homens		Mama Feminina	57.120	20,8%		
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%			Mulheres		Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%			Corpo do Útero	15.590	5,7%		
Estômago	12.870	4,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%		
Cavidade Oral	11.280	3,7%			Glândula Tireoide	8.050	2,9%		
Esôfago	8.010	2,6%			Estômago	7.520	2,7%		
Laringe	6.870	2,3%			Corpo do Útero	5.900	2,2%		
Bexiga	6.750	2,2%			Ovário	5.680	2,1%		
Leucemias	5.050	1,7%			Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%		
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%			Leucemias	4.320	1,6%		

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2014: 55

Segundo o INCA (2014), para o ano de 2015, são esperados cerca de 15.000 casos novos de câncer do colo do útero no Brasil, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil), conforme demonstrado na Figura 2. É o segundo mais frequente nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), o quarto na região Sudeste (10,15/100 mil), e o quinto na região Sul (15,87 /100 mil).

Figura 2: Região Norte – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma*

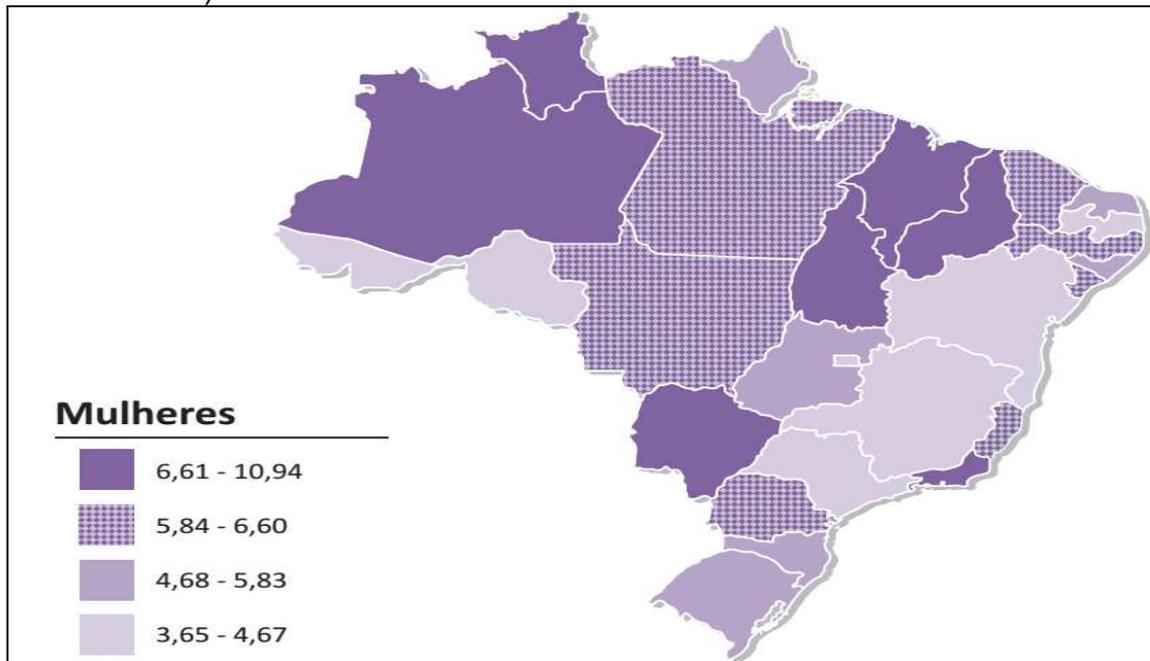
Localização primária	casos	%			Localização primária	casos	%
Próstata	2.480	24,6%	Homens	Mulheres	Colo do Útero	1.890	19,0%
Estômago	900	8,9%			Mama Feminina	1.720	17,3%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	620	6,1%			Estômago	470	4,7%
Cólon e Reto	360	3,6%			Cólon e Reto	430	4,3%
Leucemias	290	2,9%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	400	4,0%
Cavidade Oral	270	2,7%			Glândula Tireoide	290	2,9%
Laringe	240	2,4%			Leucemias	240	2,4%
Linfoma não Hodgkin	200	2,0%			Ovário	220	2,2%
Sistema Nervoso Central	200	2,0%			Corpo do Útero	180	1,8%
Bexiga	190	1,9%			Sistema Nervoso Central	170	1,7%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2014: 62

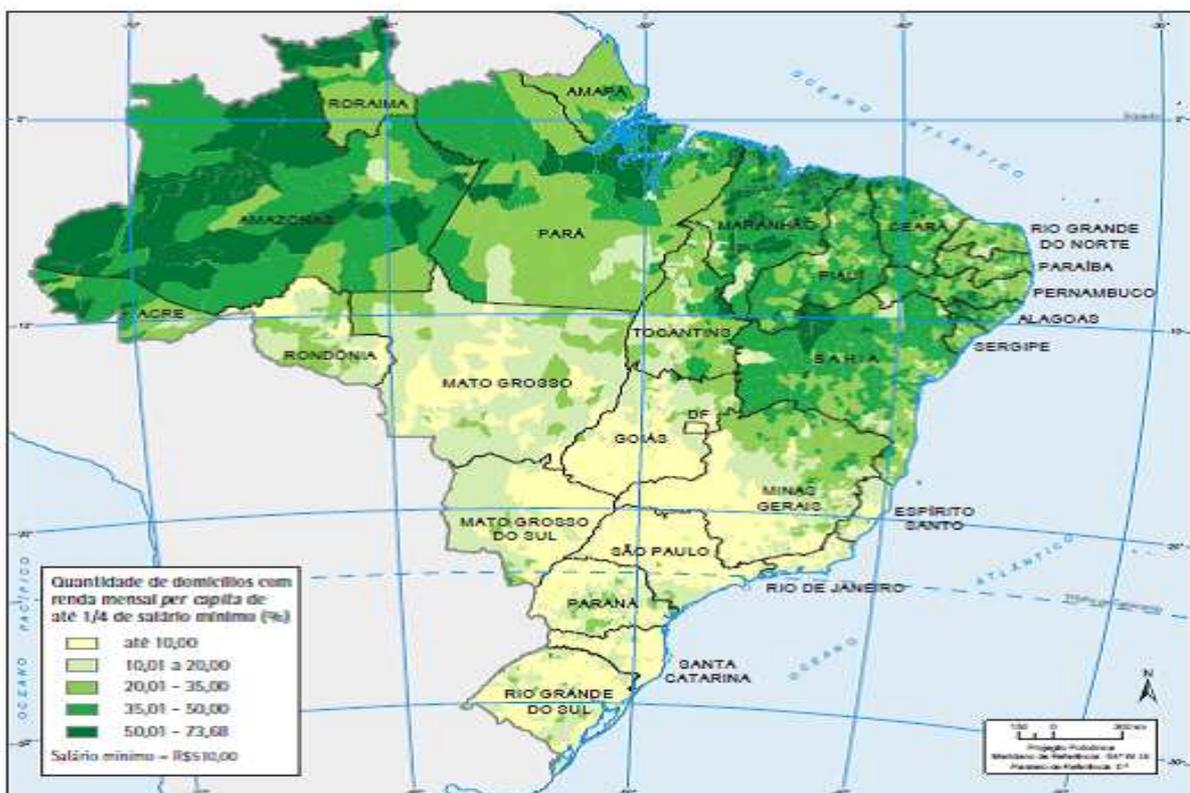
Analisando as Figuras 1 e 2, observa-se, que, enquanto na média nacional o câncer de colo de útero ocupa o terceiro lugar, na Região Norte, se torna o primeiro lugar nos mais incidentes entre as mulheres. Esta incidência nas regiões mais empobrecidas no país pode ser melhor visualizada nas Figuras 3 e 4, que permitem comparar e observar que a distribuição espacial no Brasil da maior incidência do câncer de colo de útero coincide, em vários estados, com os que possuem o maior número de habitantes abaixo da linha de pobreza.

Figura 3: Brasil - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimados para 2014, segundo Unidade de Federação (neoplasia maligna do colo do útero)



Fonte: INCA, 2014: 97

Figura 4: Brasil - Domicílios com rendimento domiciliar per capita de até ¼ de salário mínimo



Fonte: IBGE, 2010

O desenvolvimento da maioria dos cânceres requer múltiplas etapas que ocorrem ao longo de muitos anos. Assim, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. Se o potencial de malignidade for detectado antes de as células tornarem-se malignas, ou numa fase inicial da doença, tem-se uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura (INCA 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, o câncer de colo de útero, se apresenta como um dos cânceres de mais fácil detecção precoce pelo programa de rastreamento existente, tendo um prognóstico bem alto de cura. Entretanto, a alta taxa de incidência deste câncer revela, como indicado por Nogueira e Silva (2009:9), o perfil multifacetário da questão social do câncer, com íntima relação com a inserção desta mulher no mundo e de sua relação com seu próprio corpo e sua sexualidade, as relações de gênero, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo do útero) e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Contudo, essa infecção, por si só, não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia, faz-se necessária sua persistência. Além de aspectos relacionados ao HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos, ainda incertos, que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também sua progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo: a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente. O tabagismo eleva o risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero. Esse risco é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta, sobretudo, quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce. Existem hoje 13 tipos de HPV reconhecidos como oncogênicos pela IARC. Desses, os mais comuns são o HPV 16 e o 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos desse câncer (INCA, 2014:40).

Com relação ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, o teste citopatológico convencional (também conhecido como Papanicolau ou preventivo) é a principal estratégia de programas de rastreamento do câncer do colo do útero utilizado no Brasil e no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. A rotina de rastreamento

significa a realização do exame citopatológico (preventivo) anualmente por 2 (dois) anos consecutivos negativos e, posteriormente, a cada 3 (três) anos. Em caso de presença de alteração no resultado do exame, a mulher deverá ser submetida a procedimentos adicionais de diagnóstico.

As atribuições dos diferentes níveis de atenção à saúde na rede de atenção ao câncer de colo de útero foram definidas no Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 13 (BRASIL, 2013) como: Unidade Básica (ou atenção primária): citologia de rastreamento e controle citopatológico; Unidade Secundária (ou média complexidade): controle citopatológico; colposcopia; biópsia; método excisional; Unidade Terciária (ou alta complexidade): cirurgia (conização, histerectomia, ooforectomia etc.); radioterapia; quimioterapia. Assim, é o resultado do exame citopatológico, realizado na atenção primária, que deverá desencadear uma linha de ação.

A nova publicação do CAB nº 13 (a primeira versão é do ano de 2006) visa reforçar a atuação da Atenção Básica (AB) nas ações de promoção, detecção precoce e controle, estabelecendo uma linha de cuidado na Saúde da Mulher, reforçando a centralidade da AB no cuidado integral das usuárias, quando coloca que:

“após o recebimento de um exame "positivo", cabe a AB realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento. O sistema logístico da rede (sistema de informação) deve permitir que a AB tenha acesso a relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como à contrarreferência, quando o serviço especializado realizar a alta dessa usuária. Muitas vezes, mesmo após a alta, a usuária demanda cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento.” (BRASIL, 2013)

Ressalta, ainda, a ação da APS nos cuidados paliativos, quando o tratamento visa à qualidade de vida, a usuária passará a conviver com a doença por um período de tempo variado.

2.2 – Condição feminina, adoecimento por câncer de colo de útero e atenção à saúde

A condição do adoecimento por câncer de colo de útero atravessada por uma série de relações que fragilizam ainda mais a mulher. As desigualdades são naturalizadas pela sociedade e se desconsideram os conflitos que perpassam a construção da mulher na sua condição de sujeito, assim como mascara as dificuldades enfrentadas por estas mulheres não apenas em seus processos de sociabilização, como também em seus relacionamentos interpessoais, o que se agudiza com o adoecimento. Compreende-se, também, o baixo poder de barganha que possuem. Além da luta diária pela sobrevivência, sua inserção em uma sociedade marcadamente machista faz com que estas questões impactem em seu processo de adoecimento.

No Brasil, o total de famílias chefiadas por mulheres representava, em 2013, 37,5% do total dos lares brasileiros, segundo do Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM), elaborado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres. Segundo esse estudo, as mulheres são mais da metade da população e do eleitorado, têm maior nível de escolaridade e representam quase a metade da população economicamente ativa do país. Entretanto, não chegam a 20% nos cargos de maior nível hierárquico no Parlamento, nos Governos Municipais e Estaduais, nas Secretarias do Primeiro Escalão do Poder Executivo, no Judiciário, nos Sindicatos e nas Reitorias. Na eleição de 2010, as mulheres representaram 11,7% do total de candidatas/os eleitas/os, com destaque para os cargos de deputada/o distrital e estadual e o cargo de Presidente da República, para o qual, pela primeira vez no Brasil, uma mulher foi eleita. Nas eleições municipais de 2012, as mulheres representaram 13,2% do total de eleitas/os (BRASIL, 2013).

No anuário das mulheres de 2011, o DIEESE apontou que, em 2009, 47,3% das mulheres ocupadas não contribuem para a Previdência Social. Destas, 30,7% das assalariadas, 85,9% das que trabalham por conta própria e 91,4% das que não recebem qualquer tipo de remuneração pelo trabalho desenvolvido. Também é apontado que da população indigente, 58,7% são mulheres e dentre a população pobre elas são 53,7%, revelando a face feminina da pobreza.

Melo e Bandeira (2005:47) ao trabalharem com o conceito de gênero o definem como:

“o conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada”. Mais adiante continuam afirmando que se trata de “uma construção social, de uma forma primária de significar as relações de poder, uma vez que tais diferenças se configuram como desigualdades”.

Louro (1996) afirma que o conceito de gênero veio contrapor-se ao conceito de sexo. Neste sentido, se sexo refere-se às diferenças biológicas entre homem e mulher, o gênero está relacionado à construção social e histórica do ser masculino e do ser feminino, ou seja, às características e atitudes atribuídas a cada um deles em cada sociedade. Assim, agir e sentir-se como homem e como mulher depende de cada contexto sociocultural.

A constante associação do câncer de colo do útero à pobreza ressalta que a maior parte dos fatores de risco está associada às condições de vida destas mulheres. Alguns destes fatores podem ser ressaltados, como os precários padrões alimentares, baixa escolaridade, ocupações desqualificadas, condições de trabalho precarizadas e salários irrisórios a que estas mulheres estão submetidas. (NOGUEIRA E SILVA, 2008: 9). Assim, não se trata unicamente de fazer ou não preventivo, de saber ou não a necessidade de fazê-lo, mas sim de possuir condições objetivas de acessá-lo.

Destacam-se, neste ponto, as diversas jornadas de trabalho a que a mulher precisa se submeter. A associação entre o trabalho assalariado e o trabalho doméstico, essencial para a reprodução social, evidencia ainda mais a diferença entre os gêneros, pois esta resulta que as responsabilidades familiares continuam sendo do âmbito do feminino.

Gama (2014) chama a atenção para o tempo despendido na execução do que chama trabalho do cuidado não remunerado, que é pouco mensurado e valorizado, porém demanda das trabalhadoras um tempo importante, sendo responsabilidade da mulher este cuidado, como apontado nas pesquisas: “59% dos pais, 97,5 das mães com cônjuge e 92,5% das mães sem cônjuge o realizam” (GAMA, 2014: 177). Ou seja, mesmo inseridas no mercado de trabalho e com cônjuge, o que

possibilitaria a divisão de tarefas, o cuidado com os filhos e com a casa continuam sendo atribuições femininas, perfazendo uma sobrecarga de trabalho e impactando diretamente na sua saúde.

Cruz e Loureiro (2008) trazem a discussão sobre a importância de se incluir, na abordagem a prevenção do câncer de colo de útero, o processo de construção social do feminino nas sociedades ocidentais, ressaltando a dimensão cultural do corpo e a forma como a ginecologia, ao delimitar um campo específico para a mulher, transformou este corpo feminino em objeto da medicina. A mulher passa a ser vista apenas em seus aspectos fisiológicos. Assim, ao racionalizar a sexualidade feminina, reduzindo-a à reprodução e seus aspectos (menarca, sexarca, maternidade, menopausa, dentre outros), acaba por negar esta sexualidade.

Este discurso médico corrobora com as concepções culturais, ainda hoje presentes, que definem os papéis sociais femininos, restringindo-a à reprodução social e aos espaços domésticos e à repressão da sexualidade feminina. Neste sentido, os autores destacam que as campanhas de prevenção do câncer de colo de útero acabam por reforçar as relações de dominação e submissão feminina, ao excluir o homem e responsabilizar a mulher. Outro ponto que Cruz e Loureiro (2008) destacam são as diferenças regionais que não são consideradas nas Campanhas de Controle do câncer de colo uterino, seja em seus aspectos culturais, seja em relação ao acesso aos serviços, fazendo com que a adesão seja sempre bastante inferior às metas.

As desigualdades sociais expressas no processo saúde-doença, através dos determinantes sociais e no acesso a redes de saúde, têm relação direta com a estrutura social em que vivemos. Travassos e Castro (2008) colocam que mesmo que ocorram modificações nas características do sistema de saúde que alterem significativamente as desigualdades de acesso e no uso dos serviços de saúde, por si só, estas não são capazes de intervir nas condições de saúde.

As condições de saúde estão diretamente relacionadas com as iniquidades existentes no sistema capitalista, que afetam os grupos sociais de formas diferentes, de acordo com a sua inserção no mercado. Assim, “as pessoas em condições sociais desvantajosas procuram os serviços [de saúde] quando o seu estado de saúde é mais grave e recebem cuidados em serviços menos adequados a suas necessidades” (TRAVASSOS e CASTRO, 2008: 231).

Berlinguer (1987) em texto na década de 1980 chamava a atenção de que “quem é pobre morre antes”. Resgatando pesquisas situadas ao longo dos séculos XIX e XX, demonstra que diferenças sócio–econômicas impactam diretamente na mortalidade e que a expectativa de vida aumenta, conforme aumenta a renda. Aponta para a existência do fenômeno “*tendência à queda da duração de vida*” (BERLINGUER, 1987: 61, grifo do autor), através da qual argumenta que a duração da vida tende a reduzir-se na medida em que os indivíduos estão mais diretamente envolvidos no processo de produção capitalista. Cita Marx, sinalizando que “o capital explora o trabalhador, encurtando a duração da sua vida” (BERLINGUER, 1987: 69):

“o processo de pauperização das classes oprimidas, mais do que através da redução relativa do salário e impedimento de consumir bens produzidos pela indústria e agricultura, advém da subtração ou adulteração das funções naturais e da redução de anos-vida” (BERLINGUER, 1987: 61, grifo do autor).

Em outro trecho, o autor sinaliza que por mais igualitário que seja o sistema de saúde, este não está disponível para acesso da mesma forma para toda a população. Traz como exemplo a Inglaterra que, por mais teoricamente igual para todos os cidadãos, a mortalidade é maior entre os mais pobres (BERLINGUER, 1987:58/59). Ressalta ainda que, para o Terceiro Mundo, não se podem esquecer as causas comuns das “deficiências sanitárias e do subdesenvolvimento”, isto é:

“a dependência material e cultural do estrangeiro, os sistemas injustos e arcaicos de propriedade da terra, o atraso na instrução e a distribuição desigual das riquezas e das possibilidades de saúde e de bem-estar, que freiam o desenvolvimento industrial, a utilização dos recursos naturais e humanos, e a participação ativa do povo no progresso da sociedade. Sem mudar estas coordenadas, embora ocorra um certo desenvolvimento nos países ex-colônias, se reproduzem entre os trabalhadores as doenças típicas dos processos primitivos de acumulação; na população são introduzidas diferenças de classe nas possibilidades de tratamento... A patologia derivada da industrialização superpõe-se, em lugar de substituir-se, à do subdesenvolvimento” (BERLINGUER, 1987: 96/97).

No câncer de colo de útero, que tem um alto potencial de cura se diagnosticado precocemente, as desigualdades de classe se acentuam. A alta mortalidade demonstra a dificuldade do acesso ao diagnóstico em sua fase inicial, por diversos motivos conforme diferentes estudos apontam (CARVALHO, 2008 e

NOGUEIRA E SILVA, 2008), fazendo com que esta mulher somente se insira na Linha de Cuidado, visando ao tratamento em um estadiamento mais avançado da doença, onde a probabilidade de cura diminui consideravelmente.

Göttems et al (2012), em artigo sobre a rede de atenção ao câncer do colo do útero no Distrito Federal, apontam para a importância da atenção integral e de qualidade para que se garanta o atendimento contínuo e rápido à mulher, compreendendo que o encaminhamento entre os níveis de atenção deve se constituir em mecanismos de co-responsabilização e não de transferência de responsabilidades, na perspectiva das redes temáticas de atenção a saúde.

Outro ponto que se destaca neste artigo foi à constatação, pelas autoras, do predomínio da desarticulação entre os pontos de atenção à saúde, comprometendo o plano terapêutico destas mulheres, resultando em uma variação de condutas nos serviços, acarretando no comprometimento da atenção integral, contínua e resolutiva. (GÖTTEMS et al., 2012: 643).

As desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso a redes de saúde são expressão direta da estrutura social em que vivemos. Travassos e Castro (2008) colocam que mesmo que ocorram modificações nas características do sistema de saúde que alterem significativamente as desigualdades sociais no acesso e no uso dos serviços de saúde, por si só, estas não são capazes de intervir nas condições de saúde. Definem acesso como:

“o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população.” (TRAVASSOS e CASTRO, 2008: 218).

As dificuldades de acesso à rede de cuidados em saúde podem ser de diversos níveis. Travassos e Castro (2008) sinalizam características que podem obstruir o acesso à utilização dos serviços de saúde denominando-as de “barreira de acesso”. Sinalizam que a simples oferta do serviço não garante o acesso e apontam que barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, entre outras,

interferem diretamente, facilitando ou dificultando a obtenção de cuidados em saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

A questão do acesso aos serviços de saúde deve ser considerada na elaboração de documentos da Rede de Atenção Oncológica, principalmente quando referida ao controle do câncer do colo do útero, buscando a redução das barreiras de acesso da população, tanto físicas quanto organizacionais, constituindo-se em elemento fundamental para a consolidação desta rede como sistema de fato.

Esta desarticulação entre os serviços cria impasses que dificultam o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde voltada para o controle do câncer de colo de útero, devendo-se buscar a redução das barreiras de acesso da população, constituindo-se em elemento fundamental para a consolidação desta rede como sistema de fato.

A partir das atuais diretrizes postas pelo Ministério da Saúde, a atenção básica é destacada e passa a assumir o papel de articulador do cuidado, principalmente para o controle de câncer de colo de útero, onde a prevenção e a detecção precoce são primordiais, conforme apontado no decorrer deste trabalho.

No tocante às políticas sociais em geral, pouco se avançou na produção de estudos e programas que mesquem as diferentes esferas de atuação e que poderiam ser acessadas por públicos específicos, como as mulheres portadoras de câncer de colo de útero, que além da doença propriamente dita são mulheres, chefes de família, em situação de pobreza, com rede social de suporte restrita, inseridas na economia informal, entre outras características.

Neste processo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde assume especial relevância, uma vez que a identificação e o tratamento adequado das lesões precursoras possibilitam a prevenção da progressão para o câncer.

2.3 – A mulher e o adoecimento por câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro

Na cidade do Rio de Janeiro, os dados do censo de 2010 apontam que existem 6.320.446 habitantes, dos quais mais da metade (53,2%) da população são mulheres. Os dados apontam, ainda, que 997.136 das famílias do município são chefiadas por mulheres e que, destas, 75% são as únicas responsáveis por estas famílias, tendo uma inserção no mercado de trabalho de forma precarizada.

A pesquisa intitulada *Estatísticas de Gênero, uma análise dos resultados do Censo Demográfico de 2010* (IBGE, 2014), apontou que, com índices de escolaridade superiores aos dos homens, as mulheres brasileiras continuam em desvantagem quando analisados o rendimento e a inserção no mercado de trabalho. Além de terem menor taxa de analfabetismo (9,1% contra 9,8% dos homens), as mulheres chegam mais ao nível superior, com uma taxa de 15,1% de frequência na população de 18 a 24 anos, enquanto os homens somam 11,3%. Também no ensino médio, as mulheres estão mais presentes na idade escolar certa, de 15 a 17 anos, com 52,2% de frequência, contra 42,4% dos homens. Entretanto, o rendimento mensal médio das mulheres equivalia a 68% do masculino (IBGE, 2014).

Estas mulheres, apesar de sua inserção precária no mercado de trabalho e chefiar suas famílias, dentre tantas atribuições, são as que mais acessam os serviços de saúde, mantendo o mesmo padrão de utilização dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Em livro publicado pela OPAS em 2013, avaliando a implantação das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro, é citada uma pesquisa que comprova que 65% dos atendimentos foram realizados para mulheres, conforme tabela abaixo (OPAS, 2013).

Tabela 2: Descrição das consultas médicas registradas nos prontuários eletrônicos dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, para o período de junho a agosto de 2012

Características	Total	Mês	Dia
	n (%)	média	média
<i>Serviço de saúde</i>			
Número de consultas médicas	248.925 (100,0)	82.975,0	3.889,5
Número de médicos	540 (100,0)	-	-
Número de unidades de saúde	106 (100,0)	-	-
<i>Tipo de atendimento</i>			
Programado	135.311 (54,4)	45.103,7	2.114,2
Espontâneo	113.614 (45,6)	37.871,3	1.775,2
<i>Usuários</i>			
<i>Faixa Etária</i>			
Até 1 anos	9.618 (3,9)	3.206,0	150,3
De 2 a 5 anos	18.520 (7,4)	6.173,3	289,4
De 6 a 18 anos	32.959 (13,2)	10.986,3	515,0
De 19 a 59 anos	130.399 (52,4)	43.466,3	2.037,5
Mais de 59 anos	57.407 (23,1)	19.348,0	897,0
<i>Sexo</i>			
Masculino	85.317 (34,3)	28.439,0	1.333,1
Feminino	163.592 (65,7)	54.530,7	2.556,1

Fonte: OPAS, 2013

O município do Rio de Janeiro convive com uma dupla carga de adoecimento, típico dos países em desenvolvimento: ao mesmo tempo em que as doenças infecciosas e parasitárias continuam dentre as cinco principais causas de óbito, as doenças típicas do processo de envelhecimento da população se destacam, como as do aparelho circulatório e as neoplasias. Outra causa de óbito que não pode deixar de ser citada são as causas externas, que sinaliza a violência cotidiana da cidade. A tabela 3 mostra o número de óbitos na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2012, onde as neoplasias ocupam o segundo lugar nas causas de óbito, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório.

