



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE  
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**NOÊMIA FERNANDA SANTOS FERNANDES**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIÃO DE SAÚDE: CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA PARA  
COMPREENSÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS**

Vitória da Conquista  
2018

**NOÊMIA FERNANDA SANTOS FERNANDES**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIÃO DE SAÚDE: CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA PARA  
COMPREENSÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientador: Adriano Maia dos Santos

Vitória da Conquista  
2018

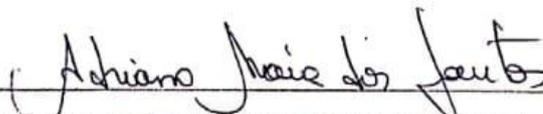
Noêmia Fernanda Santos Fernandes

**" ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIÃO DE SAÚDE: CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA PARA COMPREENSÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS "**

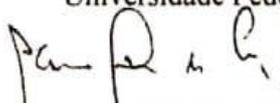
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.  
Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 05 / 11 / 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Orientador)  
Universidade Federal da Bahia



Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior (Examinador)  
Universidade Federal Fluminense



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Patty Fidelis de Almeida (Examinadora)  
Universidade Federal Fluminense

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

Fernandes, Noêmia Fernanda Santos

Acesso aos Serviços de Saúde em Região de Saúde: câncer do Colo do Útero como condição traçadora para compreensão dos fluxos assistenciais/ Noêmia Fernanda Santos Fernandes. - 2018.

126 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Neoplasias do Colo do Útero. 3. Serviços de Saúde I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Adriano Maia dos Santos III. Título.

CDU 614.2 (813.8)

**Dedico à mainha,  
por tudo o que fez e faz por mim!**

## **Agradecimentos**

Esses dois anos de mestrado em Saúde Coletiva foram de uma significância sem dimensionamentos!! Chegar em uma cidade que você não conhece nada e nem ninguém foi (e continua sendo) desafiador!! A saudade, dos meus, doeu em todo esse período e como já não tinha (e tenho) o mar para me acalmar, ele vinha em meus sonhos!

Não canso de dizer o quanto sou grata por um mestrado tão cheio de afetos, de encontros prazerosos, nos quais o centro era o cuidado conosco! Um mestrado que valoriza a subjetividade e nos escuta!! Não somos considerados apenas alunos que precisam produzir!

Mas pra chegar até aqui, muitas e muitos estiveram (e continuam presentes), por isso faço questão de agradecer especificamente:

Aos meus ancestrais, por toda sabedoria adquirida e por saber que a minha força em lutar por nossa (re) existência, bebe de uma fonte tão essencial!

À minha família e, em especial minhas avós Noêmia (in memoriam e que me visita nos meus sonhos) e Deja, meus primos-irmãos Carol, Hyandira, Pricila, Poliana, Pollyanna, Vitor Júlio e Wanderson... não teria conseguido sem vocês!! E aos meus tios e tias Gracinha, Leda, Lucinê, Nilda, Tonho, Vera e Zé Dias: Amo incondicionalmente!

Aos meus amigos do sul da Bahia, que sempre estão presentes me fortalecendo: Teco, Gael e Marise. Vocês são maravilhosos!! Amo incondicionalmente!

Aos amigos que fiz aqui em Conquista: Diane, Etna, João, Jôse, Matheus Guirra, Monique, Naiade, Shirley... Olha só a cidade fria me dando presentes tão importantes!!! Amo cada um de um jeitinho super especial!

Aos meus colegas de trabalho, em especial à Lua Assis, ao NASF e equipes de saúde da família de Ibicaraí, colegiado de Fisioterapia da FTC e Magda Bomfim! Compartilhar momentos com vocês me ajudou a crescer como pessoa e profissional! Kelly, você além de minha mestra, é colega e amiga!! Obrigada por tanto afeto e acreditar em mim!

Aos Agentes Comunitários de Ibicaraí, o agradecimento é específico para vocês, pois não tem noção do quanto aprendi a cada dia que tínhamos visitas domiciliares, atendimentos, reuniões e atividades nas unidades de saúde! Vocês são guerreiros!

Aos meus alunos de Fisioterapia, cada aula, cada estágio era um aprendizado mútuo!

Aos sujeitos sociais com os quais pude me perceber (e crescer) enquanto profissional de saúde e fisioterapeuta, durante meu trabalho no NASF. Vocês foram (e são) além-pacientes!!! Sou eternamente grata por cada encontro que vocês me proporcionaram!

A dois profissionais de saúde, que colaboraram muito para que, hoje, eu conseguisse alcançar um dos meus objetivos de vida pessoal e profissional e com muita saúde física e mental: minha para sempre psicóloga Silvana Veiga e um profissional ímpar de educação física, Leonardo Pereira! Grata por tudo!

Aos movimentos sociais pelos quais já pude colaborar na luta e que continuo junto, fortalecendo pela emancipação de nosso povo: “Coletivo Laudelina de Campos Melo”, “Reaja ou será morto, reaja ou será morta!”, 15ª Conferência Nacional de Saúde, 1ª Conferência Estadual e 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher.

Aos meus mestres, cujos ensinamentos não se restringiram aos livros, mas demonstravam a importância de enxergar o outro como igual: Tia Ceíça, Adailson, Nildo Ribeiro, Nília e Dani Arruda. Vocês são inesquecíveis!

À UFBA por me acolher também, cada professor, cada funcionário dos serviços gerais, da segurança, do administrativo e do R.U., o que seria de nós sem cada um de vocês?!