Tabela 3: Óbitos de residentes por faixa etária, segundo o capítulo/causa da CID-10. Município do Rio de Janeiro – 2012

Capítulo/Causa CID-10	Faixa etária													
	Total	< 1	1 a 4	5 a 9	10a14	15a19	20a29	30a39	40a49	50a59	60a69	70a79	80 e+	Ign
I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	3.195	53	25	9	14	35	154	320	390	421	414	487	782	91
II. Neoplasias (Tumores)	9.181	6	18	19	18	27	89	221	616	1.617	2.105	2.403	2.042	-
III. Doenças Sangue Órgãos hemat e Transt Imunitár	339	4	2	3	4	4	11	10	32	45	55	55	114	-
IV. Doenças Endócrinas e Metabólicas	3.093	11	2	4	1	8	20	56	141	395	607	808	1.036	4
V. Transt. Mentais e Comportamentais	568	-	-	-	-	1	10	16	29	54	46	83	328	1
VI. Doenças do Sistema Nervoso	1.369	18	14	10	13	26	27	31	47	74	104	272	733	-
VII. Doenças do olho e anexos	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	12	2	-	-	-	-	1	-	2	2	1	1	3	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	14.750	9	6	3	8	25	72	217	741	1.928	2.854	3.781	5.092	14
X. Doenças do aparelho respiratório	6.350	76	32	9	16	15	51	104	159	531	876	1.437	3.032	12
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.415	8	5	2	6	12	27	79	183	405	433	546	705	4
XII. Doenças da pele	259	1	1	-	-	-	3	6	11	18	50	61	108	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	233	-	1	1	4	2	15	11	19	31	40	39	70	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.882	5	4	1	5	3	13	26	60	141	233	422	969	-
XV. Gravidez parto e puerpério	57	-	-	-	2	7	25	14	9	-	-	-	-	-
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	1.297	575	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	722
XVII. Malf congênitas, deformidades, anomalias cromossômicas	358	231	19	4	7	4	5	2	9	10	7	3	2	55
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín laborat	2.712	41	22	5	6	57	134	166	193	366	423	468	811	20
XIX. Lesões enven, out cons causas externas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
XX. Causas externas de morbi -mortalidade	4.077	55	31	18	47	309	837	552	415	378	300	429	689	17
Total	52.149	1096	182	88	151	535	1494	1831	3056	6416	8548	11295	16517	940

Notas: CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, versão 10.
Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Fonte: Armazém dos Dados, 2015

A Estimativa INCA 2014 aponta a expectativa de casos novos de neoplasias para o Estado e o município do Rio de Janeiro para o ano de 2014 segundo o sexo, conforme tabela abaixo:

Tabela 4: Rio de Janeiro – Estado e Capital - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer: segundo sexo e localização primária*

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	8.580	108,38	3.890	126,63	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	8.380	96,47	4.050	115,99
Colo do Útero	-	-	-	-	1.340	15,47	590	16,84
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.760	22,19	760	24,83	1.240	14,29	610	17,45
Cólon e Reto	2.100	26,49	1.050	34,05	2.580	29,74	1.110	31,57
Estômago	1.140	14,35	350	11,33	770	8,84	310	8,81
Cavidade Oral	1.480	18,71	400	13,01	530	6,12	190	5,41
Laringe	760	9,54	230	7,55	60	0,70	70	1,95
Bexiga	930	11,70	420	13,60	250	2,92	140	4,06
Esôfago	680	8,54	210	6,67	240	2,76	70	2,12
Ovário	-	-	-	-	670	7,68	410	11,62
Linfoma de Hodgkin	50	0,60	40	1,48	100	1,17	60	1,78
Linfoma não Hodgkin	510	6,50	230	7,50	560	6,51	310	8,83
Glândula Tireoide	40	0,53	70	2,19	750	8,65	420	12,14
Sistema Nervoso Central	390	4,98	210	6,90	420	4,80	210	6,08
Leucemias	450	5,65	180	5,96	420	4,85	210	5,94
Corpo do Útero	-	-	-	-	880	10,11	680	19,54
Pele Melanoma	240	2,99	140	4,45	190	2,19	180	5,08
Outras Localizações	3.810	48,12	1.510	49,07	4.060	46,74	1.650	47,25
Subtotal	22.920	289,47	9.690	315,30	23.440	269,90	11.270	322,98
Pele não Melanoma	14.570	183,99	6.800	221,22	12.750	146,79	7.030	201,57
Todas as Neoplasias	37.490	473,48	16.490	536,57	36.190	416,71	18.300	524,44

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

FONTE: INCA, 2014

Observa-se que no município do Rio de Janeiro, as neoplasias de colo de útero encontram-se entre os cinco cânceres com maior estimativa de incidência entre as mulheres, com taxa bruta de quase 17 casos novos por 100 mil habitantes no ano de 2014.

Em pesquisa realizada, junto ao INCA (CARMO e LUIZ, 2011), verificou-se que entre os anos de 1999 e 2004 68,3% dos casos de câncer de colo de útero já chegavam com doença localmente avançada, apontando para uma sobrevida global de cinco anos em 48%.

Dados da pesquisa de Nogueira e Silva (2012), também desenvolvida no INCA, intitulada *Determinantes Sociais do Adoecimento por Câncer do Colo do Útero: do diagnóstico ao tratamento no INCA*, demonstram que 54% das matrículas realizadas no HCII¹⁷ correspondem ao diagnóstico de câncer do colo do útero, sendo

¹⁷ Como mencionado na introdução desta dissertação, o INCA é composto por 05 unidades diferentes, com uma divisão das clínicas para o atendimento aos diversos tipos de câncer entre elas. O HC II, localizado no bairro de

43% relacionado à doença instalada e 11% de lesões precursoras. Os 46% restantes referem-se a matrículas por câncer de ovário (20,5%), endométrio (20%), vulva (2,8%), vagina (0,7%) e massa a esclarecer, ou seja, no momento sem diagnóstico fechado (2,0%).

Analisando as características do estadiamento, as autoras observaram que: aos estadiamentos 0 e I - considerados iniciais - correspondem 34,5% das matrículas e 65,5% referem-se aos estadiamentos avançados (II, III e IV).

Sobre a origem de domicílio das usuárias com diagnóstico de câncer de colo do útero com a doença instalada, 36% são oriundas do município do Rio de Janeiro, 8% de Nova Iguaçu, 6,7% de Duque de Caxias, 5% de São Gonçalo, 4,1% Belford Roxo, 3,5% São João de Meriti, 2,3% oriundas de Niterói, 1,6% de Itaboraí, 1,6% de Maricá, 1,6% de Nilópolis, sendo 29,6% usuárias oriundas de outras regiões do estado do Rio de Janeiro (fora da Metropolitana I e II) e, também, de municípios de outros estados.

A cidade do Rio de Janeiro tem um perfil de adoecimento bastante coincidente com o perfil brasileiro. Estudo desenvolvido por Meira (2009), com dados do período de 1999 a 2006, indica fortemente a associação entre a mortalidade por câncer de colo de útero e as condições socioeconômicas através da análise espacial desta mortalidade pelos bairros da cidade, verificando taxas de mortalidade acima da taxa do município em locais mais empobrecidos, sendo as maiores nos bairros de Bonsucesso, Parque Anchieta e Mangueira. Destaca-se, ainda, a inexistência de óbitos por esta causa no período em bairros mais privilegiados da cidade, como Humaitá, Urca e Jardim Botânico.

É neste contexto que se insere a discussão da interface entre a atenção primária em saúde e a oncologia, a partir das Redes de Atenção à Saúde, que será discutida no capítulo seguinte.

Santo Cristo, atende a clínica de ginecologia oncológica (neoplasias de útero, ovário e corpo de útero). Os casos de câncer de mama (clínica de mastologia) são atendidos no HC III.

Capítulo 03 – Atenção Primária em Saúde e a Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

3.1 - A Atenção Básica no Brasil: breve histórico e tendências

Na história da saúde do Brasil, dois modelos de atenção à saúde foram se constituindo ao longo do tempo: o modelo sanitarista e o médico privatista. Esta dicotomia aparece desde as origens das ações de saúde no país, que se constituíram de forma diferenciada. As ações coletivas, vinculadas às instituições públicas, de caráter preventivo, e as ações individuais, de cunho curativo, vinculado ao setor previdenciário (BRAVO, 1996).

O modelo sanitarista começou a se constituir a partir das ações coletivas, tendo nas primeiras campanhas sua principal característica. As ações eram voltadas para o combate às endemias e às epidemias que assolavam o país no início do século XX. Como o conceito era o de combate, foram traçadas estratégias de guerra, com um formato incisivo, invasivo e de tal forma autoritário. Este modelo de campanhas tem influência até os dias atuais, como ex.: campanha da gotinha e vacinação do idoso.

Este modelo sanitarista campanhista foi sendo ampliado para o combate às endemias rurais, permanecendo hegemônico, através dos centros de saúde, até a década 1960 quando se consolida o modelo médico assistencial previdenciário. Os centros de saúde foram, então, criados com o objetivo de prevenção apenas, voltados para a vacinação e o tratamento das principais doenças contagiosas (tuberculose, hanseníase, por exemplo), como forma de controle e prevenção destas. Porém o atendimento clínico era direcionado aos ambulatórios dos hospitais, reforçando a centralidade do hospital no tratamento de doenças.

Mesmo com a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde, e depois em 1953 do Ministério da Saúde a dicotomia entre os dois modelos instalados no país não é superada, uma vez que este somente se responsabiliza pelas ações preventivas, persistindo a práticas das campanhas sanitárias,

interiorizando as ações para as áreas endêmicas rurais e criando vários serviços de combate a endemias.

Algumas propostas alternativas aparecem principalmente voltadas para a saúde pública, como o caso da medicina comunitária. Ela surge nos Estados Unidos, no auge da “Guerra Fria”, para trabalhar nos bolsões de pobreza americano. No Brasil aconteceram pequenas e pontuais experiências, em áreas isoladas.

Houve uma valorização da tecnologia, com investimento em equipamentos de ponta para os grandes hospitais, gerando uma assistência à saúde mais cara, especializada, medicalizada, curativa, individualizada e, portanto, mais elitista (BORGES, 2002).

Portanto, há um maior investimento do Estado na atenção curativa, com base no setor privado, estendendo a cobertura previdenciária, enfatizando a prática médica, construindo-se um grande complexo médico-industrial, incentivando a construção, com dinheiro público, de grandes hospitais pelo setor privado. Ocorre, paralelamente, um declínio da saúde pública, diminuindo-se as ações coletivas voltadas para a população como um todo e reduzindo os investimentos com o combate as endemias rurais (BRAVO, 1996).

No início da década de 1960 acontece a III Conferência Nacional de Saúde (1963) que irá propor a municipalização dos serviços de saúde. No entanto, com o Golpe Militar de 1964 e o regime ditatorial que se implantou no país a partir de então, as aspirações descentralizadoras foram abafadas.

No plano internacional, a proposta de Cuidados Primários à Saúde é retomada com a Conferência de Alma Ata, na antiga União Soviética em 1978, cujo lema era “Saúde para todos no ano 2000”. Esta conferência questionou a eficácia dos programas verticalizados de combate às doenças transmissíveis, intervenções seletivas e descontextualizadas, e pontuou os princípios para uma atenção primária à saúde (APS) de qualidade, voltada para toda a população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A partir dos anos 1980, no contexto da redemocratização do Estado Brasileiro, quando reaparece em cena os movimentos sociais, a reforma das políticas sociais era vista como forma de resgatar a imensa dívida social brasileira pelos militantes do processo de redemocratização. Era um momento de grande luta

contra o Estado ditatorial, cuja característica principal do autoritarismo era acompanhada da centralização das decisões e poder no Executivo federal e marcado pelo caráter privatizante e excludente (tanto nos aspectos da participação popular às decisões, quanto no que se refere ao acesso a serviços e benefícios sociais).

Na saúde, a luta era pelo aumento da cobertura, contra o sucateamento das instituições, facilidade no acesso, dentre outras bandeiras, trazidas principalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, que foram absorvidas pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Vários planos para a solução dos problemas do setor saúde são propostos e, alguns, implementados, mas nenhum consegue se consolidar enquanto resolutivo para a grave crise do sistema de saúde brasileiro. A classe média se exclui do sistema de saúde pela “falência do sistema” e ocorre a expansão dos planos e seguros de saúde na década de 1980 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; SOUZA e BODSTEIN, 2002).

É neste ímpeto de retomada do pacto federativo que a questão da descentralização vem à tona no Brasil. Com a reforma tributária que se inicia em 1983 (com a Emenda Passos Porto), são criados os fundos de participação dos estados e municípios e a possibilidade de aumento de recursos fiscais dos entes federativos, favorecida com o retorno das contrapartes arrecadadas; o aumento da renda destes entes possibilita o aumento do seu poder de barganha frente à União. Nesta conjuntura, com a Constituição Federal de 1988, os municípios transformam-se em entes federativos de fato, com o mesmo status jurídico dos estados e da União (ARRETCHE, 1998).

Assim, a descentralização aparece como instrumento para romper com estas características do Estado, o que o aproximaria do cidadão, se constituindo em uma estratégia para facilitar o processo de democratização.

No contexto internacional, neste período, a descentralização aparece como estratégia de redemocratização dos países ditatoriais. Ressalta-se que se instaura um período de crise internacional de ordem tanto econômica e financeira quanto do Estado de Bem-Estar Social, o que resulta em orientações para que se dotassem os Estados de mecanismos para racionalização dos gastos estatais (ARRETCHE, 1998).

Desta forma, a descentralização possui uma dupla perspectiva: democratização e racionalização. Neste aspecto, ela é defendida por correntes heterogêneas, tanto reformistas quanto liberais por contemplar ambos os interesses.

É importante destacar a diferença entre descentralização e desconcentração, onde descentralizar implica em redistribuição do poder e desconcentração em delegação de competência sem, necessariamente, o deslocamento do poder decisório. Assim, a adoção da desconcentração trará efeitos diversos da descentralização (FILIPPIM e ABRUCIO, 2010). A descentralização traz, em si, a necessidade de se assumir novos padrões de relações entre os entes federativos.

Como apontado por Abrucio (s/d), a descentralização ganha um sentido peculiar neste contexto federativo, considerando a coordenação intergovernamental como peça-chave, compreendendo-a como um eixo derivado da trajetória de constituição do federalismo brasileiro. Assim, o autor aponta que a descentralização foi acompanhada igualmente pela tentativa de democratizar o plano local, porém, não conseguiu apagar seus problemas, trazendo à tona a questão das desigualdades regionais, que passa a ser enfrentada.

Diversas medidas são tomadas visando minimizar as desigualdades regionais, entretanto esta é reforçada pela existência de um grande quantitativo de municípios com baixa capacidade de sobreviver por recursos próprios por conta de seu tamanho.

Souza (2005) traz a discussão de que a divisão do poder favorece ao governo local, que vem expandindo sua autonomia ao longo do processo republicano brasileiro, entretanto, ressalta que este papel que os municípios passam a assumir frente às políticas sociais refere-se à forma como vem sendo implementado o conceito de descentralização e do estabelecimento de relações intergovernamentais (RIG), mantendo pouca relação com a discussão teórica acerca do federalismo.

No entanto, cabe ainda ressaltar que, atualmente:

“com a entrada de novos atores no processo decisório e no financiamento de políticas públicas, as RIGs, embora sejam realizadas no âmbito dos governos, não mais se restringem apenas aos governos, mas passam a incorporar a presença desses novos atores e instituições [do setor privado e do Terceiro Setor], com lógicas e agendas diferenciadas e até mesmo contraditórias” (SOUZA, 2003:149).

Com a Constituição Federal de 1988, em seus art. 196 a 200, o Sistema Único de Saúde, SUS, é criado, mas não implantado. Isso somente ocorre com a sua regulamentação, que ocorre em 1990 através das Leis 8080/90 e 8142/ 90, que constituíram a Lei Orgânica da Saúde, a LOS.

Após a publicação da LOS, percebeu-se a necessidade de suprimir lacunas deixadas na legislação e são criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em 1991, 1992, 1993, 1996, portarias ministeriais que incorporaram a legislação conceitos como a equidade e formas de gestão, financiamento, repasse de verbas, gestão dos municípios e estados, com incentivos financeiros para as ações educativas em saúde.

Como forma de iniciar uma ampliação da atenção básica, em 1991 ocorre a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e em 1994, é criado o PSF (Programa de Saúde da Família), posteriormente transformado na Estratégia de Saúde da Família – ESF (1998), como estratégia de reorganização da Atenção Primária.

As Normas Operacionais de Assistência em Saúde (NOAS) são elaboradas em 2001/2002, fazendo o diagnóstico dos problemas da interrelação dos sistemas municipais de saúde, propondo ações mínimas para os municípios e criando os Planos Diretores de Regionalização e de Investimento. Ao longo dos anos 2000 outras normativas são criadas, como o Pacto pela Vida, com o objetivo de diagnosticar, normatizar, priorizar, organizar, sistematizar a assistência à saúde no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) editada em 2006 na sua primeira versão redefiniu as características da atenção básica, incluindo as especificidades da ESF, aumentando a responsabilidade e resolutividade até então esperadas da atenção básica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva e estimula a criação das redes de atenção a saúde desde o início dos anos 2000 como meio para superar a crise dos sistemas de saúde que se espalha a nível global. A Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), em documento de 2011, ressalta que esta proposta de constituição de redes de saúde surgiu com o Relatório Dawson na década de 1920, na Inglaterra, servindo de referência para a implantação do Serviço

Nacional de Saúde inglês (NHS), organizando os serviços para atendimento das demandas de saúde da população, tendo por indicativo serviços acessíveis, de caráter preventivo e curativo, nos âmbitos domiciliar, atenção primária, secundária e hospitalar. Nos anos 1990, ocorre um retorno a este referencial como subsídio para superar a fragmentação dos serviços de saúde em diversos países.

“Recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento oficial propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalecente em seus países-membro. O documento preliminar dessa publicação serviu de base para que os países da Região das Américas e do Caribe aprovassem, na reunião do 49º Conselho Diretivo da OPS, realizada em Washington, no período de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009, a Resolução CD49.R2212, em que se comprometem a implantar, nos respectivos países, as redes de atenção à saúde.” (OPAS, 2011:17)

Em 2010, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro, que institucionaliza a Rede de Atenção à Saúde (RAS) materializa então um processo de discussão internacional que buscava reestruturar serviços e processos de saúde, reorganizando a rede de saúde a partir da APS.

Starfield (2002) definiu a APS como:

“aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção.” (STARFIELD, 2002:28).

Assim, é este conceito que serve de base para APS no país, compreendendo-a como coordenadora do cuidado, tendo como atributos ser o primeiro contato do usuário com a Rede de Saúde, longitudinalidade e integralidade do cuidado,

coordenadora das ações e serviços de saúde, proximidade com a comunidade, centralidade na família e competência cultural (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2011, modificou conceitos e introduziu elementos para reorganizar o atendimento primário à saúde através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Partindo dos princípios e diretrizes alinhavadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, de 2006, para a regulamentação da Atenção Básica, baseando nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, a nova política busca consolidar a experiência e as normativas até então publicadas, visando o fortalecimento da APS no país.

Como princípio, a

“atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (BRASIL, 2011: 19).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas buscando arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, integrando por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011). Para isso, na sua organização, devem buscar identificar a população e o território sob sua responsabilidade, definindo seus parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Desta forma, são criadas como:

“estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica

estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.” (BRASIL, 2011: 25).

Assim, a atenção primária em saúde deve se caracterizar pela proximidade com a população. A sua capilaridade e descentralização deve favorecer a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde como principal e privilegiada porta de entrada do sistema de saúde. Responsável pela coordenação do cuidado tem a responsabilidade e capacidade de identificar as necessidades de serviços e encaminhar os usuários para os serviços de atenção secundária e terciária, além dos serviços de diagnóstico, reabilitação, etc.

Essa longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002) possibilita o estabelecimento de vínculos e identificação da população usuária do serviço de saúde. A resolutividade é uma das principais características esperadas, estima-se que 80% dos problemas de saúde sejam resolvidas na atenção primária, como no caso do câncer do colo do útero que têm como fatores iniciais as lesões precursoras, que ao serem identificadas em um exame preventivo de rotina, podem ser tratadas e evitar o surgimento do câncer.

A PNAB coloca, ainda, como diretrizes e princípios da Atenção Primária em Saúde: território definido, acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população cadastrada, resolutividade, coordenação da integralidade em seus vários aspectos (ações e serviços), estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2011), destacando a Estratégia Saúde da Família como locus prioritário para o desenvolvimento destas ações. Constitui-se, assim, como coordenadora do cuidado e tendo como foco a família e não mais os indivíduos de forma isolada, assumindo a responsabilidade pelo cuidado integral.

Giovanella e Mendonça (2008) colocam que, no Brasil,

“o uso do termo ‘atenção básica’ para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e

focalizados¹⁸, difundidos pelas agências internacionais” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008: 582).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998, atualizou o Programa Saúde da Família de 1994, pautando-se de experiências anteriores, como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991), com incentivos financeiros para sua expansão em todo território nacional. Foi pensada como um projeto dinamizador do SUS, buscando uma reorganização do sistema de saúde no Brasil. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

Neste sentido, a ESF busca reorganizar a atenção primária em todo território nacional, em substituição ao modelo tradicional, trabalhando com a lógica da atenção integral a família. Todas as ações têm seu eixo na família, considerando os diversos arranjos familiares da sociedade brasileira, compreendida dentro de seu contexto sociocultural, em seu local de moradia. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizado em uma área geográfica delimitada. Uma das principais características da Equipe de Saúde da Família é ter sua área de abrangência bem definida, denominada de território ou área de abrangência e dentro desta área visa à atenção integral a cada família. A ESF redescobre novas/velhas formas de atenção à saúde, o cuidado.

Bronzo (2007) trabalha com a temática do território trazendo questões que discutem o surgimento desta temática que vem adquirindo centralidade como categoria analítica, reconhecendo a sua heterogeneidade. Aponta que: “... esse reconhecimento demanda estratégias de ação moldadas a partir das necessidades das pessoas e famílias, portanto mais flexíveis e sensíveis para captar especificidades” (BRONZO, 2007:91).

¹⁸ A atenção primária seletiva foi uma estratégia utilizada pelas agências internacionais (Fundação Rockefeller, Banco Mundial, Fundação Ford, entre outras), cunhada em 1979, para o controle de doenças em países em desenvolvimento, designando um pacote de serviços de baixo custo. A proposta deveria ser complementar as proposições de Alma Ata de 1978, entretanto difundiu-se entre os países pobres como uma cesta restrita de serviços básicos a ser ofertada a população em situação de maior pobreza de forma hegemônica. (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008: 581582).

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF foi criado visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.

O processo de trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais que compõem os NASF deverá ocorrer em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família. Assim, a emergência desses Núcleos insere-se no bojo de processos direcionados à qualificação da atenção primária enquanto política ampliada de proteção social direcionada à saúde da família, que incorpore diferentes dimensões assistenciais no acesso e garantia da saúde como direito social. Esses núcleos de apoio deverão se compostos por, no mínimo, cinco profissionais de diferentes categorias.

O conceito de família adotado pelo Governo Federal e que norteia a ESF consiste na formulação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, qual seja, família enquanto conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade de moradia.

Ribeiro (2008), entretanto, sinaliza que:

“Constata-se que, são produzidos estudos restritos sobre a temática família, prevalecendo à ideia da família nuclear (conforme logomarca do Ministério da Saúde – com a figura de um homem, uma mulher e uma criança) e a classificação entre famílias funcionais/difuncionais e estruturadas/desestruturadas, o que nos remete à inexistência de uma análise crítica acerca da desigualdade social que assola o país, havendo um discurso dominante que prega uma igualdade de oportunidades, em detrimento de uma igualdade de condições.” (RIBEIRO, 2008:101)

A família, neste conceito apontado pela autora, tem assumido centralidade como unidade de trabalho das diversas políticas sociais na atual conjuntura. E esta mudança de enfoque traz à tona uma série de questões que precisam ser analisadas, principalmente porque diversos autores e pesquisas tratam da grande heterogeneidade que este conceito traz.

Ao assumir a centralidade nas políticas sociais, a família passa a ser vista como protagonista também dentro do contexto da saúde. A assistência à saúde deixa de ser focada na doença e passa a ser centrada no indivíduo, na família e na comunidade, dentro de um território, organizada de forma capilar e descentralizada, trabalhando com o conceito de longitudinalidade do cuidado. A APS no Brasil, que se caracteriza pela instituição e expansão da ESF como estratégia para reorganização do modelo de Atenção Básica no país, assume o papel de ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. O processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde será discutido no item a seguir.

3.2 – As Redes de Atenção à Saúde

Na década de 1990, os sistemas de saúde de diversos países entraram em crise, em grande parte associadas à crise econômica pela qual atravessou o mundo capitalista desde o final dos anos 1970. Como estratégia para o seu enfrentamento, diferentes processos de reformas dos sistemas de saúde tiveram lugar, premidos pelos dilemas entre racionalização e contenção de gastos, de um lado, e busca de maior efetividade e equidade, de outro. É nesse contexto que se observa uma retomada da centralidade da APS na estruturação dos sistemas de saúde, com forte referência ao Relatório Dawson de 1920¹⁹. Preconizava-se, além da oferta contínua de serviços, uma atenção primária em saúde mais resolutiva, delimitando o território de cada serviço e definindo a população a ser atendida, aumentando a responsabilidade de saúde por esta população (OPAS, 2011). Na saúde, o conceito de “rede” é introduzido neste período, como forma de superar a fragmentação dos sistemas de saúde (MENDES, 2009).

Benevides (2011) coloca que a principal causa da crise são os sistemas de saúde fragmentados, que resultam na duplicidade de ações e serviços, sem

¹⁹ Indicado como marco precursor de uma atenção à saúde centrada na atenção primária, o Relatório Dawson foi elaborado em 1920 como proposta de reorganização do setor saúde britânico, definindo a oferta de serviços de saúde no formato de rede, considerando as características de cada região na definição do território de abrangência. Os pontos principais do relatório foram: a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais, possibilitando a circulação pelos níveis de atenção à saúde, de forma não hierárquica (MENEZES, 2011; MENDES, 2011).

integração e sem a garantia da continuidade do cuidado, resultando em uma baixa capacidade de resposta e um fraco desempenho dos sistemas de saúde.

Na busca de se superar o modelo de atenção à saúde instalado no Brasil, considerando as discussões internacionais, surge o contraponto de se pensar o atendimento a situações de saúde a partir de Linhas de Cuidado, que perpassariam transversalmente a programas e ciclos de vida, articulando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação, por exemplo. Algumas experiências exitosas, mas isoladas nessa direção surgem no Brasil.

É nesta lógica que se consolidam as RAS (Redes de Atenção à Saúde), como estratégia para construção de sistemas integrados de saúde, articulando os níveis de atenção e os diferentes entes governamentais. Constitui-se como estratégia também para consolidar os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

“No campo da saúde “rede” e “sistema” são conceitos próximos, mas possuem significados diversos. Um sistema de saúde pode ou não estar organizado em rede. A palavra sistema tem origem no termo grego *synístanai* que significa reunião de partes diferentes ou um conjunto de elementos interconectados, formando um todo. Quando aplicado à área da saúde, o conceito ganha maior amplitude e significado.” (BENEVIDES, 2011: 60)

Na saúde, o conceito de rede ganha relevância , então, com o objetivo de produzir mudanças no fluxo de poder e no processo decisório, possibilitando a circulação de ideias, serviços e pessoas (BENEVIDES, 2011).

O trabalho em rede é apresentado como facilitador de um planejamento em saúde em que as ações estejam voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo um produto de uma construção e gestão compartilhadas.

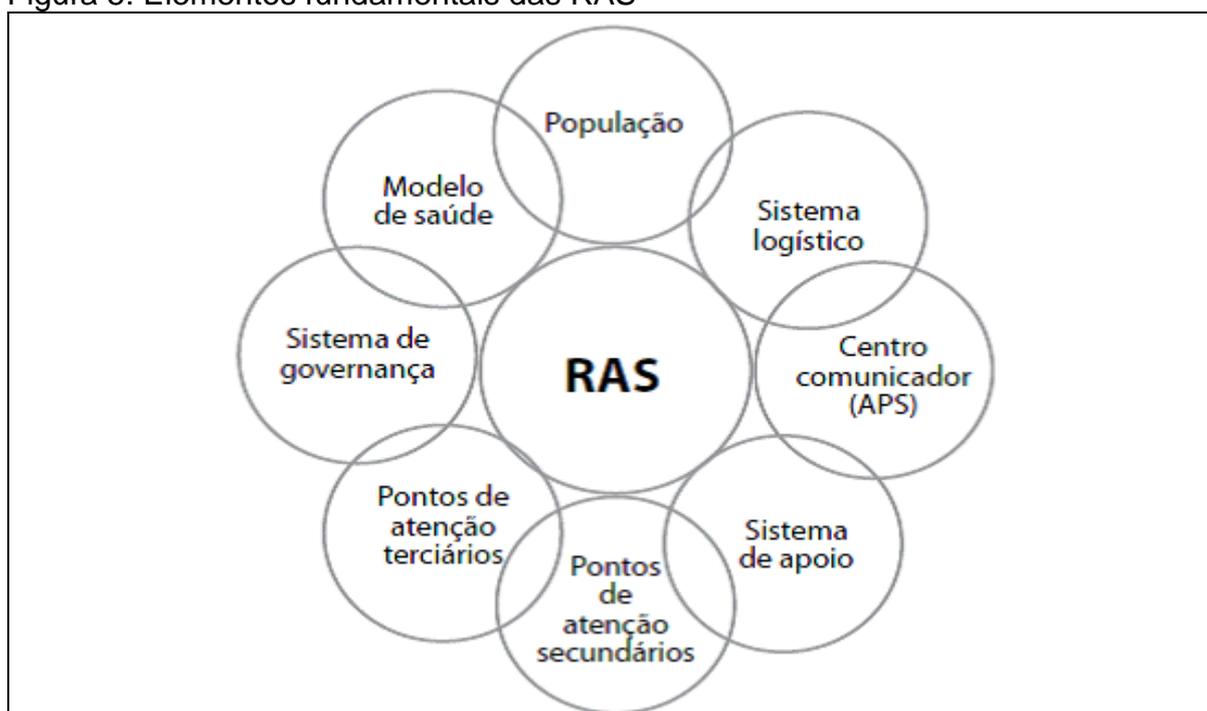
A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi criada como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Desta forma, surge para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Tem por objetivo 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 (MENDES, 2010). 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, coordenadora do cuidado e responsável pela continuidade deste cuidado, mesmo em outros pontos de atenção à saúde da rede, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Aparecem como fundamentos da RAS, em documento produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012): a economia de escala (a concentração de serviços racionaliza os custos e otimiza resultados), a suficiência e qualidade dos serviços prestados, a facilidade do acesso (tanto geográfico, quanto econômico, urbanístico, cultural, entre outras barreiras a serem superadas), a disponibilidade dos recursos, a integração vertical entre os níveis de atenção, a integração horizontal viabilizando a junção de serviços, os processos de substituição (reagrupamento contínuo dos recursos, buscando maior efetividade tanto para os serviços quanto para os processos de saúde), delimitação da região de saúde ou abrangência (definição clara do território e espaço de responsabilização sanitária) e abarcar diferentes níveis de atenção.

Como elementos fundamentais, constitutivos das RAS, exemplificados na figura abaixo, o Ministério da Saúde identifica: a população definida (que engloba tanto a população, quanto a área geográfica), a estrutura operacional (sendo a APS o gerenciador do cuidado, o centro de comunicação entre os diferentes pontos da atenção à saúde, tanto secundários quanto terciários integrantes, sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e informação em saúde), sistemas logísticos e de governança) e o modelo de atenção à saúde (lógica adotada pelos gestores para atender as demandas de saúde).

Figura 5: Elementos fundamentais das RAS



Fonte: Ministério da Saúde, 2012:21

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), os modelos de atenção à saúde se diferenciam em dois, trabalhando segundo lógicas estruturais e operacionais que variam de acordo com a região e a natureza das condições de saúde da população assistida, podendo ter natureza aguda ou crônica, como sintetizado no quadro 01:

Quadro 1: Modelos de Atenção à Saúde

a. Modelos de atenção às condições agudas. São modelos que atendem às condições agudas e aos eventos agudos de doença crônica, e têm como objetivo identificar, no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado à situação. É o modelo que hegemonicamente tem sido adotado pelos gestores do SUS.

b. Modelo de atenção às condições crônicas. Desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, o Modelo de Atenção Crônica, ou Chronic Care Model (CCM) na tradução literal, constitui-se em uma solução complexa e sistêmica para o problema da atenção às condições crônicas. Este modelo é composto por seis elementos, que inter-relacionados, permitem aos usuários estarem informados e serem ativos, bem como permitem à equipe produzir melhores resultados funcionais e sanitários para a população. (Entre os elementos, estão mudanças relacionadas: (1) à organização da atenção à saúde, (2) ao desenho do sistema de prestação de serviços, (3) ao apoio às decisões técnicas, (4) ao sistema de informação clínica e (5) ao apoio ao autocuidado, 6) à articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas estão relacionadas ao papel da APS. Nas redes de atenção às doenças crônicas, a APS é o centro de comunicação das RAS, tendo como função a coordenação dos fluxos dentro de toda a rede. Já nas redes de atenção às condições agudas, a APS não faz parte do centro de comunicação, tornando-se um importante ponto de atenção à saúde ('nó'), sem cumprir a função central de coordenação de fluxos e contrafluxos da rede.

Fonte: Ministério da Saúde, 2012: 20

O documento destaca, ainda, ferramentas para auxiliar os profissionais nos serviços com vistas a soluções mais integradas de atenção à saúde, chamada de microgestão dos serviços nas RAS, que são: diretrizes clínicas (protocolos), linhas de cuidado (articulando os níveis de atenção), gestão das condições de saúde (foco na comunidade), gestão de caso (foco no indivíduo – plano de cuidado), auditoria clínica (análise crítica da qualidade da atenção prestada) e a lista de espera (BRASIL, 2012).

As Redes de Atenção à Saúde temáticas são redes de cuidados definidas segundo a agenda de prioridades da saúde pactuadas nacionalmente e institucionalizadas através de portarias. No momento de construção desta dissertação, contamos com 05 (cinco) destas redes: Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha (pré-natal, parto e puerpério), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Dentro destas redes é possível a institucionalização de Linhas de Cuidado por adoecimento específico. As Linhas de Cuidado (exemplificada na Figura 06) integram as RAS, possuem uma estrutura funcional que pode atravessar transversalmente uma ou mais RAS e devem ser organizadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário.

Segundo Franco e Franco, apud Brasil (2011: 43), as Linhas de Cuidado são

“... a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (FRANCO E FRANCO, apud Brasil (2011: 43)).

Figura 6: Linha de Cuidado



Fonte: Franco e Franco, apud Brasil (2011: 43)

A Linha de Cuidado preconiza o cuidado integral, buscando reorganizar os processos de trabalho, de forma a unificar ações e serviços, proporcionando acesso a todos os níveis do sistema de saúde, reorganizando fluxos entre as unidades e os serviços, de modo que o serviço de saúde passa a ser organizado de acordo com as “necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso”. (FRANCO e FRANCO, s/d: 3)

Ao centrar a organização do serviço na demanda e não mais na oferta, a Linha de Cuidado precisa ser estruturada de forma a garantir o acesso seguro às diferentes demandas do cuidado, pactuando e operacionalizando os fluxos de forma contínua, para que este não se burocratizem e acabem por dificultar o acesso. (FRANCO e FRANCO, s/d).

Cabe à unidade de saúde da APS, a gestão do cuidado integral ao usuário e, por isso, a função de gestor do projeto terapêutico, devendo acompanhá-lo nos fluxos assistenciais, garantindo o vínculo com a equipe básica e facilitando o acesso aos diferentes níveis de atenção, tanto dentro da linha de Cuidado, quanto da Rede de Atenção à Saúde.

Starfield (2002) coloca a importância da atenção primária como norteadora do cuidado e gerenciadora das ações e saúde. Salienta:

“a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a

doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.” (STARFIELD, 2002: 28).

É neste sentido que, em 2013, é criada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecendo a Linha de Cuidado do Câncer dentro da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, compreendendo o câncer dentro de uma lógica de um sistema de saúde integrado e não mais setORIZADO, separado, como anteriormente.

3.3 - Rede de Atenção à Saúde: a inserção da Oncologia

A questão oncológica é uma questão de saúde pública. Esta afirmação é um consenso hoje. Entretanto sempre se constituiu como uma política autônoma, quase que separada do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

A atual Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPC (BRASIL, 2013) surge a partir das novas regulações do SUS que estabelecem a necessidade de criação de linhas de cuidado, visando à articulação dos níveis de atendimento a saúde, buscando a integralidade da assistência à saúde com as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), definindo princípio e diretrizes para o atendimento da pessoa portadora de câncer.

O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/90, ou seja, regulamenta o SUS, traz a definição de conceitos que passam a organizar o Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (art. 1º).

Ao estabelecer as Redes de Saúde, no art. 4º, o Decreto coloca a importância de todos os municípios definirem as ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Este documento estabelece que, caso o município não disponha de todos estes serviços, deve pactuar os fluxos assistenciais junto a outros municípios limítrofes, visando à atenção integral à saúde.

O Decreto define também as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (art.9º), quais sejam: os serviços de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. Assim, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados passam a ser referenciados por estas portas de entrada, fechando a livre demanda nestas unidades, que passam a ter o acesso regulado pelo Sistema Nacional de Regulação – SISREG (BRASIL, 2008).

Diferentemente da Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO (BRASIL, 2005), que nas suas considerações somente fazia referência à Constituição Federal de 1988, artigos 196 a 200 e às Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), a PNPC, além destas, referencia nove outras legislações (entre leis, portarias e decretos), inserindo a PNPC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). A PNAO possui apenas 06 artigos, enquanto a PNPC, ao detalhar a inserção na rede, possui 32 artigos, o que demonstra a preocupação em detalhar de que forma se dará esta inserção na rede e as atribuições de cada componente.

Outra diferença significativa entre as políticas refere-se ao entendimento das redes de saúde. Enquanto a PNAO objetiva a constituição de uma rede de atenção oncológica própria, a PNPC a insere na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas. Outro ponto a ser destacado é que na Linha de Cuidado a ser constituída aponta a PNAO como organizadora da Linha, enquanto a PNPC coloca a atenção primária como coordenadora do cuidado e responsável pelo usuário, o que não é explicitado na PNAO, que não define também quem deve coordenar a Linha de Cuidado.

A PNAO aponta os componentes da Rede de Atenção Oncológica e as ações a serem desenvolvidas por cada um e por cada nível de atenção, porém não articula com os demais serviços e não aponta uma coordenação, nem as responsabilidades de cada esfera de gestão, como apontado pela PNPC.

A Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas possui como campo de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, propondo a integração entre as esferas de gestão política, em todas as unidades de federação, definindo as competências dos diferentes níveis de atenção.

A Portaria que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS estabelece em seu art. 7º os componentes que estruturam esta rede em Atenção Básica, Atenção Especializada (dividida em ambulatorial especializada, hospitalar, urgência e emergência), Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança. No art.9º, coloca, ainda, que a RAS será organizada em uma Região de Saúde ou em várias delas, dependendo do pactuados nas Comissões Intergestoras. Mais adiante, no art. 10, coloca a necessidade de se organizar linhas de cuidados específicas para os agravos à saúde de maior magnitude, é que é através destas linhas que acontecerá a implantação desta RAS.

A Linha de Cuidado específica para o câncer busca organizar as ações neste âmbito, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturada por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde (art. 3º da PNPCC).

A PNPCC ao inserir-se na RAS define responsabilidades e competências para os diferentes níveis de atenção e gestão, colocando a Atenção Básica no cerne da gestão do cuidado integral do usuário, assumindo a promoção da saúde, prevenção do câncer, rastreamento, encaminhamento a atenção especializada, registro dos casos identificados, acompanhamento do usuário nos diversos níveis de atenção e compartilhamento do atendimento nos cuidados paliativos, quando não há mais possibilidade de tratamento curativo e se preconiza a qualidade de vida.

A gestão da política divide-se entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA). O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil (BRASIL, 1988). Essas ações compreendem a assistência ambulatorial e hospitalar, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários com câncer. Atua em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa, geração de informação epidemiológica e, ainda, coordena vários programas nacionais para o controle do câncer, além de prestar assistência especializada no atendimento direto a usuários com diagnóstico confirmado de câncer de todo o país, nas diversas especialidades, dependendo da pactuação efetuada; constitui-se como um CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia).

Em oncologia, o componente hospitalar da Rede de Atenção a Saúde é composto por hospitais habilitados como UNACON (Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia), pelo CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica (BRASIL, 2013).

A PNPCC diferencia as habilitações dos hospitais pelas suas capacidades de atendimento aos diferentes tipos de cânceres, ambos devendo fazer o diagnóstico definitivo, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), oferecer serviços de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos e pronto atendimento em oncologia. Assim, as UNACON são estruturas hospitalares que atendem os tipos de cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto os CACON devem atender a todos os tipos de cânceres, não obrigatoriamente os tipos raros e infantis, sendo que estes, hematologia, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, quando não disponíveis dentro da estrutura hospitalar devem ser formalmente referenciados e contratualizados. No Brasil existem atualmente 276 CACON e UNACON, sendo que cada estado possui, pelo menos uma destas unidades.

Seguindo a definição da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, a PNPCC define os termos para cada componente, estabelecendo competências e responsabilidades das estruturas operacionais, ressaltando a importância da articulação entre elas, destacando, no componente Atenção Básica a sua função de coordenadora do cuidado aos usuários com câncer, mesmo após o encaminhamento para os outros pontos da RAS.

Com relação ao financiamento da PNPCC, definiu-se que além do repasse dos fundos de saúde (nacional, estaduais e municipais), recursos oriundos do ressarcimento dos planos de saúde, da seguridade social, de fundos especiais, além de parcerias nacionais e internacionais para o financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS.

É neste sentido que o Decreto 7988, de 17 de abril de 2013, que regulamenta os art. 1º a 13 da Lei 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio a Atenção Oncológica – PRONON e sobre o Programa Nacional de Apoio à Saúde da Pessoa com Deficiência – PRONAS-PCD, foi criado.

O PRONON tem o objetivo de captar e canalizar recursos financeiros para a prevenção e o combate ao câncer, através de incentivos fiscais a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer; instituições estas definidas como pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos (filantrópicas, Organizações Sociais (OS) e ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)). Estas organizações devem apresentar projetos de captação de recursos, que serão analisados pelo Ministério da Saúde e resultarão em deduções fiscais e isenção de imposto de renda, inclusive, para os doadores.

A Linha de Cuidado voltada à prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de colo de útero constitui-se em uma Rede Temática de Atenção à Saúde (GÖTTEMS et alli, 2012), tendo como coordenadora do cuidado a Atenção Primária em Saúde, e, dentro desta concepção, é que trazemos as questões apontadas no capítulo a seguir.

3.4 – A Rede de Atenção à Saúde no Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro se constitui na capital do Estado do Rio de Janeiro, possuindo 1.260 km². Para melhor administração da cidade, encontra-se dividido em subprefeituras, áreas programáticas e regiões administrativas. Conta com 6.320.446 habitantes, sendo 46,8% de homens e 53,2% de mulheres, segundo dados do IBGE, com uma taxa de crescimento anual estimada de 0,3% e um total de 1.912.582 mulheres em idade fértil (10-49 anos), em 2010.

Em estudo realizado pelo Instituto Pereira Passos / RJ, denominado “Índice de Desenvolvimento Social - IDS²⁰”: comparando as realidades microurbanas da

²⁰ “O IDS foi inspirado no conhecido Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, calculado pela ONU (PNUD) para inúmeros países do mundo que, por sua vez tem servido de base para a construção de uma série de outros índices compostos. Sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza, tendo como base os resultados do Censo Demográfico do IBGE de 2000. Foram utilizados 10 indicadores, com 04 dimensões de análise: Dimensão: Acesso a Saneamento Básico (percentagem dos domicílios com serviço de abastecimento de água adequada - aqueles que têm canalização interna e estão ligados à rede geral; percentagem dos domicílios com serviço de esgoto adequado - aqueles que estão ligados à rede geral; percentagem dos domicílios com serviço adequado de coleta de lixo - aqueles que dispõem de coleta direta ou indireta de lixo; Dimensão Qualidade Habitacional (número médio de banheiros por pessoa); Dimensão Grau de Escolaridade (percentagem de analfabetismo em maiores de 15 anos; percentagem dos chefes de domicílio com menos de quatro anos de estudo; percentagem dos chefes de domicílio com 15 anos ou mais de estudo); Dimensão Disponibilidade de Renda (rendimento médio dos chefes de domicílio em salários mínimos; percentagem dos chefes de domicílio com renda até dois

Cidade do Rio de Janeiro” (vide tabela 6), em 2008, o órgão da prefeitura do Rio de Janeiro já apontava oficialmente as diferenças entre os bairros cariocas e de qualidade de vida entre eles. Não foi encontrado outro estudo mais recente deste porte elaborado pelo mesmo instituto.

Em uma variação numa escala de 0 a 1 (sendo 0= menor valor; 1 = maior valor), observa-se a disparidade entre os bairros. Observa-se que a concentração de bairros de pior IDS na Zona Oeste da cidade e de melhor, na Zona Sul e Norte, com raras exceções, conforme sinalizado na tabela 5 e na figura 7.

Tabela 5: Índice de Desenvolvimento Social por bairros – Município do Rio de Janeiro - 2000

Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral
Lagoa	1	0,854	Zumbi	29	0,684	Vila Cosmos	57	0,610
Leblon	2	0,809	Rocha	30	0,683	Eng. de Dentro	58	0,610
Ipanema	3	0,801	P. da Bandeira	31	0,679	Ramos	59	0,610
Humaitá	4	0,798	Cachambi	32	0,670	Santa Teresa	60	0,608
Urca	5	0,795	Riachuelo	33	0,669	Taquara	61	0,608
Barra da Tijuca	6	0,795	Cocotá	34	0,668	Irajá	62	0,606
Jardim Botânico	7	0,787	Vila Valqueire	35	0,665	Quintino Bocaiúva	63	0,605
São Conrado	8	0,787	Vila da Penha	36	0,663	Água Santa	64	0,604
Gávea	9	0,787	Catete	37	0,663	Olaria	65	0,603
Laranjeiras	10	0,779	Pechincha	38	0,662	Piedade	66	0,602
Flamengo	11	0,775	Freguesia (16RA)	39	0,651	Jardim Carioca	67	0,601
Leme	12	0,761	Praia da Bandeira	40	0,650	Bancários	68	0,600
Maracanã	13	0,758	Maria da Graça	41	0,648	Praça Seca	69	0,598
Copacabana	14	0,753	São Franc. Xavier	42	0,638	Saúde	70	0,598
J. Guanabara	15	0,745	Anil	43	0,635	Tanque	71	0,595
Botafogo	16	0,743	Higienópolis	44	0,631	Vila Militar	72	0,594
C. dos Afonsos	17	0,730	Vista Alegre	45	0,629	Campinho	73	0,594
Tijuca	18	0,729	Portuguesa	46	0,629	São Cristóvão	74	0,594
Grajaú	19	0,725	Centro	47	0,629	Paquetá	75	0,594
Méier	20	0,719	Jardim Sulacap	48	0,628	Penha Circular	76	0,593
Moneró	21	0,715	Abolição	49	0,628	Oswaldo Cruz	77	0,591
Cosme Velho	22	0,713	Rio Comprido	50	0,625	Jacaré	78	0,591
Joã	23	0,713	Engenho Novo	51	0,618	Bento Ribeiro	79	0,590
Todos os Santos	24	0,701	Freguesia (20RA)	52	0,615	Cascadura	80	0,588
Glória	25	0,700	Encantado	53	0,615	Brás de Pina	81	0,588
Andaraí	26	0,696	Bonsucesso	54	0,615	Madureira	82	0,586
Ribeira	27	0,689	L. de Vasconcelos	55	0,612	Pilares	83	0,585
Vila Isabel	28	0,687	R. dos Bandeirantes	56	0,612	Vaz Lobo	84	0,584

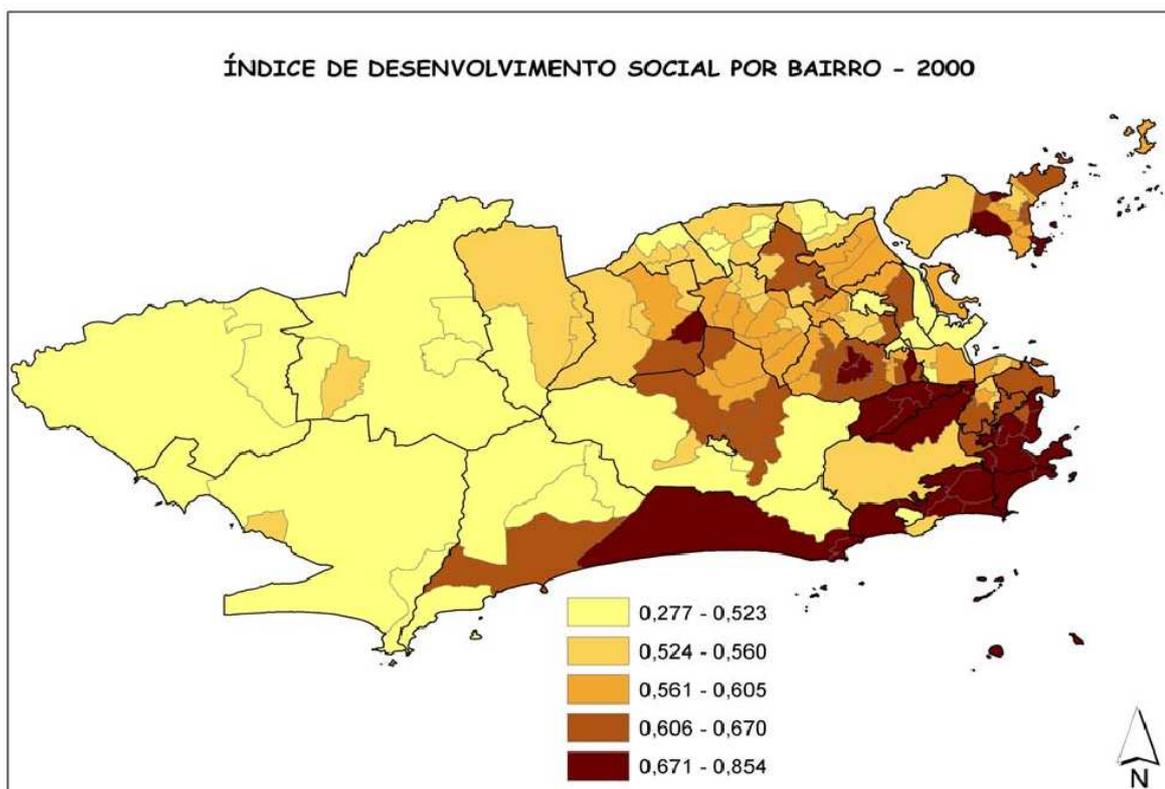
salários mínimos; Percentagem dos chefes de domicílio com rendimento igual ou superior a 10 salários mínimos)” CAVALIERI e LOPES, 2008: 1-3).

Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral	Bairro	Posição	Índice Geral
E. da Rainha	85	0,584	Engenheiro Leal	110	0,549	Cidade de Deus	135	0,498
Penha	86	0,580	Del Castilho	111	0,549	Caju	136	0,498
Cacua	87	0,578	Galeão	112	0,548	Gardênia Azul	137	0,497
Pitangueiras	88	0,575	Guadalupe	113	0,548	Maré	138	0,497
Marechal Hermes	89	0,572	Alto da Boa Vista	114	0,547	Senador Camará	139	0,496
Tomás Coelho	90	0,572	P. de Guaratiba	115	0,546	Santíssimo	140	0,491
Sampaio	91	0,570	Realengo	116	0,545	Barros Filho	141	0,490
Estácio	92	0,568	Magalhães Bastos	117	0,544	Costa Barros	142	0,490
Santo Cristo	93	0,564	Colégio	118	0,543	Cosmos	143	0,488
C. Universitária	94	0,564	Padre Miguel	119	0,542	Paciência	144	0,482
Cavalcanti	95	0,560	Parque Anchieta	120	0,540	Inhoaíba	145	0,478
Jardim América	96	0,559	Pavuna	121	0,540	Sepetiba	146	0,477
Tauá	97	0,559	Gamboa	122	0,537	Santa Cruz	147	0,476
Inhaúma	98	0,559	Vidigal	123	0,528	Jacarepaguá	148	0,476
Benfica	99	0,559	R. de Albuquerque	124	0,525	C. do Alemão	149	0,474
Catumbi	100	0,558	Bangu	125	0,525	Manguinhos	150	0,473
Cordovil	101	0,558	Mangueira	126	0,523	Rocinha	151	0,458
Rocha Miranda	102	0,556	Parque Columbia	127	0,522	B. de Guaratiba	152	0,448
Coelho Neto	103	0,556	Anchieta	128	0,519	Acaari	153	0,443
V. de Carvalho	104	0,555	Campo Grande	129	0,518	Guaratiba	154	0,433
Deodoro	105	0,555	Vigário Geral	130	0,514	Vargem Pequena	155	0,425
Cidade Nova	106	0,553	S. Vasconcelos	131	0,508	Vargem Grande	156	0,408
Curicica	107	0,552	Jacarezinho	132	0,501	Camorim	157	0,369
Honório Gurgel	108	0,551	Itanhangá	133	0,501	Grumari	158	0,277
Turiçuá	109	0,550	Parada de Lucas	134	0,501			

Fontes - dados: IBGE.Censo 2000; cálculos: IPP/DIG
 Obs. Os bairros de Vasco da Gama e Gericinó ainda não existiam em 2000.

Fonte: CAVALIERI e LOPES/ IPP/RJ, 2008

Figura 7: Índice de Desenvolvimento Social por bairros – Município do Rio de Janeiro - 2000

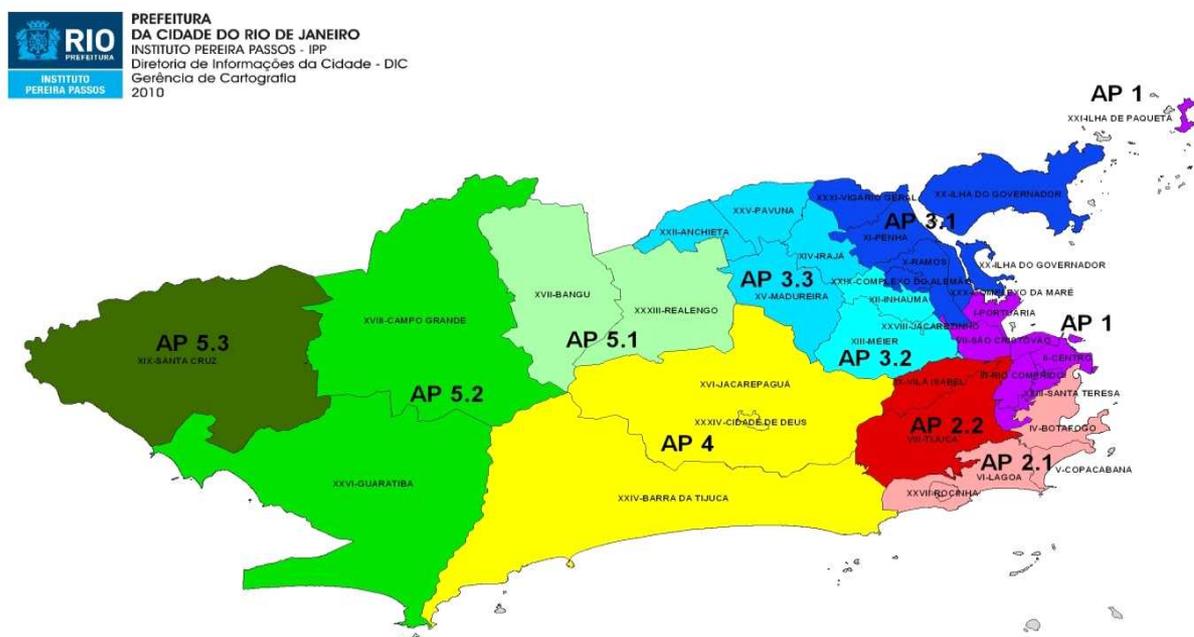


Fontes - dados: IBGE.Censo 2000; cálculos e mapa: IPP/DIG
 Obs. Os bairros de Vasco da Gama e Gericinó ainda não existiam em 2000.

Fonte: CAVALIERI e LOPES/IPP/RJ, 2008

O município foi dividido em dez áreas programáticas para efeito de organização da rede de saúde, sendo que cada uma possui uma coordenação de saúde (CAP), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que é responsável pela sua área de abrangência, tanto das questões administrativas quanto da questão epidemiológica. Na figura 8 temos esta divisão, sendo: CAP 1.0 – Centro, CAP 2.1 – Zona Sul, CAP 2.2 – Grande Tijuca, CAP 3.1 – Região da Leopoldina e Ilha do Governador, CAP 3.2 – Grande Méier, CAP 3.3 – Grande Madureira, CAP 4.0 – Jacarepaguá e Barra da Tijuca, CAP 5.1 – Grande Bangu, CAP 5.2 – Grande Campo Grande e CAP 5.3 – Grande Santa Cruz.

Figura 8: Divisão do Município do Rio de Janeiro por Área Programática (AP)



Fonte: Armazém de Dados: 2015

Em termos organizativos, a SMS da cidade do Rio de Janeiro é dividida em seis subsecretarias: Subsecretaria Geral – SUBGE, Subsecretária de Gestão – SUBG, Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUBPAV, Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – SUBVISA e a Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde – SUBGER.

Sob sua gestão, a SMS conta com 279 unidades municipais de saúde, divididas em Policlínica (09), Centro Municipal de Saúde (128), Hospital/UPA/CER (33), Clínica da Família (72), CAPS/CPSAD/CAPSI (24), Maternidade/Casa de Parto (11) e Institutos (2).

Na cidade do Rio de Janeiro, os programas e políticas de saúde são implementados através de gerências específicas da SMS. O programa de controle do câncer de colo de útero possui interface com duas gerências: a de Saúde da Mulher – responsável pela coleta do exame preventivo – e a Gerência do Câncer – responsável pela operacionalização técnica.

A Gerência do Câncer tem por objetivo trabalhar na organização da rede assistencial, integrando os vários níveis de atenção para a implementação de ações voltadas para a prevenção e controle do câncer. As ações realizadas devem incluir estratégias para detecção precoce do câncer, organização da referência e contra-referência, a partir do sistema de regulação hoje implementado (Sistema Nacional de Regulação de Vagas - SISREG), monitoramento da cobertura das populações alvo, qualidade da prestação de serviço, do acesso e oferta de serviços e resultados, conforme indicado pela própria secretaria em seu site. Cabe a esta gerência o monitoramento da padronização dos procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer, baseada nas diretrizes do Ministério da Saúde, além da implementação dos sistemas de informação de controle do câncer.

A rede assistencial é composta, então, de clínicas da família (CF), centros municipais de saúde (CMS), policlínicas, hospitais e institutos. São diversas formas de gestão atuando: municipal, estadual, federal, universidades, filantrópicas e conveniadas, constituindo-se em uma das maiores redes de saúde do país, principalmente por ter sido capital do Brasil, possuindo uma herança de forte aparato hospitalar.

A SMS aderiu ao incentivo do Ministério da Saúde (MS), em 2009, iniciando o processo de ampliação da Estratégia de Saúde da Família e optou por um modelo que conta com unidades classificadas em: Clínica da Família e Unidade Tipo A (onde 100% do território de cobertura possui equipe de Saúde da Família (ESF)); Unidade tipo B (uma parte do território possui cobertura de Saúde da Família) e

Unidade Tipo C (se constitui de uma unidade tradicional sem ESF). As unidades tipo A são chamadas Clínica da Família (CF) e as de tipo B e C são denominadas CMS.

É possível visualizar em um mapa digital disponibilizado pelo Instituto Pereira Passos, da Prefeitura do Rio de Janeiro, a área de abrangência e a localização das unidades municipais de saúde, através do endereço - http://portalgeo.rio.rj.gov.br/mapa_digital_rio/?config=config/sms/mapadigital_saude.xml, Identificando-se não apenas a localização, mas também o endereço e o tipo de atendimento prestado pela unidade.

Em 2010, foi lançada a cartilha de serviços, onde foi apresentada a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada do sistema de saúde do município, inserindo-a em uma rede de atenção à saúde e tendo por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o serviço de saúde.

Neste sentido, a Carteira de Serviços de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro define características para a APS, destacando a importância do território adscrito para o acompanhamento do cuidado, ou seja, a população residente na área de cobertura da ESF deve prioritariamente ser atendida pela mesma equipe de saúde da família. Para as unidades de APS sem ESF a definição de um conjunto de CEPs estabelecerá a base territorial de abrangência dos serviços prestados. Com isso alguns outros princípios devem ser assegurados, como longitudinalidade (ou o acompanhamento das pessoas ao longo de muito tempo), acessibilidade (oferecer acesso ao serviço de saúde quando as pessoas sentirem necessidade); coordenação do cuidado (todas as pessoas do território são acompanhadas pela ESF ou terão como referência a unidade de APS da sua área de abrangência. Quando há necessidade de atenção especializada as pessoas são referenciadas).

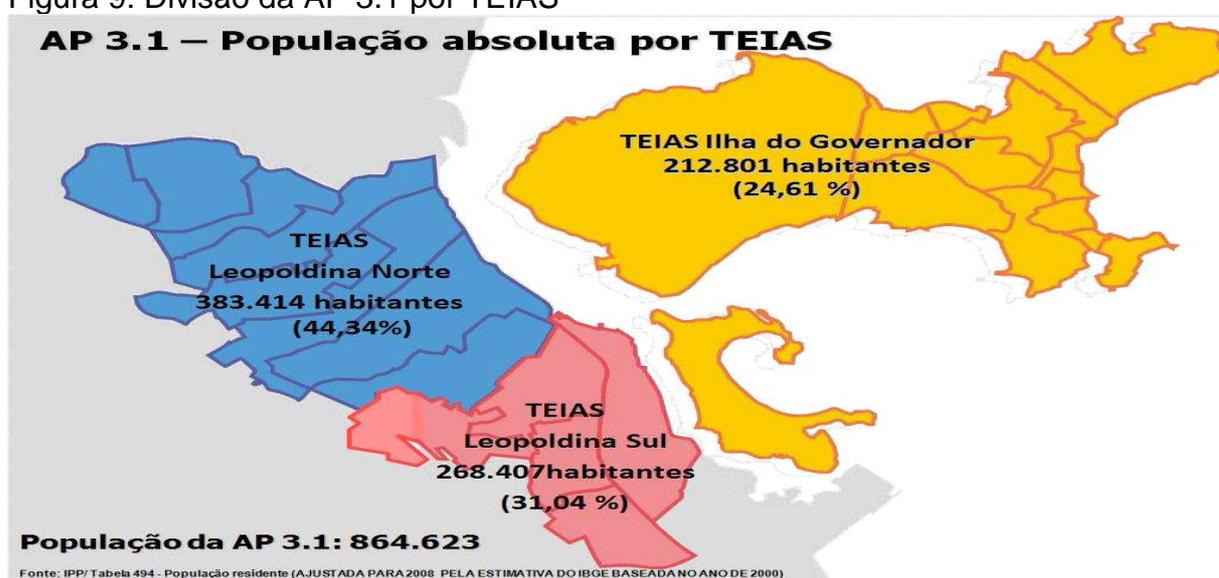
Ao município, cabe regular a circulação dos usuários do sistema de saúde pelas diversas unidades de saúde. Assim, através da Central de Regulação de Vagas (CRV), utilizando o SISREG, é realizado o referenciamento dos usuários para atenção especializada.

O SISREG regula desde exames a tratamentos oncológicos, como a radioterapia, passando pelas cirurgias. Neste sentido, o acesso aos hospitais especializados vinculados aos SUS está regulado pelo SISREG, o que, teoricamente, facilitaria o acesso aos mesmos.

O trabalho em rede é apresentado como facilitador de um planejamento em saúde em que as ações sejam voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo uma construção e gestão compartilhadas.

A prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro parte para uma mudança de conceito, saindo da lógica de responsabilidade epidemiológica para o conceito de TEIAS. O TEIAS (Território Integrado de Saúde) trabalha com a delimitação de um espaço não apenas geográfico mas também englobando outros determinantes sociais, integrando os diversos serviços de saúde. Como visto na figura 9, trazida como exemplo, percebe-se esta delimitação.

Figura 9: Divisão da AP 3.1 por TEIAS



Fonte: Blog da CAP 3.1

Segundo Menezes (2011), o TEIAS consiste em uma metodologia, fundamentada no planejamento estratégico participativo, de construção da rede de atenção à saúde da Cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de “construir um modelo de gestão capaz de integrar práticas de gerenciamento orientado pelo compromisso público com os cidadãos” (MENEZES, 2011: 18).

Neste sentido, busca reorganizar os serviços de saúde ofertados, reestruturando a oferta de serviços de saúde, tendo como base a Estratégia de Saúde da Família na elaboração de um plano de ação direcionado pela realidade

local. Utilizando a metodologia do planejamento estratégico participativo, em territórios definidos, estabelece conexões entre ações e serviços de saúde, buscando configurar uma rede de atenção à saúde.

O TEIAS foi gestado dentro da lógica do planejamento normativo, seguindo a proposta de organização dos serviços de saúde como sistema, segundo o diretrizes apresentadas pela primeira vez por Dawson, na década de 20. Neste sistema, as regiões de saúde organizam os serviços em rede, buscando um planejamento do cuidado e da atenção à saúde voltado para as necessidades dos usuários, partindo da delimitação de um território geo-político, para a organização e integração dos diferentes níveis de atenção, considerando as Linhas de Cuidado e as Redes de Atenção à Saúde, já implementadas pela SMS. (MENEZES, 2011).

“Entendemos... que, os Territórios Integrados de Atenção à Saúde devem proporcionar e garantir atenção à saúde, tendo como critério o acesso aos serviços com qualidade, dentro dos princípios do SUS. As redes de atenção à saúde buscam garantir a integralidade do cuidado e os serviços devem ser ofertados de forma articulada e integrada dando a garantia da população a esse direito constitucional... Para garantirmos ações e serviços de saúde dentro da modelagem dos TEIAS, é fundamental levarmos em consideração os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de forma que se mude as características dos serviços baseados na atenção à doença para uma abordagem ampliada, integrando as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade” (SILVA, 2011:43-44).

Desta forma, o TEIAS define para os usuários as referências de saúde para cada território delimitado. Estes territórios e referências foram pactuadas pela CAPs e discutidas junto aos Conselhos Distritais de Saúde²¹. Menezes (2011) aponta em seu trabalho que a participação social foi restrita a discussão do desenho de cada TEIAS, mas que a escolha do modelo em si foi uma opção da gestão municipal, sem participação do Conselho de Saúde.

Estes territórios são atravessados pelas Linhas de Cuidado Específicas, que concretizam as Redes de Atenção à Saúde, inclusive a de Prevenção e Controle do Câncer, como será apresentado adiante.

²¹ Pelo tamanho da cidade, seguindo a divisão das CAPs, cada uma possui um conselho de saúde, que, por sua vez, tem assento no Conselho Municipal de Saúde, com um representante.

Capítulo 04 – A Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero no Município do Rio de Janeiro

Neste capítulo, será discutido como a cidade do Rio de Janeiro organiza a sua atenção oncológica destinada à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero. A abordagem realizada considera os aspectos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, pensando-os de forma articulada, identificando os recursos disponíveis, tendo como princípios norteadores da análise a universalidade, a equidade, a integralidade e a garantia de acesso à população aos serviços existentes.

A assistência à saúde no âmbito do SUS na cidade do Rio de Janeiro é composta por instituições públicas e privadas conveniadas que atuam nos campos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, atendendo a população em diferentes níveis de atuação e com portas de entradas distintas.

Todas as ações são reguladas por normativas e diretrizes definidas por meio de protocolos e portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Vale destacar, neste ponto, que as relações intergovernamentais (RIG) fazem com que “as três esferas de governo, bem como seus legislativos, convivam no instável equilíbrio que implica a gestão de um sistema político onde o poder é ao mesmo tempo dividido e compartilhado dentro do mesmo espaço territorial” (SOUZA, 2003:149), ou seja, não existe uma hierarquia entre os entes federativos e toda política de saúde deve ser pactuada nos espaços decisórios existentes, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

No Estado do Rio de Janeiro, foi publicada a lei nº 5.809, de 25 de agosto de 2010, que cria a Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro. Esta Lei estadual estabelece a criação de fluxos de regulação para os atendimentos nesta área, definindo os objetivos da rede, em consonância com a PNAO e as atribuições do gestor da rede, no caso, o Estado. As referências de alta complexidade em

oncologia²² do estado são pactuadas regularmente na CIB, sendo a mais recente a Deliberação CIB 2.795, de 18 de março de 2014.

É interessante assinalar que esta Deliberação, apesar de datada de 2014, faz referência à Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005, muito embora esta tenha sido revogada com a publicação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer em 2013, o que nos leva a refletir se a atual política tem sido considerada no planejamento das ações em nível estadual. Outro ponto que merece destaque nesta deliberação é que não é feita referência ao Plano de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro²³, lançado em dezembro de 2013.

Com relação ao Plano Estadual de Atenção Oncológica, o documento não é público ainda. Apesar de ter sido amplamente divulgado em seu lançamento, o material em si não foi disponibilizado para consulta pública. Este documento foi elaborado pela SES, com assessoria da Fundação do Câncer (instituição de caráter privado), segundo informações constantes no site da mesma. Em contato realizado com a Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância do INCA, em 07 de agosto de 2015, a informação dada é que eles possuem o documento, porém não estão autorizados a divulgá-lo.

Em junho de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro deu início à regulação unificada para todo o Estado dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, através da CER (Central Estadual de Regulação, também conhecido como Reuni-Rio²⁴), nome dado ao sistema de regulação da SES. O Reuni-Rio preconiza que até dezembro de 2015, todos os serviços prestados na área de saúde pelas esferas estadual, federal e municipais do estado do Rio de Janeiro deverão estar integrados, incluindo ainda as unidades universitárias e filantrópicas, de forma a unificar as ofertas de serviços de saúde das três esferas de gestão em uma única central. Essa perspectiva inclui o planejamento

²² Na referência de alta complexidade oncológica são pactuados as referências para este atendimento em saúde de cada Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro para as especialidades de quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, cirurgia de cabeça e pescoço, pediatria e hematologia.

²³ Sobre o lançamento do Plano, ver: <http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=1874771>, <http://pt.slideshare.net/institutooncoquia/o-plano-de-ateno-oncolgica-do-estado-do-rio-de-janeiro>, <http://cancer.org.br/plano-de-atencao-oncologica/>, <http://cancer.org.br/a-fundacao/o-que-fazemos/plano-de-atencao-oncologica/>, acesso em 20 de junho de 2015.

²⁴ Sobre início do Reuni-Rio, ver: <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/28946-governo-do-rio-da-inicio-a-processo-de-regulacao-unificada-inedito-no-pais.html?highlight=WyJjZW50cmFslwiZGUiLCJyZWd1bGFcdTAwZTdcTdAwZTNvliwiY2VudHJhbCBkZSIsImNi bnRyYWwgZGUgcmVndWxhXHUwMGU3XHUwMGUzbyIsImRlIHJlZ3VsYVx1MDBIN1x1MDBIM28iXQ==>.

para que toda a rede oncológica da cidade do Rio de Janeiro passe a ser regulada pela SES.

Na data de seu lançamento, o Reuni-Rio abrangia apenas os serviços ambulatoriais das seguintes especialidades: gestação de alto risco, cirurgias bariátricas, radioterapia, hematologia e terapia renal substitutiva (TRS). Com relação à oferta das vagas para radioterapia, foi regulada apenas para moradores da Região Metropolitana I (Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Queimados, Japeri, Mesquita, Nova Iguaçu, Nilópolis, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias e Magé).

O município do Rio de Janeiro disponibiliza no site da SUBPAV na internet os protocolos para atendimento na área da oncologia. Entretanto, observa-se que estas documentações não foram atualizadas com a mudança da legislação ocorrida em 2013, permanecendo a referência à PNAO de 2005.

No site da SUBPAV, então, constam **os protocolos de regulação oncológica** (referentes aos tumores ginecológicos – colo uterino, endométrio e ovário – e ao tumor de mama), **os critérios de encaminhamentos oncológicos** (onde são descritos a unidade onde está disponível o atendimento, o nome do procedimento a ser solicitado via SISREG, os critérios de inclusão/exclusão e as orientações a serem dadas aos usuários ao se dirigirem para o primeiro atendimento na unidade terciária), e **as orientações para o regulador**. Nestes documentos não constam as datas de atualização dos mesmos.

Desta forma, o município disponibiliza de forma bastante acessível e de fácil compreensão, tanto os critérios de encaminhamento como o tipo de procedimento a ser solicitado via SISREG, aos profissionais de saúde.

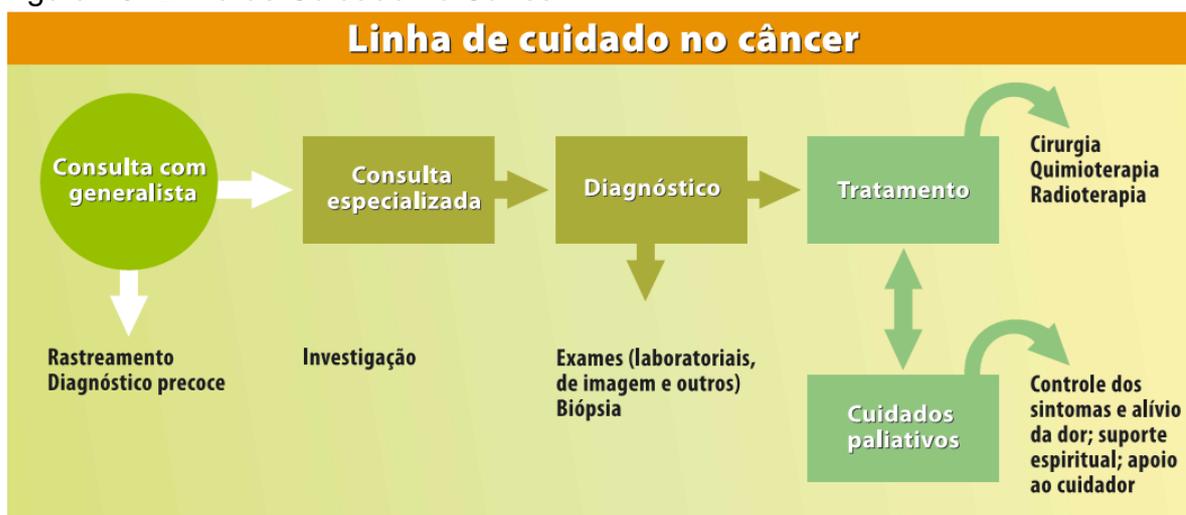
4.1 – O controle do câncer do colo de útero na Atenção Primária à Saúde

Embora exista no imaginário social uma forte relação entre câncer e alta complexidade, a Atenção Primária à Saúde tem um papel extremamente importante na Rede de Atenção à Saúde, especialmente no que se refere ao controle do câncer de colo de útero. Como discutido ao longo dessa dissertação e com base nas normatizações vigentes, o CAB 13 ressalta a importância da atenção primária na

Linha de Cuidado do câncer ginecológico. Desta forma, destaca que suas ações vão desde o cadastro e identificação da população prioritária até o acompanhamento em cuidados paliativos (CAB 13, 2013: 28).

No caso específico do município do Rio de Janeiro, existe uma Linha de Cuidado no Câncer, conforme ilustrado na figura 10. A coordenação desta linha é de responsabilidade da Gerência do Câncer, subordinada à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da SMS, cuja proposta de trabalho é a organização da rede assistencial, integrando os vários níveis de atenção para a implementação de ações voltadas para a prevenção e controle do câncer no âmbito do município do Rio de Janeiro²⁵. Ressalta-se que suas ações ainda utilizam como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM nº 2439/05), conforme indicado no site e como apontam os documentos analisados no decorrer deste capítulo.

Figura 10: Linha de Cuidado no Câncer



Fonte: INCA, s/d

A Linha de Cuidado do Câncer que compõe o protocolo atual da SMS - datado de 2010 - tem por base documento do INCA. Cabe destacar que esse mesmo desenho de Linha de Cuidado está contido também no Caderno de Atenção Básica nº 13, de 2013.

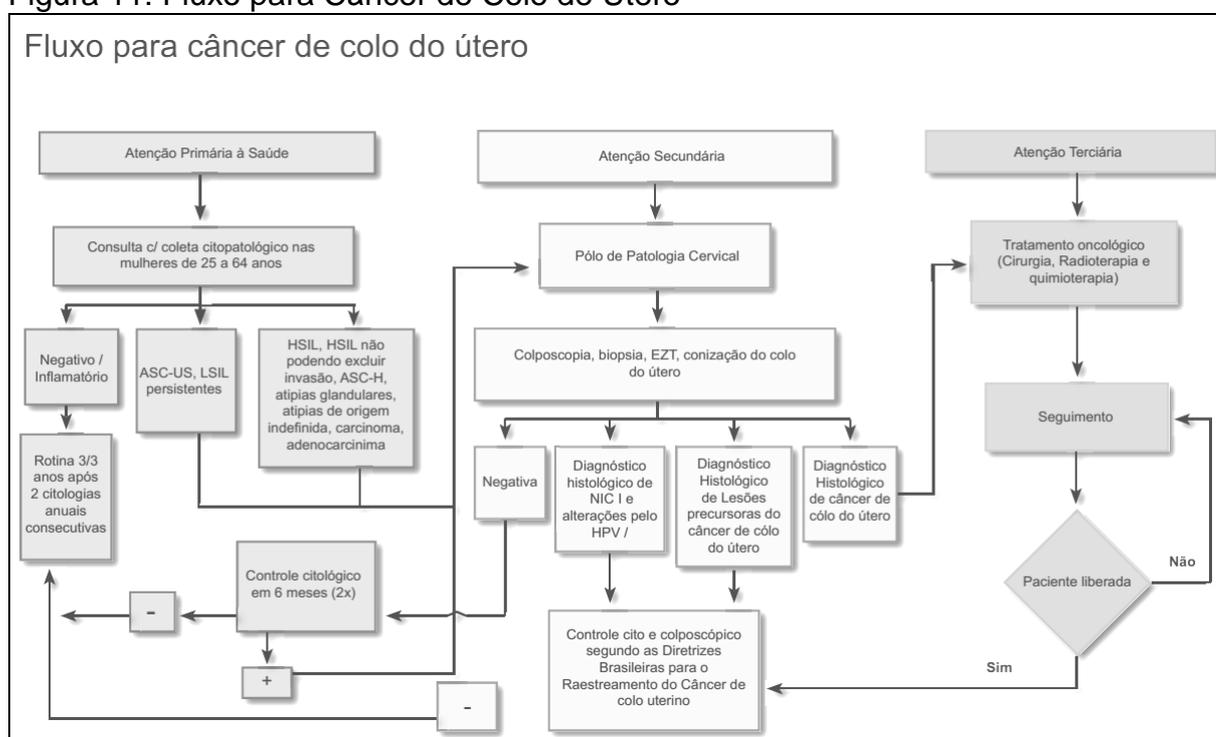
No tocante ao câncer de colo de útero temos, hoje, diversas diretrizes nacionais que conformam a Linha de Cuidado, destacando-se a Política Nacional de

²⁵ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cancer>, último acesso em 05 de setembro de 2015.

Prevenção e Controle do Câncer e o Caderno de Atenção Básica nº 13, versão 2013.

Com base nessa linha de cuidado e nas orientações preconizadas pelo CAB 13, o rastreamento do câncer do colo de útero deve ocorrer na própria unidade básica de saúde. Na Carteira de Serviços da APS do município do Rio de Janeiro (PCRJ, 2011), é preconizado que esse procedimento seja disponibilizado em todas as UBS e Clínicas da Família existentes na cidade, podendo ser realizado por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. No Caderno de Atenção Secundária (PCRJ, 2014), temos a ilustração do fluxo para o câncer de colo do útero (figura 11).

Figura 11: Fluxo para Câncer de Colo de Útero²⁶



Fonte: SMS/RJ - Caderno de Atenção Secundária

Como descrito no capítulo 3, a rede de serviços de APS no município é bastante extensa, comportando 72 Clínicas da Família (CF) e 128 CMS. A distribuição desses serviços pelo território municipal não é uniforme, embora se possa afirmar que a ampliação da Estratégia Saúde da Família e a implantação do TEIAS estejam contribuindo para uma maior cobertura da população pela APS.

²⁶ Vale ressaltar que nesse fluxo é mencionada a faixa etária de 25 a 64 anos de idade como prioritária para o exame preventivo, seguindo a orientação ministerial, mas em contradição com o protocolo municipal.

O exame preventivo citopatológico pode ser realizado durante a consulta de rotina ou em agendamentos específicos para esse fim, tendo como população prioritária as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade. Esta ampliação da faixa etária ocorreu em 2011²⁷, com a publicação do documento intitulado *Diretrizes para o Rastreamento de Câncer de Colo Uterino* (BRASIL, 2011). Entretanto, como dito anteriormente, o protocolo da SMS ainda é de 2010, o que restringe a faixa etária prioritária entre 25 a 59 anos de idade.

A ampliação da faixa etária tem referência direta ao aumento da expectativa de vida das mulheres, seguindo a tendência internacional, pelo aumento da longevidade feminina (BRASIL, 2011). A não inclusão das mulheres idosas pela SMS não as impede de realizar o exame, caso o busquem por demanda espontânea nas unidades básicas. Entretanto, elas deixam de fazer parte do público alvo das campanhas. Essa restrição pode levar a que as idosas, que muitas vezes por questões culturais demandam menos atendimento ginecológico, deixem de ser priorizadas no atendimento e não sejam foco de ações de busca ativa.

Também a frequência da realização do exame citopatológico é diferenciada entre o protocolo vigente na SMS e o CAB 13. No CAB 13, é recomendada a realização de novo exame a cada três anos após dois exames anuais com resultado negativo. Já o protocolo da SMS preconiza essa mesma periodicidade também para os exames com resultado inflamatório, tal como previsto nas normativas do Ministério da Saúde anteriores.

Considerando que a população feminina na cidade, na faixa etária preconizada para o rastreamento é de 1.855.424, segundo dados do censo de 2010 e que o MS estima que 70% da população dependam exclusivamente do SUS²⁸, a população alvo do programa estaria em torno de 1.298.794 mulheres. Entretanto, dados do SISCOLO disponíveis apontam que em 2013, foram apenas 218.079 exames realizados.

Um aspecto que pode contribuir para esse baixo número de exames e que não pode ser desconsiderado refere-se à utilização de planos de saúde para este tipo de atendimento, conforme apontado por alguns estudos (ALMEIDA, 2012,

²⁷ Até o ano de 2011, a faixa etária considerada prioritária era a de 25 a 59 anos de idade.

²⁸ Dados do Mais Saúde, site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>, acesso em 03.07.2015.

BARATA, 2008 e GIRIANELLI, 2009). A adesão a planos de saúde está, provavelmente, relacionada a benefícios do trabalho assalariado formal, e também à ampliação do uso das clínicas com “preços populares” como alternativa ao SUS²⁹. Estes exames realizados na rede privada não são inseridos no sistema SISCOLO. Essa questão merece, no entanto, maior investigação, tendo em vista as impossibilidades de realização das entrevistas para elaboração dessa dissertação.

O Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017 aponta uma proposta de ampliação destes exames, entretanto, ainda aquém do necessário, conforme apontado na tabela abaixo:

Tabela 6: Ampliação de exames citopatológicos - período 2014 - 2017

Estratégia 2.8: Oferta de exames citopatológicos do colo do útero e da mama para rastreamento do câncer.					
Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Realizar exames para rastreamento do câncer de colo cérvico-uterino e de mama	227.515	348.098	365.503	383.778	Exame

Fonte: SMS/RJ, 2013

Um importante aspecto a considerar no controle do câncer de colo de útero é exatamente, como visto, a detecção precoce, o que exige acesso oportuno e rapidez na realização do exame preventivo e na liberação dos resultados. Analisando os dados informados no SISCOLO, observa-se que o tempo de espera para a realização do exame citopatológico tende, em boa parte, a ser de até 30 dias, conforme preconizado³⁰. No ano de 2013, 82,7% dos exames foram realizados nesse período de tempo. Chama atenção, no entanto, o número de exames

²⁹<http://www.correio24horas.com.br/detalhe/noticia/clinicas-populares-sao-opcao-ao-sus-e-a-carestia-dos-planos-de-saude/?cHash=5a731a56df24e97c9ad05e95c259fa53>, <https://economize.catracalivre.com.br/dicas/%EF%BB%BFclinicas-populares-oferecem-consultas-medicas-e-exames-a-precos-acessiveis/>, <http://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/colunas/2014/02/1413933-brasil-27-saude-acessivel.shtml>, acesso em 23 de julho de 2015.

³⁰ Ver: CAB 13 e Carteira de Serviços da Atenção Primária (SMS/RJ)

realizados com mais de 30 dias nos anos de 2011 e 2012 (tabela 7), superando inclusive o número de exames realizados em até um mês. Em 2013, o tempo de espera para realização dos exames citopatológicos voltou a diminuir.

Tabela 7: Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora. Quant. Exames por Tempo Exame e Ano de Competência. Rio de Janeiro. Período: Jan/2010-dez/2013

Tempo Exame	2010	2011	2012	2013
0 - 30 dias	104.747 (57,2%)	31.915 (15,6%)	66.505 (25,9%)	180.421 (82,7%)
31 - 60 dias	67.794 (37,3%)	127.847 (61,9%)	14.181 (5,5%)	31.937 (14,6%)
> 60 dias	9.540 (5,5%)	46.788 (22,5%)	175.852 (68,6%)	5.721 (2,7%)
Total	182.081	206.550	256.538	218.079

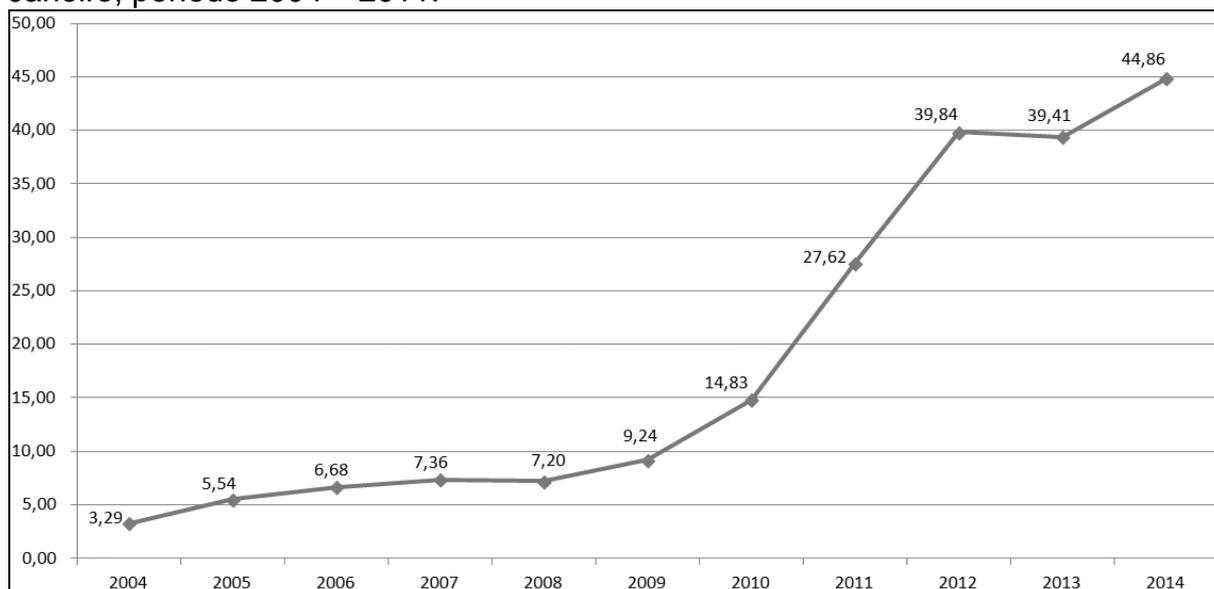
FONTE: SISCOLO/ TABNET

A realização de entrevistas com gestores da SMS poderiam contribuir para identificar os motivos dessa variação. No entanto, dada a não resposta do CEP em tempo hábil para a elaboração dessa dissertação, não foi possível obter esse tipo de informação.

Entre os prováveis fatores que contribuíram para essa variação está a transição experimentada no município do Rio de Janeiro com a implantação das Clínicas da Família. A expansão da Estratégia Saúde da Família no município ocorreu bastante tardiamente se comparado ao território nacional, ganhando impulso a partir de 2009 através da implantação das Organizações Sociais – OS (PIRES, 2014)³¹. Como destacado no capítulo anterior dessa dissertação, em 2004 apenas 3% da população do município era cadastrada na ESF. Em 2011, esse percentual chegou a 27,6%, passando a 39,8% em 2012 e chegando a quase metade da população carioca (44,86%), em dezembro de 2014, segundo dados do Ministério da Saúde (gráfico 1).

³¹ Conforme apontado na Introdução desta dissertação, o município do Rio de Janeiro utilizou como estratégia para ampliação da atenção primária em saúde a contratação de Organizações Sociais. A análise deste processo foge do escopo deste trabalho e pode ser encontrada nos trabalhos de PIRES, 2014 e HARZHEIM, 2013.

Gráfico 1: Proporção de cobertura populacional estimada do Município do Rio de Janeiro, período 2004 – 2011.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Em relação aos resultados dos exames citopatológicos, observa-se na tabela 8 que a maior parte dos exames é liberada em até 30 dias, que é o tempo recomendado pelo Ministério da Saúde. Aqui novamente chama atenção o fato de que nos anos de 2011 e 2012 mais da metade dos exames realizados tiveram o resultado liberado no intervalo de mais de 30 dias.

Tabela 8: Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora. Quant. Exames por Tempo Exame e Ano de Competência. Rio de Janeiro. Período: Jan/2010- Dez/2013

Interv Resultado	2010	2011	2012	2013
0 - 10 dias	13.673 (7,5%)	3.872 (1,9%)	25.974 (10,1%)	62.843 (28,8%)
11 - 20 dias	88.479 (48,6%)	19.343 (9,4%)	26.626 (10,4%)	92.676 (42,5%)
21 - 30 dias	49.381 (27,1%)	45.964 (22,2%)	15.513 (6,1%)	31.394 (14,4%)
> 30 dias	30.548 (16,8%)	137.371 (66,5%)	188.425 (73,4%)	31.166 (14,3%)
Total	182.081	206.550	256.538	218.079

FONTE: SISCOLO/ TABNET

Novamente a impossibilidade de realização de entrevistas impediu uma análise sobre os fatores que explicam esse quadro. Através de contatos

profissionais no cotidiano de atuação como assistente social no INCA, fomos informados de que grande parte dos exames citopatológicos coletados nas unidades da APS do município é encaminhada a laboratórios privados contratados para essa finalidade.

Outra questão que merece atenção, mas que não foi possível averiguar no âmbito do estudo que deu origem a essa dissertação, diz respeito à qualidade dos exames realizados.

Uma das atribuições das equipes da atenção primária é definir a cobertura realizada, cruzando com a população alvo, para definir estratégias de ampliação do acesso.

Nos documentos analisados, disponibilizados pela SMS aos profissionais de saúde (referimo-nos aqui especificamente tanto à Carteira de Serviços, onde consta a relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, quanto ao protocolo da Linha de Cuidado do Adulto, no que se refere ao câncer de colo de útero), não se faz menção a esta atribuição. Não há também nenhuma indicação sobre os cuidados necessários à garantia do atendimento integral. Ambos os documentos examinados apenas fazem referência ao rastreamento, como se este fosse a única ação que a atenção primária devesse desenvolver dentro da linha de cuidado.

Em nenhum momento, estes documentos mencionam o acompanhamento e o seguimento da usuária dentro da Linha de Cuidado. Mesmo o CAB 13, versão 2006, que fundamentou a construção destes documentos (a Carteira de Serviços é de 2011 e a Linha de Cuidado de 2010), já fazia referência ao acompanhamento integral:

“Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo)” (CAB 13, 2006: 20).

Não foram identificados, nos materiais disponíveis, referências à busca ativa, acompanhamento dos resultados, dos encaminhamentos e das adesões ao tratamento, conforme preconizado no CAB13, nem ao desenvolvimento de ações educativas dentro desta linha.

Uma ação preventiva desenvolvida no ano de 2014 foi à vacinação contra o HPV³², figura 12. A vacina HPV foi disponibilizada para adolescentes entre 9 e 11 anos, nas Unidades de Saúde do SUS ou nas escolas, através de estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde, para todo o Brasil. A adolescente deverá tomar 3 doses da vacina. A primeira dose foi disponibilizada em março de 2015, a segunda, será em setembro de 2015, e a terceira será agendada para 60 meses após a data da primeira dose. Foi utilizada a vacina quadrivalente HPV, que confere proteção contra quatro tipos (6, 11, 16 e 18), exatamente os mais prevalentes.

Figura 12: Banner da Campanha de Vacinação contra o HPV em Rede Social



Fonte: Facebook.com/VacinacaoMS

No caso de exames com resultados alterados, a usuária pode ser encaminhada para uma consulta com um especialista para realizar o exame de colposcopia³³, via SISREG. O quadro a seguir apresenta as possibilidades de encaminhamento, de acordo com cada resultado.

³² Dentre os HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero. As vacinas são preventivas, tendo como objetivo evitar a infecção pelos tipos de HPV nelas contidos. A vacina quadrivalente está aprovada no Brasil para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas de colo do útero, vulva e vagina e câncer do colo do útero em mulheres e verrugas genitais em mulheres e homens, relacionados ao HPV 6, 11, 16 e 18. Fonte: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687

³³ Colposcopia - O exame de patologia cervical é um exame citológico da cérvix, com a finalidade de identificar lesões presentes na cérvix, ou seja, no colo do útero, onde se aplica uma solução de 3% a 5% de ácido e lugol na área. No exame, o médico ou enfermeiro mantém o colo do útero aberto e o banha com uma gaze embebida de ácido. Passado um minuto, as lesões pré-cancerosas aparecem tomando uma cor esbranquiçada, podendo ser vistas através do colposcópio.

Quadro 2: Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal

Resultados		Grau de suspeição	Conduta	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i>		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: Brasil, 2013

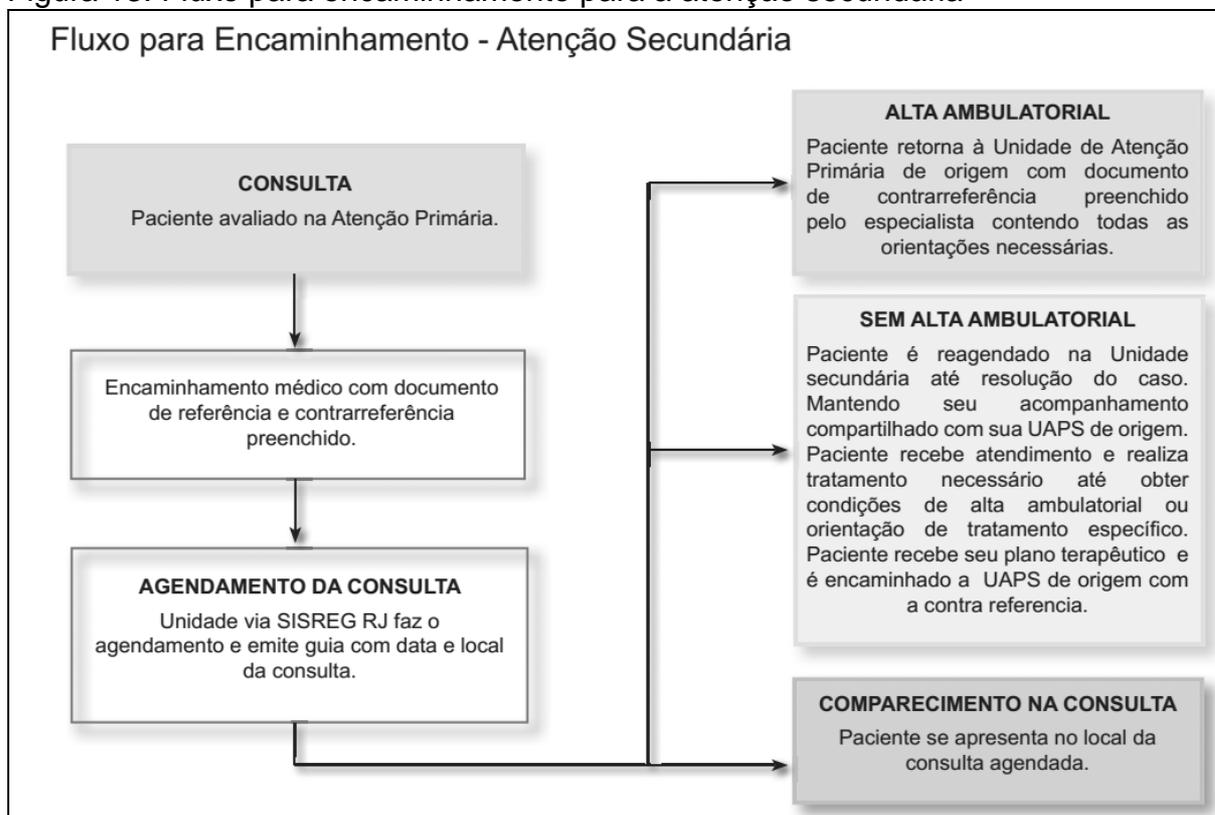
Trata-se, portanto, de procedimentos, em sua maior parte, de média complexidade, tema da seção a seguir.

4.2 – O controle de câncer de colo de útero na Atenção Secundária

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, a atenção secundária deve ser estruturada de forma a servir de referência às unidades de saúde da APS. No caso do câncer de colo de útero, devem realizar consulta especializada, colposcopia e outros exames necessários para a confirmação

diagnóstica, conforme preconizado no CAB 13. O fluxo para encaminhamento para a atenção secundária encontra-se na figura a seguir.

Figura 13: Fluxo para encaminhamento para a atenção secundária



Fonte: SMS/RJ - Caderno de Atenção Secundária

A confirmação diagnóstica através da análise dos materiais coletados nos exames é de fundamental importância para a definição do tratamento, podendo até mesmo, quando de sua demora no resultado ou na própria realização do exame, impedir o acesso em tempo hábil para uma expectativa de cura maior.

Os laboratórios que fazem estas análises e exames são sujeitos às normativas e supervisão do INCA, devendo estar integrados a rede de tal forma que os resultados sejam diretamente informados aos sistemas de informação existentes, vinculando-os aos cadastros das usuárias para que não ocorra uma defasagem nas informações.

O procedimento da Cirurgia de Alta Frequência (CAF) também é realizado neste nível de atendimento. A CAF é um tipo de cirurgia que utiliza um bisturi elétrico de baixa voltagem e alta frequência de corrente, capaz de retirar partes de tecido

sem causar grande queimadura. É utilizada como tratamento para as lesões pré-malignas do colo uterino, pois é de baixo custo e pode ser feita sob anestesia local, sem internação, no próprio consultório médico e o material retirado é enviado para exame citológico³⁴. Este procedimento, quando realizado em tempo hábil, pode evitar que a usuária venha a desenvolver o câncer de colo de útero, uma vez que é tratada a lesão percussora.

A prefeitura do Rio de Janeiro estruturou a cidade por territórios, conforme apresentado em capítulo anterior, indicando uma policlínica como referência para cada CAP³⁵. Analisando o documento Carteira de Serviços para a Atenção Secundária, observa-se que apenas duas policlínicas, uma localizada na CAP 5.1 e outra na CAP 5.2, estariam sendo indicadas, neste nível de atenção, para realizar este atendimento, conforme tabela 9.

Tabela 9: Serviços e Especialidades disponibilizados pelas Policlínicas³⁶

SERVIÇOS E ESPECIALIDADES	PARN	PHP	PNAC	PJPF	PRR	PNB	PMGS	PCAN	PLFF
Fisioterapia			X		X		X		X
Fonoaudiologia	X	X		X	X	X	X		X
Gastroenterologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Geriatria (Idoso Frágil)						X	X		X
Hepatologia- Hepatites Virais		X		X	X	X			X
Homeopatia	X	X				X		X	
Infectologia	X	X		X	X	X			X
Mastologia	X					X	X	X	X
Nefrologia	X						X		
Neurologia	X	X		X	X		X	X	
Nutrição	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Odontologia		X							
Oftalmologia	X	X	X	X	X	X	X		X
Ortopedia	X	X			X				X
Otorrinolaringologia	X				X	X	X	X	X
Patologia Cervical CAF							X	X	
Pequenas Cirurgias	X	X	X		X		X		
Pé Diabético (Referência NASF)			X	X	X	X	X	X	X
Perfil Biofísico Fetal									X
Pneumologia		X		X		X	X		X
Pneumologia Asma Adulto	X			X					X

Fonte: SMS/Rio, 2014

³⁴ Também conhecida como biópsia.

³⁵ A exceção das CAP 2.1 e 3.2.

³⁶ CAP 1.0 - Policlínica Antônio Ribeiro Netto – PARN; CAP 2.2 - Policlínica Helio Pelegrino – PHP; CAP 3.1 - Policlínica Newton Alves Cardoso - PNAC e Policlínica José Paranhos Fontenele – PJPF; CAP 4.0 - Policlínica Newton Bethlen – PNB; CAP 5.1 - Policlínica Manoel Guilherme Da Silveira Filho – PMGS; CAP 5.2 - Policlínica Carlos Alberto Nascimento – PCAN; CAP 5.3 - Policlínica Lincoln De Freitas Filho – PLFF.

Entretanto, ao analisar a disponibilidade de vagas via SISREG, identificamos polos para atendimento na CAP 1.0 (UFRJ – Instituto de Ginecologia), CAP 2.1 (Hospital da Lagoa e de Ipanema), CAP 2.2 (ambulatório do IASERJ – Maracanã, Hospital Gafree Guinle, Pedro Ernesto e Andaraí), CAP 3.2 (Hospital Salgado Filho e Piedade), CAP 3.3 (Hospital Francisco da Silva Teles), CAP 4 (Hospital Cardoso Fontes) e CAP 5.1 (Policlínica Manoel Guilherme). Não identificamos disponibilidade de vagas na CAP 5.2 (Policlínica Carlos Alberto Nascimento), que se encontra habilitada para o procedimento, segundo a Cartilha de Serviços da Atenção Secundária, de 2014 (tabela 10).

Tabela 10: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Consulta em Ginecologia - Patologia Cervical³⁷ – em 03.07.2015

Código	Nome do Procedimento	Teto Mensal ³⁸	Oferta Mensal ³⁹	Retorno Mensal ⁴⁰	Reserva Mensal ⁴¹	Pendências ⁴²
0701297	CONSULTA EM GINECOLOGIA - PATOLOGIA CERVICAL	1.423	620	264	356	1.122
2270048	SMS POLICLINICA MANOEL GUILHERME PAM BANGU AP 51	0	224	156	68	---
2269481	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32	1.040	144	108	36	---
2296594	UFRJ INSTITUTO DE GINECOLOGIA	0	48	0	48	---
2291266	SMS HOSPITAL MUNIC. FRANCISCO DA SILVA TELLES AP 33	61	32	0	32	---
2296306	SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32	35	32	0	32	---
2273659	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	18	24	0	24	---
3988724	AMBULATORIO IASERJ MARACANA	105	20	0	20	---
2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	0	16	0	16	---
2269775	MS HOSPITAL DE IPANEMA	87	16	0	16	---
2269384	MS HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAI	18	16	0	16	---
2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	0	16	0	16	---
2708353	IFF FIOCRUZ	14	12	0	12	---
2295423	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	5	8	0	8	---
2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	35	8	0	8	---
2269988	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	5	4	0	4	---

Fonte: SUBPAV, 2015

³⁷ Patologia Cervical – doenças da cérvix, do colo do útero.

³⁸ Capacidade pactuada de oferta de consultas.

³⁹ Consultas ofertadas no mês.

⁴⁰ Solicitado pela própria unidade em que foi feito o procedimento.

⁴¹ Reserva mensal é o mesmo que primeira vez e indica os pedidos de primeira vez para determinado procedimento.

⁴² Estão relacionadas com a fila de espera.

A tabela acima relaciona as unidades de saúde que disponibilizam o serviço para a realização de CAF na cidade. Das 15 instituições que ofertam o procedimento, apenas 26,6% são da rede própria do município, sendo a maioria da rede federal 46,6%. Há ainda 20% de hospitais universitários, que apesar de ofertarem vagas estas não estão pactuadas, o que demonstra a dificuldade de regulação das vagas destas unidades, e apenas 6,6% da rede estadual. Desta forma, a integração da regulação das vagas se faz primordial para a democratização no acesso para a população.

Destaca-se ainda que na Área Programática 5 (que concentra as Coordenações de Saúde (CAPs) 5.1, 5.2 e 5.3), o exame citopatológico está disponível apenas na Policlínica Manoel Guilherme (antigo PAM Bangu). Esta área concentra mais de 28% da população carioca, isto é, 1.704.773 pessoas, das quais 886.581 são mulheres, segundo o censo de 2010⁴³, o que leva a refletir sobre possíveis dificuldades de acesso a essa parcela da população. Há que se considerar, no entanto, que é também nessa unidade de saúde que se concentra a maior parte da oferta desse procedimento (38,6%).

Esta distribuição geográfica pode se constituir, portanto, em importante barreira de acesso ao tratamento. Considerando o tamanho da Zona Oeste da cidade (que abrange as CAP 5 – 5.1, 5.2 e 5.3) e a baixa infraestrutura nesta área, associada a outras barreiras de acesso apontadas no item 4.5 deste capítulo, as lesões precursoras podem não ser tratadas, possibilitando a evolução da doença para o câncer, quando o tratamento na fase inicial poderia evitar.

Neste sentido, pensar na expansão deste serviço para esta área da cidade pode ter um impacto significativo no tratamento das lesões precursoras, pois, como sinalizado por Travassos (2008:220) “da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde... representando importante barreira para os mais pobres”.

Outro procedimento de controle do câncer de colo de útero na média complexidade é o exame anátomo-patológico⁴⁴. Na tabela a seguir, podemos

⁴³ A população carioca foi calculada em 6.320.446 pessoas pelo Censo de 2010.

⁴⁴ Também chamado de biópsia.

observar a quantidade de exames de biópsia segundo a escolaridade das mulheres, cujos dados foram inseridos no SISCOLO entre os anos de 2010 a 2013.

Tabela 11: Exame Anátomo Patológico do Colo do Útero. Quant. Exames por Escolaridade e Ano de Competência. Rio de Janeiro. Período: Jan/2010-dez/2013

Escolaridade	2010	2011	2012	2013	Total
Ignorado/em branco	365 (66,3%)	556 (70%)	541 (66,4%)	542 (75,4%)	2004 (69,8%)
Analfabeta	44 (8%)	35 (4,4%)	37 (4,5%)	16 (2,2%)	132 (4,5%)
Ensino fundamental incompleto	61 (11,1%)	69 (8,7%)	94 (11,5%)	68 (9,5%)	292 (10,1%)
Ensino fundamental completo	55 (10%)	71 (8,9%)	68 (8,4%)	45 (6,3%)	239 (8,1%)
Ensino médio completo	23 (4,2%)	56 (7,1%)	62 (7,6%)	37 (5,2%)	178 (6,1%)
Ensino superior completo	03 (0,4%)	08 (0,9%)	13 (1,6%)	11 (1,4%)	35 (1,4%)
Total	551	795	815	719	2880

Fonte: SISCOLO

Além do número baixo de informações de exames registrados no SISCOLO, chama a atenção o não preenchimento do item escolaridade em grande parte dos registros, constando como ignorado / em branco. A título de ilustração, no ano de 2013, o não preenchimento deste campo chegava a 75,4% dos exames.

Considerando o que foi sinalizado em capítulo anterior desta dissertação, o câncer de colo de útero tem nas determinações sociais do processo saúde-doença um viés importante para o seu desenvolvimento. Além disso, a escolaridade tem um impacto significativo na renda, pois como sinaliza Rocha (2003: 184) “estudos evidenciam que desigualdades de rendimentos no mercado de trabalho não são criadas devido a mecanismos próprios deste mercado, ..., mas... devido a diferenças educacionais”. Nesse sentido, o não preenchimento deste campo nos registros de exames anátomo-patológicos pode mascarar o recorte de classe neste adoecimento, dificultando o estudo a partir destes dados.

Ao mesmo tempo, é preciso destacar que estudos apontam que pode estar acontecendo uma subnotificação no SISCOLO. Girianelli et alli (2009) indicam que uma das razões para que isto ocorra parte do fato de que o diagnóstico pode ter sido

realizado durante uma internação, compondo, assim, um dos procedimentos em que os recursos financeiros são oriundos da Autorização de Internação Hospitalar. Os autores identificam ainda outros fatores explicativos para essa subnotificação:

“(…) a descontinuidade de treinamento dos usuários do sistema, tornando as bases desatualizadas ou alimentadas inadequadamente. Além disso, muitos laboratórios não enviam as informações para as coordenações do programa criando-se uma defasagem entre o total de exames apresentados e pagos pelo SUS e o total de exames obtidos através do SISCOLO. Dessa forma, o conhecimento exato do quantitativo de mulheres que realizam o exame preventivo e os estudos de perfil sociodemográfico são limitados” (Almeida, 2012: 430).

Deve-se ainda considerar o uso de serviços privados que, como dito anteriormente, não tem os procedimentos registrados no SISCOLO.

Desta forma, não podemos avaliar se ocorreu efetivamente um aumento no número de vagas de 2013 para 2015. O que se observa nas informações coletadas é uma diminuição do número de exames entre os anos de 2012 e 2013, não podendo afirmar se foi pela não informação ou se existiu realmente uma retração no atendimento neste período. O que foi relatado, em contato prévio à pesquisa, é que possíveis defasagens seriam motivadas pelo fato de parte dos laboratórios que fazem a análise do material colhido ser terceirizado e localizado fora da cidade do Rio de Janeiro. Tal situação levaria a uma incompatibilidade na informação e uma não alimentação correta do sistema, que é uma atribuição da Secretaria Municipal de Saúde, e que somente essa poderia visualizar a correta produção. Como não houve autorização para realização da pesquisa do CEP da prefeitura em tempo hábil, não foi possível investigar essa questão. Desta forma é que priorizamos trabalhar com os dados disponibilizados via SISREG.

4.3 – Atenção Terciária e o controle do câncer de colo de útero

Ainda seguindo a Linha de Cuidado, com o resultado positivo de biópsia, a usuária é, novamente, encaminhada para uma consulta com um especialista, desta vez já na oncologia, ou seja, na atenção terciária, via SISREG.

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência ambulatorial e hospitalar, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários com câncer. Atua em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa, geração de informação epidemiológica e, ainda, coordena vários programas nacionais para o controle do câncer.

Entretanto, não é o único habilitado no Rio de Janeiro para o atendimento oncológico. O quadro a seguir lista as unidades de saúde habilitadas como UNACON e CACON na cidade do Rio de Janeiro:

Quadro 3: Listagem de Unidades habilitadas como CACON e UNACON

Estabelecimento	Habilitação
Hospital Federal dos Servidores do Estado	UNACON com serviços de radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica
Hospital Geral do Andaraí	UNACON
Hospital Geral de Bonsucesso	UNACON com serviços de hematologia
Hospital Geral de Jacarepaguá / Hospital Cardoso Fontes	UNACON
Hospital Geral de Ipanema	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
Hospital Geral da Lagoa	UNACON com serviços de oncologia pediátrica
Hospital Mario Kroeff	UNACON com serviços de radioterapia
Hospital Universitário Gaffree Guinle / UniRio	UNACON
Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ	UNACON com serviços de radioterapia e hematologia
Hospital Universitário Clementino Fraga / UFRJ	CACON
Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira / UFRJ	UNACON exclusiva oncologia pediátrica
Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti / HemoRio	UNACON exclusiva hematologia
Instituto Nacional de Câncer / INCA Hospital de Câncer I Hospital de Câncer II Hospital de Câncer III	CACON com serviços de oncologia pediátrica

Fonte: Portaria MS/SAS nº 140

A distribuição do quantitativo de vagas, constante na tabela 12, apresenta apenas 06 serviços disponibilizando vagas, nesta clínica. A portaria MS/SAS, nº 140,

indica que a cidade possui 10 serviços habilitados como UNACON, 01 como Hospital Geral com Cirurgia oncológica e 02 como CACON (INCA e UFRJ), o que significa que apenas metade destes serviços oferta este tipo de procedimento.

Tabela 12: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Consulta em Ginecologia – Oncologia, em 03.07.2015

Código	Nome do Procedimento	Teto Mensal	Oferta Mensal	Retorno Mensal	Reserva Mensal	Pendências
0701012	CONSULTA EM GINECOLOGIA – ONCOLOGIA	328	164	8	156	325
2269821	MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	87	80	0	80	---
2269899	HOSPITAL MARIO KROEFF	60	48	0	48	---
2269384	MS HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	18	16	0	16	---
2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	0	12	8	4	---
2295423	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	5	4	0	4	---
2269988	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	5	4	0	4	---

Fonte: SUBPAV, 2015

No tocante à consulta com a ginecologia oncológica, quando já se possui o diagnóstico confirmado por biópsia, cerca de 50% das vagas é disponibilizada pelo HCII, conforme visto na tabela acima. Esta unidade disponibiliza 80 vagas mensais para o município do Rio de Janeiro e outras 80 vagas para os demais municípios através da pactuação integrada (PPI) na CIB. A pactuação segue a deliberação da CIB nº 2.883, de 12 de maio de 2014. Outros 30% são disponibilizados pelo Hospital Mario Kroeff, de caráter filantrópico, localizado na região da Leopoldina (subúrbio carioca). Os últimos 20% das vagas estão distribuídos entre 03 hospitais federais e 01 universitário.

Apesar de a prefeitura em seu documento “SISREG – Protocolo para o Regulador” (PCRJ, 2015), atualizado em 13/03/2015, informar na página 24 que 100% das vagas em ginecologia estão reguladas pelo sistema e que não há fila de espera para esta especialidade, na consulta ao SISREG realizada em 03/07/2015, identificam-se 325 solicitações de consultas em pendências, ou seja, na fila de espera.

Analisando as vagas disponíveis no SISREG, dentro desta Linha de Cuidado, foi interessante notar a inexistência de vagas em dois códigos, listados abaixo, que

estão contemplados nos procedimentos mencionados anteriormente. Por isso, o treinamento constante do operador do sistema – aquele que insere a usuária na regulação – é importante, porque um profissional desatento pode impedir o acesso da usuária ao tratamento, por considerar que não existem vagas disponíveis para aquele procedimento.

Tabela 13: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante, em 03.07.2015

Código	Nome do Procedimento	Teto Mensal	Oferta Mensal	1avez Mensal	Retorno Mensal	Reserva Mensal	Pendências
0710639	CONSULTA EM GINECOLOGIA - HISTEROSCOPIA – ONCOLOGIA	0	0	0	0	0	0
701538	CONSULTA EM ONCOLOGIA GINECOLOGICA	0	0	0	0	0	0

Fonte: SUBPAV, 2015

Na área do atendimento em ginecologia oncológica, o SISREG informa a disponibilidade de vagas nos hospitais: INCA /Hospital Do Câncer II (federal), Hospital Mario Kroeff (filantrópico, conveniado ao SUS), Hospital Federal do Andaraí, UERJ / Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Federal Cardoso Fontes, HSE - Hospital Federal dos Servidores do Estado.

Assim, nenhum hospital da rede própria do município disponibiliza vagas para o tratamento de câncer ginecológico, apesar de a rede possuir hospitais de grande porte. Estes estão voltados para o atendimento de urgências (Rede de Atenção à Saúde de Urgências e Emergências), podendo se constituir, também, em portas de entrada e retaguarda de urgências e emergências para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, porém não em seus locais de tratamento.

Os centros de referência na área de ginecologia oncológica atuam, assim, no nível terciário de atendimento, requerendo da usuária para o atendimento a apresentação de encaminhamento por um médico acompanhado de confirmação diagnóstica (laudo de biópsia ou punção) ou com forte suspeita de câncer, conforme Protocolo da SMS para critérios de encaminhamento, sendo a triagem (primeiro atendimento) agendada através do SISREG. Não foram identificadas unidades que atendam câncer de colo de útero cujas vagas não estejam reguladas pelo SISREG.

Estes centros de referência realizam o acompanhamento e o tratamento das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. Após a matrícula em uma dessas unidades de saúde, cada mulher tem seu tratamento definido: cirurgia ou radioterapia, complementada pela braquiterapia (anexo 1). Caso as usuárias necessitem de procedimento cirúrgico, este será realizado na própria unidade. Porém se demandar atendimento radioterápico, este tratamento específico será feito na unidade indicada pelo SISREG, uma vez que desde agosto de 2014 todas as vagas referentes a este procedimento encontram-se totalmente reguladas pelo SISREG, conforme orientação do Ministério Público, após diversas denúncias de problemas no acesso.

A radioterapia foi inserida na regulação há pouco tempo, após denúncias da demora para o início do tratamento⁴⁵, com usuários esperando vários meses. A radioterapia é um método de tratamento que pode ser utilizado para diversos tipos de câncer, não exclusivo apenas para o de colo de útero. Na tabela 12, observa-se que 67% destas vagas estão localizadas no INCA (HCI e HCIII). Estas vagas, antes exclusivas para usuários do próprio INCA, passaram a ser disponibilizadas para toda a rede de saúde, após intervenção do Ministério Público⁴⁶. A Clínica Osolando Machado⁴⁷, conveniada com o SUS, responde por 30% das vagas e os hospitais universitários com apenas 3%. A fila de espera, conforme tabela 14, em julho deste ano, estava em mais de 1.100 pessoas. Trata-se de usuários que já foram acolhidos pelo serviço de oncologia, fizeram exames e consultas, mas estão aguardando o início do tratamento em si.

⁴⁵<http://extra.globo.com/noticias/rio/pacientes-com-cancer-esperam-ate-dez-meses-por-radioterapia-denuncia-associacao-13439392.html>; <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2014/04/pacientes-reclamam-de-equipamento-de-radioterapia-quebrado-no-rj.html>; acesso em 03/08/2015.

⁴⁶<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/ministerio-publico-exige-fim-da-fila-para-a-radioterapia/6052/7/>; acesso em 03/08/2015.

⁴⁷ Apesar de constar como duas unidades no Bairro do Catete, uma destas clínicas conveniadas encontra-se localizada dentro do espaço físico do HCII, espaço este cedido para o funcionamento deste serviço. Não foi possível localizar o contrato de locação ou de cessão do mesmo durante o transcorrer desta pesquisa, nem mesmo a justificativa do motivo que resultou em ocupação de um espaço público por um ente privado.

Tabela 14: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Radioterapia, em 03.07.2015

Código	Nome do Procedimento	Teto Mensal	Oferta Mensal	Retorno Mensal	Reserva Mensal	Pendências
0710477	CONSULTA DE PLANEJAMENTO – RADIOTERAPIA	767	456	0	456	1.133
2273454	MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	44	248	0	248	---
2269899	HOSPITAL MARIO KROEFF	60	68	0	68	---
2273462	MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	57	60	0	60	---
6680143	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO CATETE	null	48	0	48	---
2269457	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO CATETE	0	20	0	20	---
2280167	UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	27	8	0	8	---
2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	0	4	0	4	---

Fonte: SUBPAV, 2015

Estes dados sinalizam a necessidade de ampliação imediata de vagas para este procedimento, pois a demora no tratamento pode diminuir consideravelmente a possibilidade de cura destes usuários com o progressão gradativa da doença e sem outra possibilidade de deter o avanço desta, uma vez que a radioterapia é que teria essa possibilidade.

A braquiterapia⁴⁸ refere-se a um tipo de tratamento radioterápico complementar a radioterapia, no tocante ao câncer de colo de útero. A tabela 15 destaca que 60% das vagas estão localizadas no INCA e as demais no Hospital Mario Kroeff. Apesar do número de vagas ser pequeno, apenas 80 mensais, pelo número de pendências, apenas 20, considera-se que a demanda é pequena para este tipo de procedimento.

Tabela 15: SISREG - Quantidade de Ofertas por Procedimentos e por Unidade de Saúde Executante - Braquiterapia, em 03.07.2015

Código	Nome do Procedimento	Teto Mensal	Oferta Mensal	1avez Mensal	Retorno Mensal	Reserva Mensal	Pendências
0710476	CONSULTA DE PLANEJAMENTO – BRAQUITERAPIA	132	80	0	0	80	20
2273454	MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	44	32	0	0	32	---
2269899	HOSPITAL MARIO KROEFF	60	32	0	0	32	---
2273462	MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	57	16	0	0	16	---

Fonte: SUBPAV, 2015

⁴⁸ Trata-se de uma forma de radioterapia onde uma fonte de radiação é alocada dentro ou junto à área que necessita de tratamento, por isso, o método também é conhecido por radioterapia interna, utilizada em muitos tipos de câncer, como os de colo do útero, de próstata, mama e pele.

Com o início dos trabalhos do Reuni-Rio (Central Unificada de Regulação) do Estado do Rio de Janeiro em junho de 2015, busca-se um processo único de regulação, com o objetivo de viabilizar de forma mais transparente o acesso da população aos serviços de saúde⁴⁹. O impacto da implantação deste serviço somente poderá ser analisado posteriormente.

A portaria nº 2.809 / 2012 estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). São leitos destinados ao cuidado intermediário entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. Esses serviços têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo (BRASIL, 2012: arts 3º e 5º).

Entretanto, a cidade do Rio de Janeiro não disponibiliza este recurso para a oncologia. Segundo informações obtidas através de contato profissional como assistente social do INCA realizado com a regulação de vagas do município do Rio de Janeiro para saber sobre a possibilidade de acesso a estes leitos, a prefeitura não contratualiza mais leitos de suporte para esta especialidade desde o escândalo no final de 1988⁵⁰, quando leitos para cuidados paliativos e de fim de vida foram utilizados de forma irregular,.

Considerando que algumas cirurgias em oncologia são de grande porte (onde a usuária vai demandar um cuidado mais prolongado) e a atual dinâmica social (famílias que trabalham, sem suporte pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, de licença para acompanhamento de familiares, mesmo quando inseridas no mercado formal de trabalho, por exemplo), a disponibilização destas vagas, em

⁴⁹<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18003-central-unificada-de-regulacao-e-inaugurada-no-rio>.

⁵⁰ Sobre a tragédia ver: A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado, in:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200024&lng=pt&nrm=iso&userID=-2
e http://www.casoclinicasantagenoveva.com.br/site/falsa_tragedia.asp.

articulação com as unidades que realizam cirurgia oncológica, possibilitaria reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar e aumentar a rotatividade dos leitos (BRASIL, 2012: art. 7º).

4.4 – Cuidados Paliativos

Outro ponto que já era sinalizado no CAB 13 em 2006, sendo mais destacado na versão de 2013, refere-se às ações em cuidados paliativos. A unidade de atenção terciária que tem esta ação mais estruturada é o INCA, onde se constitui em uma unidade separada, destacada da clínica de origem da usuária. As demais unidades de referência de câncer ainda estão organizando este serviço, porém este não se constitui em um objeto deste estudo.

Considerando-se o tamanho da cidade, a dificuldade de deslocamento da usuária nesta etapa e que grande parte das necessidades pode ser realizada pela equipe da APS, estas ações podem minimizar consideravelmente o sofrimento e a insegurança tanto da usuária, quanto de sua família.

Sua abordagem, quando feita de forma integral, garante uma melhora na qualidade de vida das usuárias e suas famílias e facilita a transição entre os cuidados hospitalares e os cuidados domiciliares, devendo ser integrada com as equipes das unidades de alta complexidade.

O CAB 13 detalha este atendimento e seus níveis de cuidado, colocando que este processo de trabalho deve ser inserido na Rede de Atenção Oncológica local. Entretanto, também não é feita referência a esta ação em nenhum dos documentos disponibilizados pela prefeitura do Rio de Janeiro.

4.5 - O acesso aos serviços de saúde e à rede de proteção social

As dificuldades de acesso à rede de cuidados em saúde podem ser de diversos níveis. Travassos e Castro (2008) sinalizam características que podem obstruir o acesso à utilização dos serviços de saúde denominando-as de “barreira de

acesso”. Sinalizam que a simples oferta do serviço não garante o acesso e apontam que barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, entre outras, interferem diretamente, facilitando ou dificultando a obtenção de cuidados em saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

A implantação do SISREG se pautou na perspectiva de facilitar o fluxo entre os níveis de atendimento (primário, secundário e terciário). Entretanto, na cidade do Rio de Janeiro não foram identificados mecanismos que favorecem a comunicação e acompanhamento efetivo desta usuária pela Linha de Cuidado. Cada unidade desenvolve seu próprio prontuário eletrônico (quando existe) e o SISCOLO não possibilita a importação dos dados destas diferentes bases.

Dentre as propostas apresentadas para a superação de algumas das dificuldades, o CAB 13 propõe a possibilidade de criação de horários alternativos nas unidades básicas, o que possibilitaria o acesso às usuárias que trabalham no mesmo horário de funcionamento delas e a realização de busca ativa, convocando as usuárias que não conseguem ter acesso ao exame. No protocolo estabelecido pela SMS de 2010, não foram citadas estas questões.

A distribuição dos serviços de atenção secundária e terciária está geograficamente concentrada em determinadas áreas da cidade. Essa situação, aliada à baixa qualidade de infraestrutura no sistema viário da cidade, dificulta ainda mais o deslocamento das áreas mais afastadas da cidade para as centrais, o que se constitui em uma importante barreira de acesso. Outro ponto a ser considerado refere-se à utilização dos serviços de saúde de acordo com a renda. Travassos (2000) aponta que a utilização dos postos de saúde é maior entre os usuários de menor renda, enquanto a utilização dos serviços hospitalares por esse segmento populacional diminui, predominando os estratos médios. Em outra pesquisa, em 2002, Travassos sinaliza que a questão do acesso também está diretamente relacionada com a condição social, uma vez que:

“foi constatado que as mulheres brancas, com maior escolaridade, maior poder aquisitivo, empregadas no setor formal da economia e pertencentes a famílias chefiadas por homens, apresentaram as maiores chances de uso de serviços de saúde na presença de restrição de atividade por motivo de saúde” (TRAVASSOS et alli, 2002: 370).

A barreira da adesão também é muito significativa porque muitas usuárias no decorrer do tratamento o abandonam, por diversos motivos, muito deles referentes às questões socioeconômicas.

A política de assistência social não possui uma interface com a da saúde que disponibilize um benefício eventual a que se possa ter acesso durante o tratamento oncológico. Os únicos recursos existentes são os benefícios do Programa Bolsa Família, que também não possuem a variável para tratamento de saúde, e o Benefício de Prestação Continuada, este só podendo ser acessado quando a usuária já se encontra em um estadiamento mais avançado da doença, deixando, desta forma, em descoberto quem, apesar de encontrar-se no início do tratamento, encontra-se sem condições de prover sua subsistência.

A política de previdência social brasileira é estritamente contributiva, o que exclui a população que, apesar de ser produtiva, encontra-se inserida no mercado informal, sem vínculo formal com ela, e que no momento do adoecimento, que precisa afastar-se de seu trabalho, mesmo que por poucos meses, não possui o suporte necessário.

No tocante ao acesso ao transporte público, o município do Rio de Janeiro disponibiliza o RioCard Especial (Gratuidade) com acompanhante. No entanto, o decreto nº 32.842 de 01/10/2010, que em seu artigo 10 estabelece a gratuidade para doenças crônicas, ressalta a hipossuficiência, e para o tratamento do câncer, as usuárias podem ser inserir no parágrafo 1 que diz:

§ 1º Os portadores de doenças crônicas não mencionadas no caput, desde que hipossuficientes e que necessitem de tratamento continuado, com respectivos acompanhantes, receberão o passe livre limitado ao número anual de viagens necessárias para o deslocamento às unidades de saúde para o tratamento de sua patologia. (RIO de JANEIRO, 2010).

A forma de avaliação desta hipossuficiência foi designada pela prefeitura através do Cadastro Único dos Programas Sociais (CadÚnico), realizada pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). O cadastramento para a solicitação do cartão do RioCard é feito através das unidades de atenção primária.

Assim, uma usuária que não tenha renda própria, mas possua uma renda familiar superior a três salários mínimos (teto para o cadastramento no CadÚnico)

não consegue acessar o benefício, mesmo que, por exemplo, dependa da renda da mãe idosa para o sustento da mesma e de seus filhos. Considerando o valor da passagem e o número de ônibus que precisa utilizar para acessar a unidade de saúde, este custo pode ser um impeditivo para a adesão ao tratamento.

Observa-se também que não se trata de um passe livre (apesar de citar textualmente este conceito) e sim um passe com uma quantidade restrita de passagens, o que resulta que, se pelo adoecimento ou complicações do tratamento, precisar ir à unidade de saúde mais vezes que o inicialmente identificado, a usuária terá de arcar com esta despesa.

Outro ponto a ser destacado no ponto de transporte à unidade de saúde refere-se justamente que o acesso preconizado é por ônibus. Em uma cidade com uma área de 1.255 km², onde o deslocamento do centro do município (que concentra a maioria dos atendimentos) até os bairros da Zona Oeste pode levar em torno de 02 horas de viagem, sem trânsito, e onde muitas vezes é preciso pegar até três conduções para se chegar ao destino, por falta de uma linha direta, e que o adoecimento debilita a usuária, demanda um atendimento diferenciado em algumas situações, quando a usuária encontra-se impossibilitada de utilizar o serviço de transporte coletivo pelo seu quadro clínico.

Em algumas áreas da cidade do Rio de Janeiro (CAPs 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3) foi constatado, através de contato direto com estas coordenações de saúde durante o exercício profissional, a existência do transporte sanitário. Realidade em algumas cidades brasileiras como nos Estados de Minas Gerais⁵¹, São Paulo⁵² e Espírito Santo⁵³, ainda não foi regulamentado pelo município. No Rio de Janeiro, consiste em uma van (transporte coletivo), contratada através das Organizações Sociais que gerenciam estas áreas, que faz o transporte de usuários para atendimentos médicos, pegando-os em suas residências, dentro da área programática.

Diferentemente do TFD (Tratamento Fora de Domicílio), regulamentado pela Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999, o transporte sanitário é realizado

⁵¹ <http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/programas/program/21-sistema-estadual-de-transportes-em-saude>, acesso em 05/08/2015.

⁵² Deliberação CIB 34/2012, Diário Oficial Poder Executivo Estado de São Paulo Seção I, Nº 98 – DOE de 25/05/12 – Seção 1 - p.24.

⁵³ http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=123&catid=3&Itemid=12, acesso em 05/08/2015.

intramunicipalmente. Ressalta-se que a portaria para TFD considera o deslocamento mínimo de 50 Km - intermunicipal, entre o município de residência e o município da consulta, e, dentro do município do Rio de Janeiro, a distância entre a residência da usuária e o serviço de saúde pode superar 70 km. Pela alta demanda, o serviço não consegue atender a todos, porém trata-se de um serviço importante, que deveria ser expandido e regulamentado.

O transporte sanitário é preconizado pelo PNPC, art. 26, inciso VI – Componentes Logísticos, alínea a, onde se preconiza “a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário”, que ainda não foi incorporado e implementado pela Rede de Atenção Oncológica.

O acesso e o uso dos serviços de saúde estão diretamente relacionados às desigualdades existentes na sociedade. Alguns estudos (BARATA, 2008 e TRAVASSOS E CASTRO, 2008) vêm sinalizando a importância de se considerar as barreiras de acesso no planejamento das ações de saúde, ressaltando que a busca pela equidade horizontal⁵⁴ deve servir de parâmetro no planejamento das ações e serviços de saúde.

Barata sinaliza que:

“A vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais ou populações a diferentes problemas de saúde pode ser analisada em três dimensões complementares, determinantes para a produção do processo saúde/ doença em sua dimensão coletiva: vulnerabilidade individual relacionada a características demográficas e sociobiológicas dos indivíduos acometidos; vulnerabilidade social relativa às condições de inserção social dos indivíduos ou grupos sociais no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; e vulnerabilidade programática, decorrente de características das políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde” (BARATA, 2008: 20).

Assim, se analisarmos o quanto estas mulheres com o diagnóstico de câncer de colo de útero são vulneráveis, conforme já discutido no decorrer desta dissertação, estes diferentes aspectos sociais vão influenciar diretamente no acesso e consumo aos serviços adequados a suas necessidades de saúde. E mesmo quando acessado o serviço, a adesão e continuidade do tratamento, também podem

⁵⁴ “Corresponde à igualdade entre iguais...igualdade de utilização dos serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. A equidade vertical refere-se a desigualdade entre desiguais e está mais direcionada no SUS a questão do financiamento (TRAVASSOS E CASTRO, 2008:17)

ser prejudicados por estas barreiras de acesso. O SUS preconiza a equidade em seus princípios, devendo esta ser incorporada na elaboração do planejamento das ações, considerando que as estratégias devem ser diferentes, para os diferentes grupos sociais e para as diferentes necessidades de saúde, pensando-se em propostas voltadas diretamente para estes grupos, considerando as suas necessidades, visando, aos menos, reduzir estas desigualdades, de forma a possibilitar o acesso na saúde.

4.6 – Algumas (outras) reflexões sobre a Linha de Cuidado do câncer de colo de útero

Como apontado anteriormente, o sistema de informação sobre a produção dentro da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero é bastante precário. A não alimentação correta dos sistemas dificulta a análise tanto por parte das equipes (atribuição destas, conforme preconizado pelo CAB 13), quanto de pesquisadores que poderiam contribuir de forma qualificada para a Linha de Cuidado.

Com a implantação do SISCAN⁵⁵, conforme apontado no CAB 13, será possível o acompanhamento da usuária por toda a Linha de Cuidado. O módulo seguimento permite o acompanhamento das mulheres que apresentaram algum exame alterado. A partir desse resultado, todos os exames daquela mulher são levados para esse sistema, inclusive os exames com resultado normal anteriores ao com alteração. O histórico de seguimento apresenta também tratamentos posteriores a esse exame, possibilitando o gerenciamento das ações de controle desses cânceres.

Considerando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e os próprios da prefeitura, a distribuição de serviços é desigual pela cidade, havendo uma concentração destes nas zonas Norte, Centro e Sul e baixa, na Zona Oeste, sendo inexistentes em alguns níveis.

⁵⁵ Versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e do Câncer de Mama (Sismama) (CAB 13, 2013:30).

A capilaridade no rastreio foi bastante ampliada a partir da expansão da atenção primária em saúde, conforme visto no capítulo anterior. Entretanto, a partir do momento em que a usuária necessita de outros recursos da Linha de Cuidado, ela tende a se afastar cada vez mais de seu local de moradia, o que dificulta o acesso a unidade de saúde para o tratamento e a sua adesão, seja pela dificuldade de locomoção, seja pela falta de recursos financeiros, ou seja pela falta de suporte social, tanto familiar, comunitária ou estatal, ou, ainda, pelo conjunto de todos estes fatores. Nos documentos oficiais disponibilizados pela prefeitura não há nenhuma sinalização a estas barreiras, ou a formas de contornar estas dificuldades.

Outro ponto a ser sinalizado refere-se à questão da referência e contra-referência. Apesar de no SISCOLO existir um item chamado seguimento, para sinalizar e acompanhar estatisticamente o desfecho dos casos (somente com a implantação de fato do SISCAM é que ocorrerá a identificação nominal de cada mulher), o número de casos sem seguimento é extremamente alto, o que impossibilita saber o real percentual de adesão ao tratamento e os desfechos dos casos identificados, conforme sinalizado na tabela abaixo, que consolida estes dados de 2006 até 2012.

Tabela 16: Seguimento / Consolidado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) - Rio de Janeiro - 2006 até 2012

Munic. Resid.	Sem Seguimento				Em Seguimento		Seguimento Concluído						Recusa / Abandono		Total	
	Não Localizada		Sem Informação				Alta/Cura		Transferência		Óbito					
	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quant	%	Quan	%
Rio de Janeiro	199	0,13	148.046	95,57	5947	3,84	51	0,03	479	0,31	140	0,1	45	0	154.907	100

Fonte: SISCOLO

Para o ano de 2012, a tabela a seguir mostra que 90% das mulheres que tiveram o diagnóstico de lesões intraepiteliais (ou seja, tiveram o resultado de preventivo com anormalidades e deveriam ter sido encaminhadas para o seguimento do tratamento) não tiveram esta informação lançada no banco de dados do Ministério da Saúde, atribuição esta da prefeitura, conforme preconizado pelo CAB 13.

Tabela 17: Seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) - Rio de Janeiro - Ano do diagnóstico: 2012

Munic. Resid.	Sem Seguimento				Em Seguimento		Seguimento Concluído						Recusa / Abandono		Total	
	Não Localizada		Sem Informação				Alta/Cura		Transferência		Óbito					
	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quan	%	Quant	%	Quan	%		
RIO DE JANEIRO	0	0,00	1266	90,49	133	9,51	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1399	100,00

Fonte: SISCOLO

A não alimentação correta dos sistemas de informações impossibilita a análise da real situação de saúde do nível local. A informação em saúde, hoje, com a implantação dos bancos de dados existentes, deve ser constituir na base para a gestão dos serviços, pois possibilita orientar de forma mais racional a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle dos agravos à saúde. A portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010, estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde e coloca que cabe aos gestores Municipal, Estadual e do Distrito Federal, a transmissão das bases de dados sob sua gestão e verificar a situação de envio e de carga definitiva na base de dados, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias para a suspensão da transferência de recursos financeiros quando as informações de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas (BRASIL, 2010: art. 4º), o que pode acarretar prejuízo financeiro para a cidade.

O atendimento multiprofissional, também preconizado pelo CAB 13, não é identificado nos documentos da prefeitura, assim como não foi identificada a atuação nos cuidados paliativos e nas ações educativas, observando-se uma centralidade no rastreamento e encaminhamento dos agravos, apontando para uma diretriz de cuidado centrada em atos médicos, desconsiderando os demais aspectos que envolvem o adoecimento.

Considerações Finais

Entende-se que o processo saúde-doença é um produto social e o câncer não foge a essa regra. No entanto, sua incidência não pode ser atribuída apenas a aspectos sociais. Diferente de outras doenças diretamente associadas às condições de vida, tais como Doença de Chagas, tuberculose, etc., o câncer em geral incide sobre todas as classes sociais, ainda que sua evolução e prognóstico sejam distintos socialmente. No caso específico do câncer de colo de útero, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são fatores de risco para o seu desenvolvimento. Nesta direção, a situação social das usuárias é evidenciada com o adoecimento.

Este estudo ganha corpo com a proposta de trazer para o foco das discussões a questão do adoecimento pelo câncer de colo do útero. Trata-se do segundo tipo de câncer que mais mata mulheres no Brasil, no entanto as medidas de rastreamento e detecção precoce deste são conhecidas e disponibilizadas no país há mais de um século.

São medidas de detecção precoce e rastreamento simples e disponibilizadas amplamente pela atenção primária a saúde. Sendo possível a identificação das lesões precursoras, que devidamente tratadas em tempo hábil, pode, inclusive ser evitar o surgimento do câncer. E quando detectado nos estágios iniciais, a chance de cura é bastante alta. Com os avanços implantados no país na saúde, desde a implantação do SUS, integrando os serviços de saúde, houve um considerável aumento na oferta de serviços, tanto em nível da atenção primária em saúde, quanto relacionados ao tratamento do câncer em geral.

A atual legislação referente ao câncer de colo do útero acompanha os avanços na área da saúde e incorporam tendências internacionais, compondo um arcabouço normativo importante para o desenvolvimento das ações em nível local, em todo o país.

Um ponto que se destaca é a importância da cobertura assistencial no nível da APS, buscando o rastreamento / detecção precoce. A cidade do Rio de Janeiro possui um forte aparato hospitalocêntrico que ainda se faz bastante presente no imaginário social, fazendo com que a população busque nas unidades hospitalares a

porta de entrada na saúde. O processo de expansão da APS no município, aparentemente aumentou sua capilaridade, porém ainda não demonstrou indícios de que esta tenha produzido impactos em seus indicadores de incidência e mortalidade de câncer de colo de útero.

A coordenação do cuidado merece ser melhor qualificada. Apesar de ter uma linha de cuidado bem delineada, com a definição clara de protocolos e diretrizes clínicas, estes não refletem um cuidado integrado, uma vez que não foram eleitos pontos de integração entre os serviços de saúde, como forma de superar a atenção fragmentada e isolada.

Com a ampliação identificada da rede de atenção primária no município, espera-se um aumento na captação do público alvo do programa de controle do câncer de colo do útero, conforme sinalização do próprio plano municipal de saúde. Entretanto, conforme a complexidade do serviço demandado vai aumentando, este tende a se concentrar nas áreas centrais da cidade, o que dificulta o acesso da população, entre outras barreiras de acesso.

Assim, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pode ser considerada também como um fator de risco para o adoecimento, uma vez que a identificação e o tratamento adequado das lesões precursoras possibilitam a prevenção da progressão para o câncer. A estruturação do transporte sanitário se faz premente, como forma de permitir o fluxo de usuários para os serviços, possibilitando o acesso e garantindo o cuidado integral.

Os obstáculos para o atendimento em nível secundário destacam-se. Na tabela 10 do Capítulo 04 foi identificada uma fila de espera de mais de 1.000 usuárias esperando uma consulta com especialista. Apesar de ter pactuado um número de vagas expressivo, a oferta mensal do serviço se faz aquém do necessário, levando as usuárias ou a uma grande demora no diagnóstico ou a buscar no serviço privado este atendimento.

Este impasse não é observado na atenção terciária. Não foi identificada uma fila de espera expressiva para este nível de atendimento, uma vez que a oferta de serviços é grande, com destaque para o INCA, que atende a população do município e também disponibiliza vagas para a região metropolitana.

Entretanto, o descompasso entre os níveis de atenção pode ser apontado como uma das causas que levam a uma identificação tardia do câncer, resultando em um estadiamento mais avançado, diminuindo consideravelmente as chances de cura.

Os dados levantados não possibilitam analisar o tempo que a usuária espera para realizar o exame preventivo, entretanto o tempo de espera para o resultado do mesmo ainda é significativo, sendo uma questão a ser aprimorada, principalmente se considerarmos que é este resultado que desencadeará a inserção da usuária na Linha de Cuidado e considerando a fila de espera para consulta especializada, na atenção secundária.

A integração dos níveis de atendimento ocorre pelo SISREG, módulo municipal, entretanto, com a implantação do Reuni-Rio, este passará a gerenciar todas as vagas de todo o Estado do Rio de Janeiro. Por se tratar de um sistema ainda em implantação este impacto somente poderá ser percebido decorrido um tempo de sua efetivação. Entretanto, existem gargalos hoje que não serão resolvidos com a regulação apenas, mas sim com um aumento na oferta mensal do serviço.

Uma questão que merece destaque é para a falta de informações dos dados inseridos no sistema SISCOLO e a própria subnotificação deste sistema. Responsabilidade do município a inserção dos dados, esta não alimentação, ou mesmo a não inserção de parte dos dados demonstra a necessidade de um melhor gerenciamento neste sistema de informação. A melhora na qualidade da informação possibilita uma qualificação na atenção efetiva dos usuários dos serviços de saúde.

Apesar do sistema disponibilizar o campo seguimento, para acompanhamento da usuária na Linha de Cuidado, e o desfecho destes atendimentos, quase 96% das mulheres que tiveram diagnósticos de lesões no colo do útero identificadas (tabela 16) não foram informadas no sistema, o que aponta a dificuldade no gerenciamento da atenção integral

Neste ponto, há a que se considerar, ainda, a não inserção de dados quando este resulta de um atendimento em saúde suplementar ou de atendimento hospitalar, como apontado no item 4.1 desta dissertação, um problema que pode

apontar uma subnotificação também nos indicadores de mortalidade, devendo ser enfrentado pela gestão.

Ao analisar as ações planejadas para a promoção, prevenção e detecção precoce para o controle do câncer de colo de útero no âmbito da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, foi possível identificar um descompasso entre as políticas e programas em vigor a nível nacional e as ações que estão sendo implementadas. As atualizações da política e da linha de cuidado ao nível municipal se fazem prementes, considerando as ações que precisam e estão sendo efetivadas. A PNPC ainda não foi implementada enquanto política no âmbito municipal, que ainda mantém como referência a PNAO.

A Política de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas define como campo de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, propondo a integração entre as esferas de gestão política, em todas as unidades de federação, definindo as competências dos diferentes níveis de atenção, estabelecendo o trabalho em rede. A Rede de Atenção à Saúde é apresentada como um facilitador do planejamento em saúde, cujas ações estejam voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo um produto de uma construção e gestão compartilhadas.

Um fato que chama a atenção no desenvolvimento desta dissertação foi o pouco conhecimento da atual Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPC). Datada de 2013, não foram localizados artigos ou trabalhos científicos que fazem referência à mesma, fora o Ministério da Saúde. O Estado ainda faz referência a PNAO em documento de 2014 (Deliberação CIB 2.975) e o município também utiliza a PNAO como referência.

Uma questão que serve para ilustrar a necessidade de uma maior discussão e reflexão sobre a PNPC e seus desdobramentos, é que o próprio INCA também tem dificuldade em fazer a transição entre as políticas. Além de não ter ainda elaborado uma produção teórica sobre a atual política, em seu último concurso, o conteúdo programático do processo seletivo faz referência, no item Políticas do SUS, a Política Nacional de Atenção Oncológica, para todos os cargos, exceto o perfil de tecnólogo na área de Detecção Precoce do Câncer, que pede, como

conhecimento específico, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, bem como Redes de Saúde. (MS, 2014: 76).

Com relação aos objetivos desta dissertação, cabe ressaltar que foi possível mapear a rede de atenção oncológica ao câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro. Os protocolos para o atendimento do câncer do colo de útero no âmbito da atenção primária em saúde são de fácil acesso ao profissional de saúde, entretanto encontram-se defasados, ainda fazendo referências a políticas que foram revogadas, necessitando de revisão urgente, considerando que diversas ações nos diferentes níveis de atenção estão sendo implementadas pautadas na PNPCC. Não foram identificadas estratégias para a ampliação na demandas e/ou busca ativa da população alvo, mesmo entre as mais vulneráveis.

Não foram identificados mecanismos para o acompanhamento da usuária na Linha de Cuidado pela APS. Apesar de esta possuir as funções de porta de entrada e coordenadora do cuidado, os dados levantados sugerem que a unidade básica não possui estratégias para exercer tal função. Não foram também identificadas também ações diferenciadas entre as áreas de planejamento, apesar das grandes diferenças entre elas tanto a nível sócio econômico como no nível de oferta de serviços, a exceção do transporte sanitário encontrado em algumas áreas da cidade.

A integração entre os diferentes níveis de atendimento pode ser identificada em nível de planejamento das ações e, atualmente, de regulação da oferta de serviços. A comunicação ainda está restrita a encaminhamentos via sistema de regulação, não sendo propostos mecanismos de integração como atividade rotineira na unidade básica. Este descompasso impacta diretamente na não compreensão da oncologia dentro da lógica das redes de atenção à saúde e de suas interfaces com as outras redes de atenção e linhas de cuidado existentes.

Esta dissertação também levantou uma série de questões que não puderam ser percorridas pelo limite de tempo e pelo próprio objeto de estudo, mas que merecessem ser aprofundadas em trabalhos futuros, como a relação entre a PNAO e a PNPCC; os impactos desta mudança de conceito na assistência aos usuários; como a oncologia está estruturada no Estado do Rio de Janeiro; se a PNPCC trouxe impactos qualitativos no atendimento a população; se a população percebeu mudanças na assistência; como os profissionais percebem estas mudanças; como estas questões são trabalhadas com o controle social; entre outras.

Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, Fernando Luiz. **Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: Lições dos anos FHC**. s/d. Disponível em: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/12873_Cached.pdf.
- ALMEIDA, M.V.S., AMORIM, M.H.C., THULER, L.C.S., ZANDONADE E. **Avaliação da Qualidade dos Dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero em Vitória – ES, Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3).
- ANDRADE, Gabriela R. B. & VAISTMAN, Jeni. **Apoio Social e redes: Conectando solidariedade e saúde**. Ciência e Saúde Coletiva 2002; 7 (4): 925-934.
- ARRETCHE, Marta T. S. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. Tese de doutorado. SP: Unicamp, 1998.
- _____. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In: Rico, E.M. (org.). **Avaliação de Políticas Sociais**. São Paulo: Cortez; IEE, 1998. P 29-49.
- _____. **Uma Contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas**. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre & CARVALHO, Maria do Carmo Brant (orgs.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: IEE/PUC, 2001.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. **Sobre Política** (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. P. 52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
- BARATA, Rita Barradas. **Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de condições de vida 2006**. Revista São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.
- BENEVIDES, Iracema. In: **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. São Paulo: Editora Hucitec, SP, 3ª edição. 1987
- BOARETTO, M.C., 2000. **Gênero e modelo de gestão em saúde: A experiência do Rio de Janeiro**. In: Costa, A.M.; Merchán-Haman, E.; Tager, D., orgs. **Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- BOTTARI, Clarissa M. S.; VASCONCELLOS, Miguel M. e MENDONÇA, Maria H. M. **Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica**. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, supl.1, pp. s111-s122. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300016>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 2.439**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da região. Diário Oficial da União, 9 dez 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM Nº 252**, de 19 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM Nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 874**, de 16 de maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº DE 21 DE OUTUBRO DE 2011** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM n. 1886** de 18 de dezembro de 1997 (Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. **Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** – 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).- 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** – Brasília: CONASS, 2011. Disponível online: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_13.pdf. Acesso em: 05/11/2013

_____. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012. Disponível online: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=125. Acesso em: 05/11/2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. IBGE. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura.php>. Acesso em: 10 jul 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (**Cadernos de Atenção Básica; n. 13**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.462, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2010. Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRAVO, Maria Inês S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ, 1996.

BRONZO, Carla. **Território como Categoria de análise e como Unidade de Intervenção nas Políticas Públicas**. In: FAHEL, Murilo e NEVES, Jorge A. B. (org.) *Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2007.

CARMO, Claudio Calazan e LUIZ, Ronir Raggio. **Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian cancer center**. Revista de Saúde Pública, v.45, n.4, p. 661-7, 2011.

CARVALHO, Célia S. U. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico**. Revista Brasileira de Cancerologia, 54(1) 2008.

_____. **Pobreza e câncer do colo do útero: estudo sobre a condição de vida de mulheres com câncer de colo de útero avançado em tratamento no HCII – INCA**. RJ, 2004. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Serviço Social, UERJ.

CAVALLIERI, Fernando e LOPES, Gustavo Peres. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microuurbanas da cidade do Rio de Janeiro** Nº 20080401 - IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Abril – 2008.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível on line.

CFESS. **Código De Ética Profissional Dos Assistentes Sociais**. Aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções N.º 290/94 e 293/94, 1993.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS N.º 290/94 e 293/94.

COSTA, Ana Maria e AQUINO, Estela Leão. **Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira**. In: Costa, A.M.; Merchán-Haman, E.; Tager, D., orgs. Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

COSTA, Frederico L. e CASTANHAR, José C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

COSTA, Sueli Gomes. **Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva**. Revista Estudos Feministas, 2002/2.

CRUZ, Luciana Maria Britto da, e LOUREIRO, Regina Pimentel. **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.* [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 120-131.

DENIS, Jean L. e CHAMPAGNE François. **Análise da Implementação**. In: HARTZ ZMA (org.) "Avaliação em Saúde – dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas". Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997, p. 49-88.

DIEESE. Anuário das mulheres brasileiras. DIEESE – São Paulo: DIEESE, 2011

FILGUEIRAS, Cristina A. C. **Avaliação de programas: Oportunidade para a institucionalidade social**. Serviço Social e Sociedade nº 90, 2007.

FILIPPIM, E. S. e ABRUCIO, F.L. **Quando descentralizar é concentrar poder: o papel do governo estadual na experiência catarinense**. In: Santa Catarina: RAC, v.14, nº2. 2010

FLEURY, Sonia. **A Seguridade Social Inconclusa**. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (org.). A Era FHC e o Governo Lula: transição?. Brasília, INESC, 2004. Acesso em 19/08/2015. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula/view>.

FRANCO, CM e 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> (sem data).

GAMA, Andréa de Sousa. **Trabalho, Família e Gênero - Impactos dos Direitos do Trabalho**. Editora: Cortez. 2014

GIRIANELLI, Vânia Reis, THULER, Luiz Claudio Santos e SILVA, Gulnar Azevedo. **Qualidade do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero no estado do Rio de Janeiro**. Revista de Saúde Pública 2009; 43(4).

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. **Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR**. Revista

Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, v. 3, n. 2, p. 630-646, 2012. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/119> e em <http://hdl.handle.net/10482/12676>. Acesso em: 05 nov. 2014.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

HARZHEIM, Erno. **Pesquisa Avaliativa sobre Aspectos De Implantação, Estrutura, Processo e Resultados das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro**. Faculdade de Medicina. Pós-Graduação em Epidemiologia, UFRGS. Porto Alegre, RS: fevereiro de 2013.

IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação e Conservadorismo em Serviço Social. Ensaio Crítico**. São Paulo: Cortez. 3ª. Edição, 1995.

IBGE, **Estatísticas de Gênero - Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível on line.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. **Estimativa 2012**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em 01.09.13

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

IPEA . **Impacto da crise sobre as mulheres / Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Brasília: IPEA: SPM: OIT, 2ª ed. 2009.

LINDBLOM, Charles & WOODHOUSE, Eduard. **The Policy making process**. Prentice Hall, 1993.

LOBATO, Lenaura. **Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios**. Revista Trabalho, Educação e Saúde 2004; 2(1): 95-106.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. D. MEYER, D. E. WALDOW, V. R, (orgs.). Gênero e saúde. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1996.

LUZ, Mandel T. **Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas de Saúde no Brasil Atual**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. (org.). "Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde". Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MARSIGLIA, Regina M. G. **Famílias: questões para o Programa Saúde da Família**. In: ACOSTA, Ana Rojas e VITALE, Maria A. F. (org.). "Família: Redes, Laços e Políticas Públicas". São Paulo: Cortez. 5ª edição, 2010.

MAZMANIAN, Daniel A. e SABATIER, Paul A. **A framework for Implementation Analysis**. In: "Implementation and Public Policy with a New Postscript". 2ªEd. Lanham, Maryland, 1989. (Resenha do Livro – traduzido Português)

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001.

MEIRA, Karina C. **Mortalidade por câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2006**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Mortalidade por câncer do colo do útero em três localidades da Região Sudeste, no período de 1980 a 2009: análise do efeito da idade-período-coorte**. Orientador: Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MELO, Hildete Pereira e BANDEIRA, Lourdes. **A pobreza e as políticas de gênero no Brasil**. Serie Mujer y desarrollo, n.66. CEPAL, Santiago do Chile, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **As redes de atenção à saúde**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010.

MENEZES, Edson A.I. **Territórios integrados de atenção à saúde como estratégia para implementação da política de saúde no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, Cecília (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 4ª edição, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Edital nº 4, de 13 de outubro de 2014**. Concurso público para provimento de vagas em cargos do plano de carreiras de ciência e tecnologia nas carreiras de planejamento, gestão e infraestrutura e desenvolvimento tecnológico. Disponível em: <http://ww4.funcab.org/arquivos/INCA2014/V.%209%20-%20%20MINUTA%20EDITAL%20INCA%20-2014%20Atualizado%20conforme%20retifica%C3%A7%C3%A3o.pdf>

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes** In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). “Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional”. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. São Paulo: Ed.Cortez, 1993.

NOGUEIRA, Ana C. C. e SILVA, Letícia B **Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher**. Revista VÉRTICES, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan./dez. 2009, acesso em 20 de jan. de 2013, disponível em: <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/viewArticle/8>.

NOGUEIRA, Ana C. C. e SILVA, Letícia B. **Determinantes sociais e saúde: considerações sobre o adoecimento por câncer do útero**. In: Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social - Desafíos del contexto latino americano al campo del Trabajo Social, set. 2012.

OLIVEIRA, Heloísa M. J. **Assistência Social: do Discurso do Estado à Prática do Serviço Social**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família.** Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

PAWSON, Ray. **Nothing as practical as a good theory.** Revista Evaluation 2003; 9(4), 471-490.

PINHEIRO, Roseni. **As práticas do cotidiano na relação Oferta e Demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. (orgs.). “Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde”. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde.** In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo (Org.). “Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor”. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj, 2007.

PIRES, Simone de Souza. **A Política de Saúde em Tempo de Capital Fetiche: Um Estudo sobre a Implantação das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro e a Mudança no Modelo de Atenção Primária no Contexto de Privatização da Saúde.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDCRJ. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde - SUBPAV. **Carteira de Serviços Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde.** Agosto, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde - SUBPAV. **Carteira de Serviços - Atenção Secundária.** 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. **Linha de Cuidado do Adulto: Atenção Integral à Saúde da Mulher — Câncer de mama e de colo de útero.** (disponível online, no site subpav.org, acesso em 03.07.2015) PCRJ: 2010.

REZENDE, Mônica de e BAPTISTA, Tatiana W.F. **A análise de políticas proposta por Ball.** In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 173- 180. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

RIBEIRO, Rubiane S. **O Trabalho Do Assistente Social e sua Inserção no Processo de Trabalho em Saúde: Um Olhar Sobre a Atenção Primária e a Estratégia Saúde de Família.** In: Libertas, Juiz de Fora, v.2, n.2, p. 91 - 109, jul / 2008.

RIO DE JANEIRO. Lei Estadual nº 5809, de 25 de agosto de 2010. **Cria a Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.** Disponível em: <http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/1024923/lei-5809-10>, Acesso em 10 de julho de 2015.

_____. **Deliberação CIB 2.795**, de 18 de março de 2014. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/403-2014/fevereiro/3196-deliberacao-cib-n-2-795-de-18-de-marco-de-2014.html>. Acesso em 15 de julho de 2015.

RIO DE JANEIRO. **Lei Municipal nº 5026, de 19 de Maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial do Município (DOM). Disponível em: <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/bff0b82192929c2303256bc30052cb1c/0d30d23b34229c25032576ac00727b13?OpenDocument>. Acesso em 10 de julho de 2015.

_____. **Decreto Municipal nº 32.842 de 01/10/2010**. Publicado no DOM em 1 abr 2010. Regulamenta a Lei nº 5.211, de 01 de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros do Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas.

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – PMS - 2014 – 2017**. PCRJ/SMS, 2013. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/SMS.

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Acesso ao site: subpav.org, em 03.07.2015.

ROCHA, Sonia. **Pobreza e indigência no Brasil – algumas evidências empíricas com base na PNAD 2004**. Revista Nova Economia: Belo Horizonte. Nº16(2)_26 5-299_maiο-agosto, 2006.

SENNA, Mônica C. M., ZUCCO, Luciana P. e LIMA, Ana Beatriz R. (Orgs.). **Serviço Social Na Saúde Coletiva - Reflexões e Práticas**. RJ: Garamond, 2012.

SILVA, Maria Ozanira S. (org). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. SP, Veras, 2001.

SILVA, Márcia Reis da. **O geoprocessamento como ferramenta de apoio à gestão da estratégia de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, Celina. **Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988**. In: Revista de Sociologia e Política, nº24, Jun, 2005.

_____. **Regiões Metropolitanas: Condicionantes do Regime Político**. In: Revista LUA NOVA Nº 59, 2003.

SOUZA, R. G. & BODSTEIN, R. C. A. **Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):481-492, 2002.

SPOSATI, Aldaíza O. et alli. **Assistência na Trajetória das Políticas sociais Brasileiras: uma Questão em Análise**. São Paulo: Cortez. 6ª edição, 1995.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THULER, Luiz Claudio Santos et al. **Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2012.

TRAVASSOS, Cláudia e CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: GIOVANELA, L. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

TRAVASSOS, Cláudia, VIACAVA, Francisco, FERNANDES, Cristiano e ALMEIDA, Célia Maria. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):133-149, 2000.

TRAVASSOS, Cláudia, VIACAVA, Francisco, PINHEIRO, Rejane e BRITO, Alexandre. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. Com a participação de Eduardo Mourão Vasconcelos et alli. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva. 2ª edição, 2001.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila e BAPTISTA, Tatiana W. F. **Análise de Políticas de Saúde**. In: Giovanella, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ, 1ª edição, 2008.

VVAA. Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.14 no.3. Rio de Janeiro mai/jun. 2009a.

VVAA. Revista Saúde em Debate v.33, n.81, 2009b.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Sites acessados:

<http://atlasescolar.ibge.gov.br/en/mapas-atlas/mapas-do-brasil/desigualdade-socioeconomica>

blog cap 1.0 - <http://cap10smsdc.blogspot.com>

blog cap 2.1- <http://cap21.blogspot.com>

blog cap 2.2 - <http://cap22tijuca.blogspot.com>

blog cap 3.1 - <http://cap31.blogspot.com.br/>

blog cap 3.2 - <http://cap3-2.blogspot.com>

blog cap 3.3 - <http://smsdccc33.blogspot.com>

blog cap 4.0 - <http://smsdccc4.blogspot.com>

blog cap 5.1- <http://cap51.blogspot.com>

blog cap 5.2 - <http://smsdc-cap52.blogspot.com>

blog cap 5.3 - <http://coordap53.blogspot.com>

<https://www.facebook.com/VacinacaoMS/photos/pb.173558656099592.-2207520000.1438519255./652491588206294/?type=3&theater>

http://subpav.org/sisreg/temp/20150724020710_oferta_por_proced_unidade.xls

http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

anexos

ANEXO 1

COLO DO ÚTERO

(fonte: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/tratamento1, em 08/08/2015)

Tratamento

O tratamento para cada caso deve ser avaliado e orientado por um médico. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos.

Condutas clínicas do INCA:

As Condutas Diagnóstico-Terapêuticas do INCA têm a finalidade de servir de referência para as unidades prestadoras de serviços oncológicos ao SUS; facilitar o intercâmbio técnico-científico com as demais instituições de saúde no Brasil e no exterior; além de promover a uniformização dos procedimentos clínicos no INCA, de modo que sejam um fator integrador do ensino e da assistência médico-hospitalar oferecida pelo Instituto.

Tratamento por Estádios

Estádio IA1

No estágio IA1, a profundidade de invasão estromal é menor do que 3 mm e a extensão superficial é de até 7 mm.

Tratamento

Com relação à histerectomia total (abdominal, vaginal ou via laparoscópica), dá-se preferência a via vaginal, se prole definida, por ser de menor custo, menor morbidade e menor tempo de internação. A conização do colo uterino está indicada para pacientes sem prole definida. A ooforectomia é opcional na dependência da idade da mulher. A braquiterapia está indicada em caso de contraindicação absoluta de tratamento cirúrgico.

Atenção!

Caso o estudo histopatológico da peça de conização mostre margens comprometidas por neoplasia intraepitelial, é indicada a histerectomia, uma vez que a lesão mais grave, na maioria dos casos, origina-se na zona de transformação. Se há comprometimento de margens por carcinoma com invasão, deverá ser indicada a reconização, a fim de afastar a possibilidade de doença invasora mais extensa (IA1 e IA2).

A linfadenectomia pélvica não se justifica para tumores em estágio IA1, visto que o comprometimento linfonodal nesses casos está em torno de 1,2%. O diagnóstico de

microinvasão só pode ser definido pelo exame da peça de conização/ EZT do colo uterino.

Estádio IA2

No estágio IA2, a profundidade de invasão estromal é de 3 a 5 mm e a extensão superficial é de até 7 mm.

Tratamento

Histerectomia radical modificada (tipo II de Rutledge e Piver), que envolve colpectomia do terço superior de vagina, ressecção de metade dos ligamentos útero-sacros e paramétrios, associando-se à linfadenectomia pélvica.

Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica pode ser indicada em pacientes que manifestam o desejo de gestar.

Radioterapia exclusiva está indicada em casos de pacientes não-elegíveis para cirurgia.

A maior radicalidade do procedimento cirúrgico, nesses casos, se deve ao fato de que a incidência de comprometimento linfonodal pode chegar a até 13,8%, assim como a invasão parametrial proximal microscópica pode chegar a 5%.

Estádios IB e IIA

O tamanho do tumor é fator relevante na escolha do tratamento inicial.

Lesões menores do que 4 cm nos estádios IB1 ou IIA:

- Histerectomia abdominal radical tipo III. Atualmente, vem sendo indicada a histerectomia radical tipo II para lesões menores do que 2 cm.
- Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica: para pacientes sem prole definida e com tumor até 2cm.
- Histerectomia radical vaginal com linfadenectomia pélvica: para casos selecionados.
- Radioterapia externa e braquiterapia: para pacientes com contra-indicação clínica para cirurgia. Nos casos de obesidade mórbida, em que a eficiência da radioterapia isolada pode ser comprometida, pode-se considerar o tratamento quimiorradioterápico concomitante.

Indicações da radioterapia associada ou não à quimioterapia (pós-operatória)

- Margens cirúrgicas da vagina comprometidas por carcinoma: braquiterapia de cúpula vaginal.
- Metástase ovariana.
- Metástase para linfonodos pélvicos.
- Invasão do tecido parametrial.
- Tumor maior do que 4cm, achado na peça operatória.
- Adenocarcinoma, principalmente G III, invasão do estroma cervical no terço externo e invasão do espaço linfovascular são considerados critérios de alto risco e a complementação radioterápica pode ser indicada.

Se houver comprometimento das margens da vagina por neoplasia intraepitelial, é indicada a realização de propedêutica adequada para colpectomia.

Atenção!

As pacientes que apresentarem linfonodos pélvicos ou paraaórticos comprometidos não deverão ser submetidas à histerectomia, e sim à quimioterapia + radioterapia. A cirurgia, se realizada, aumentará a morbidade.

Lesões maiores do que 4 cm nos estádios IB2 ou IIA

- Quimiorradioterapia concomitante: a droga indicada pelo Serviço de Oncologia Clínica do INCA é a cisplatina, na dose semanal de 40mg/m², durante o curso da radioterapia externa.
- Radioterapia exclusiva: quando houver contra-indicação ao uso de agentes quimioterápicos.

Estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA

Nos estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA, a quimiorradioterapia concomitante será feita da mesma forma que para o estágio IB2.

Tratamento cirúrgico paliativo para estágio IVA: derivações intestinais ou urinárias podem ser indicadas.

Pacientes, em estágio clínico IVA, com fístula vésico-vaginal ou retovaginal, podem ser candidatas à exenteração pélvica, na dependência do estado geral e PS da paciente ou receber radioterapia paliativa.

Estádio IVB

O câncer do colo do útero em estágio IVB é uma doença incurável. São controversos os tratamentos do câncer avançado do colo uterino, sendo a quimioterapia, radioterapia e cirurgia consideradas paliativas e indicadas de acordo com cada caso. Deve-se avaliar a necessidade da radioterapia anti-hemorrágica. Como tratamento, a quimioterapia e radioterapia devem ser consideradas somente quando incluídas em protocolo. As pacientes não serão submetidas à quimioterapia, principalmente se as escórias estiverem elevadas.

Contraindicações para tratamento cirúrgico

- Doenças que contraindiquem cirurgia de grande porte.
- Obesidade mórbida.

Restrições para radioterapia

- Obesidade mórbida
- Massa pélvica anexial
- Hemoglobina <10g/dl
- Colagenoses
- Processo inflamatório pélvico agudo

Histerectomia

Os tipos de histerectomia, segundo Rutledge e Piver, estão descritos no quadro abaixo:

Tipo	Descrição
I	Histerectomia simples extrafacial
II	Histerectomia com remoção de metade dos paramétrios e útero-sacros com ressecção do terço superior da vagina
III	Histerectomia com remoção completa dos paramétrios e útero-sacros, incluindo terço superior da vagina
IV	Histerectomia com remoção de todo o tecido periuretral, ligadura da artéria vesical superior e ressecção de três quartos da vagina
V	Histerectomia com remoção da porção distal dos ureteres e bexiga

Fonte: Berek J.S., Hacker N.F. Practical Gynecologic Oncology 4th edition Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p.352

Observação: Incluir a linfadenectomia pélvica completa (ilíacas, fossa obturadora e de linfonodos periureterais) em todos os tipos de histerectomia, com exceção ao tipo I.

Situações Especiais

Gestação

O tratamento do câncer do colo do útero na gestante depende do estadiamento e idade gestacional.

Estádio IA1

Se o estágio IA1 foi definido pela conização com margens livres, seguir a gravidez até seu termo. A histerectomia (abdominal ou vaginal), dois meses após o parto, ficará condicionada ao desejo da paciente à nova gestação.

Se a invasão em profundidade na peça de conização for menor do que 3mm com margem comprometida, é razoável o seguimento com colposcopia e colpocitologia da gestante até a viabilidade fetal, indicando reconização para definir conduta.

Estádios IA2 e IB1

Até a 24ª semana de gestação: histerectomia radical e linfadenectomia pélvica com feto in situ. Recentemente, tem sido utilizada a traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica por via abdominal na tentativa de salvar o conceito ou após a 24ª semana de gestação: aguardar a viabilidade fetal, cesariana e, posteriormente, histerectomia radical mais linfadenectomia pélvica.

Estádios IB, II, III e IVA

Radioquimioterapia: conforme a idade gestacional e a viabilidade fetal. Se o tratamento inicial proposto for a radioquimioterapia com o conceito in loco, a

braquiterapia só pode ser iniciada após o esvaziamento do conteúdo uterino. Gestação até a 24ª semana: decisão, pela mulher ou pelo casal, de interrupção ou continuidade da gestação até a viabilidade fetal.

Gestação com feto viável: cesariana antes da radioquimioterapia.

Estádio IVB

Tratamento paliativo, com condutas individualizadas, tanto do ponto de vista do câncer como da gestação.

Nota: Todos os procedimentos devem ser rigorosamente esclarecidos à mulher, ao casal ou ao responsável pela doente, devendo ser submetidos à sua anuência formal. Todos os aspectos legais devem ser considerados.

Carcinoma invasor achado incidentalmente em peça de histerectomia simples

Complementação cirúrgica: parametrectomia com linfadenectomia pélvica e colpectomia do terço superior de vagina. Na dependência do resultado do exame histopatológico da peça cirúrgica, pode-se indicar RXT pélvica adjuvante. Complementação com radioterapia externa e braquiterapia: se o tempo decorrido da primeira cirurgia excede três meses, com doença residual macroscópica ou em pacientes com risco cirúrgico elevado.

Complementação com quimiorradioterapia: em fase de avaliação.

Carcinoma do colo após histerectomia subtotal

O carcinoma do colo após histerectomia subtotal ocorre em pacientes com câncer diagnosticado no colo remanescente e o tratamento é feito conforme já descrito para os respectivos estádios tumorais.

Atenção!

No intuito de preservar a vida fetal, o tratamento, em gestantes, através da quimioterapia neo-adjuvante, e a posterior complementação terapêutica após o nascimento da prole estão em fase de implementação no INCA.

Exames de seguimento

- Exame físico geral.
- Exame ginecológico, incluindo a colpocitologia.
- Exames laboratoriais e de imagens (RX de tórax, ultra-sonografia abdominopélvica, tomografia computadorizada abdominal e pélvica, de acordo com a indicação clínica e disponibilidade).

Recidivas

A conduta depende do tratamento prévio, tamanho da lesão e local da recidiva.

Recidiva central (cúpula vaginal)

Se o tratamento inicial foi cirúrgico, deve-se indicar radioterapia. Se o tratamento inicial for a radioterapia, pode ser realizada exenteração pélvica ou histerectomia simples ou radical, dependendo da extensão da doença e localização.

Recidiva pélvica não-central ou linfonodal

Se a cirurgia radical foi o tratamento primário, indica-se quimiorradioterapia combinada ou radioterapia, caso haja contra-indicação para quimioterapia.

Se a radioterapia foi tratamento primário, é necessário realizar avaliação individualizada de ressecabilidade e quimioterapia paliativa, caso tenha sido esgotada a dose de radioterapia.

Recidiva a distância

Na recidiva a distância, o tratamento é paliativo com abordagem idêntica ao estágio IVB.

Considerar a possibilidade de paciente Fora de Possibilidade Terapêutica Atual (FPTA).

Fonte: Serviço de Ginecologia - Rotinas Internas do INCA

- [Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas \(PDF\)](#)
- [Estudo custo-efetividade comparando diferentes estratégias para a detecção precoce do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras](#)

Anexo 2



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Carteira de Serviços

Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde

Versão PROFISSIONAIS

Inclui Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1ª edição

SMSDC/RJ
PCRJ © 2011

Atenção Centrada no Adulto/Idoso

Os serviços oferecidos para o Adulto/Idoso são:

- Planejamento familiar e direito sexual e reprodutivo
 - orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos
 - inserção de DIU
 - dispensação de métodos contraceptivos
 - investigação de infertilidade conjugal
- Avaliação pré-concepção
- Assistência ao pré-natal
 - diagnóstico precoce gravidez
 - assistência pré-natal
(mínimo de 6 consultas - intercalar consultas médicas e de enfermagem)
- Assistência ao puerpério
- Assistência ao climatério
- Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo ou papanicolaou)
- Rastreamento de câncer de mama
- Rastreamento de dislipidemia em adultos
 - homens > 35 anos
 - homens entre 20 e 35 anos se alto risco CV
 - mulheres > 45 anos de alto risco CV
- Rastreamento de DM se PA > 135/80 sustentada (homens e mulheres)
- Rastreamento de HA (hipertensão arterial) para homens > 18 anos, anualmente
- Rastreamento e aconselhamento para tabagismo
- Rastreamento e aconselhamento para alcoolismo
- Prevenção, identificação e acompanhamento das DST e HIV
- Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra mulheres

Ação	Nº Procedimento	Tipo	Materiais	Descrição/Observação
Rastreamento do câncer de mama		⚠	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa ginecológica • Avental descartável • Exame clínico das mamas • Requisição para solicitação de mamografia (formulário específico) 	
Rastreamento de câncer de colo uterino – coleta de exame citopatológico (papanicolaou)		⚠	<ul style="list-style-type: none"> • Espéculos vaginais (P, M e G) • Luvas descartáveis • Espátula de Ayres • Escova endocervical • Lâminas • Frasco para lâmina • Fixador citológico (álcool) • Etiquetas • Lubrificante • Formulário específico 	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser oferecido para toda mulher em idade fértil ou até 59 anos • Periodicidade de 1 vez a cada ano por 2 anos consecutivos – se hover resultados normais passar para cada 3 anos • Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem treinados podem realizar • Não usar ácido acético ou iodo (Teste Schiller) <p>Não é necessário aguardar cadastro no CITEC.</p>
Rastreamento do câncer de próstata				<ul style="list-style-type: none"> • Em consonância com as evidências científicas disponíveis e as recomendações da OMS, a organização de ações de rastreamento para o câncer da próstata não é recomendada • Homens que demandem espontaneamente a realização do exame de rastreamento devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática
Rastreamento de dislipidemia em adultos			<ul style="list-style-type: none"> • Exames HDL • Triglicerídeos • Colesterol Total 	<p>Está recomendado o rastreamento de dislipidemia em adultos, com graus de recomendação variáveis conforme o sexo e a faixa etária, abaixo discriminados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para homens > 35 anos: Recomendação A • Para homens 20 a 35 anos: Recomendação B se alto Risco CV • Para mulheres > 45 anos: Recomendação A se alto Risco CV

Anexo 3



Superintendência de Atenção Primária

Carteira de Serviços

Atenção Secundária - Policlínicas

1ª edição

2014

Câncer de cólo do útero

Atenção Secundária - Policlínicas

Ação	Código Procedimento	Procedimento	Descrição	OBS
Atenção Especializada em Ginecologia Patologia Cervical	03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	Consulta com ginecologista capacitado em patologia do trato genital inferior e em colposcopia	
	02.11.04.002-9	Colposcopia	Exame que objetiva avaliar a mucosa do colo do útero e vagina e o tecido conjuntivo subjacente	
	02.01.01.066-6	Biopsia do Colo Uterino	Exerese de fragmento do colo	
	02.01.01.050-0	Biopsia de vagina	Exerese de fragmento de vagina	
	02.01.02.003-3	Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	Coleta de material da região ectocervice e endocervical do colo uterino segundo as recomendações do MS	
	04.09.06.008-9	Exerese da Zona de Transformação do Colo Uterino (EZT)	Tratamento eletro cirúrgico excisional do colo uterino realizado ambulatorialmente quando se define a totalidade da lesão	Suas indicações estão definidas nas Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero (MS, INCA,2011)

Ambulatórios de Ginecologia - Patologia Cervical

Público Alvo

- Mulheres com os seguintes resultados de exames citopatológicos do colo uterino
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
 - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) não podendo afastar microinvasão,
 - Atipias escamosas de significado indeterminado não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)
 - Atipias glandulares de significado indeterminado (AGC),
 - Atipias de origem indefinida,
 - Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), atipias escamosas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US) persistentes,
 - Carcinomas, adenocarcinomas e outras neoplasias.
- Mulheres que concluíram o tratamento oncológico e receberam alta da Unidade terciária.

Atenção

As mulheres imunossuprimidas deverão ser encaminhadas ao polo no primeiro resultado citopatológico alterado independente do diagnóstico.

Como encaminhar?

O encaminhamento deverá ser feito através do formulário de referência/contra-referência onde deverão constar os achados clínicos, informações sobre tratamentos prévios e últimos exames citopatológicos do colo uterino. O agendamento é realizado via SISREG para o seguinte procedimento:
Consulta em ginecologia - patologia cervical

Por que encaminhar?

Para confirmação diagnóstica, tratamento das lesões precursoras do câncer de colo uterino e seguimento após conclusão de tratamento oncológico, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA. MS, 2011).

Para onde encaminhar?

Ambulatórios de Patologia Cervical com vagas disponibilizadas no SISREG.

Atenção

1) As Unidades de Atenção Primária, Secundária e Terciária devem utilizar as requisições específicas de citopatologia e histopatologia do colo uterino padronizadas pelo Ministério da Saúde.

2) Os laboratórios que realizam citopatologia, histopatologia do colo uterino e os Pólos de Patologia Cervical devem utilizar o SISCOLO (Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero) ou o SISCAN, para análise dos dados sobre a população examinada, resultados dos exames, seguimento dos casos alterados e qualidades dos serviços.