À família OCUPA UFBA: eu não consigo expressar em tão pouco espaço, a importância de vocês em minha vida e como amei cada dia que passamos juntos lutando. Em especial: Breno, Ju, Lício, Lucas, Mari e Yuri. Não é a toa que nos chamamos família!

À família do Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde: quanto afeto!!! Cada um, com seu jeito, me cativa tanto!!! Nosso grupo não se resume à pesquisa, cuidamos um do outro!!

À família SANKOFA: gente, vocês são MA RA VI LHO SOS!!! Aprendo muito com cada um de vocês e fico imensamente feliz quando estamos juntos!

Aos sujeitos participantes da pesquisa, nossos encontros foram riquíssimos! Poder compartilhar de um momento tão significativo com vocês e poder apreender o que vivemos e lutamos diariamente por um SUS melhor, foi e é revigorante!

À FAPESB, por colaborar com tantos pesquisadores e com a renovação de nossa ciência! Não teria conseguido me dedicar tão profundamente ao mestrado, sem esse apoio!

À banca de qualificação por tanto cuidado e por realizar contribuições tão essenciais para a construção do estudo, colaborando no fortalecimento do nosso SUS!

E, Adriano!! Meu ori querido!!! Eu imagino o quanto que você deve ter perdido cabelo preocupado comigo!!!rs Eu não tenho como agradecer ao universo por ter aproximado nossos caminhos e ter me apresentado uma pessoa tão espetacular, carinhosa, atenciosa, amorosa... Você é puro amor!! Não é fácil ser sua orientanda (rs), a responsabilidade é grande!!! Espero muito que possa ter retribuído pelo menos um pouquinho de tudo o que você representa pra mim!

“Antes de voltar à faculdade, eu sabia que eu não queria ser uma intelectual, gastando toda a minha vida em livros e bibliotecas sem saber o que diabos está acontecendo nas ruas. Teoria sem prática é tão incompleta quanto prática sem teoria. Ambas precisam andar juntas.” (Assata Shakur)

## RESUMO

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde constitui-se um dos grandes desafios no Sistema Único de Saúde (SUS), por promover barreiras à universalidade e integralidade. Estudos demonstram dificuldade de acesso, sobretudo nos serviços especializados, revelando uma organização da rede fragmentada e hierarquizada. No intuito de compreender como a região de saúde de Vitória da Conquista organiza-se para garantir o acesso das usuárias, utilizou como condição marcadora, a linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero (CCU). Para tanto, objetivou-se avaliar o acesso ao exame citológico do CCU na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em municípios de uma região de saúde da Bahia e analisar a articulação entre ESF e serviços especializados na linha de cuidado do CCU, numa região de saúde da Bahia. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, em quatro municípios da região de Saúde de Vitória da Conquista. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com gestores e médicos da rede especializada e 10 grupos focais, com enfermeiros e ACS. Para análise, foi realizado entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, identificando as convergências e divergências para produção de análise compreensiva e crítica. Foi verificado que as usuárias possuem dificuldade de acesso desde à ESF, até o momento do tratamento do câncer de colo do útero; os profissionais da RAS não se comunicam, além de um deficitário sistema de transporte e uma regulação assistencial ineficiente. Configurando, dessa forma, uma rede de serviços organizada hierarquicamente, com cuidado fragmentado e centrado nos procedimentos, em detrimento de um cuidado continuado, a partir da coordenação da ESF.

**Palavras-chave:** Acesso; Atenção Primária à Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Regionalização; Câncer de colo do útero

## **ABSTRACT**

The difficulty of accessing health services is one of the major challenges in the Single Health System (SUS), for promoting barriers to universality and integrality. Studies show that access is difficult, especially in specialized services, revealing a fragmented and hierarchical network organization. In order to understand how the health region of Vitória da Conquista organizes itself to guarantee the access of the users, it used as a marker condition the care line for the control of cervical cancer (CCU). The purpose of this study was to evaluate the access to CCU cytological examination in the Family Health Strategy (ESF) in municipalities of a health region of Bahia and to analyze the articulation between ESF and specialized services in the CCU care line, in a health region of Bahia. This is a case study, with qualitative approach, in four municipalities of the Health region of Vitória da Conquista. Twelve semi-structured interviews were conducted with managers and physicians of the specialized network and 10 focus groups, with nurses and CHA. For analysis, it was performed a cross-linking between the different information collected, identifying the convergences and divergences for the production of comprehensive and critical analysis. It was verified that the users have difficulty accessing from the FHT until the time of the treatment of cervical cancer; the SAR professionals do not communicate, as well as a deficient transportation system and inefficient health care regulation. In this way, it establishes a network of services organized hierarchically, carefully fragmented and focused on procedures, to the detriment of continued care, from the coordination of the FHS.

**Keywords:** Access; Primary Health Care; Health Care Network; Regionalization; Cancer of the cervix

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1</b> – Região de Saúde de Vitória da Conquista.....	<b>35</b>
<b>Quadro 1</b> - Funções dos trabalhadores na Linha de Cuidado para o controle do Câncer de Colo do Útero.....	<b>41</b>
<b>Quadro 2</b> - Profissionais e gestores de saúde entrevistados na região de saúde...	<b>45</b>
<b>Quadro 3</b> - Grupos Focais realizados na região de saúde.....	<b>47</b>
<b>Artigo 1 - Quadro 1.</b> - Caracterização dos municípios, cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e número de equipes de saúde da família. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018.....	<b>53</b>
<b>Artigo 1 - Quadro 2</b> - Dimensões de análise do acesso.....	<b>54</b>
<b>Artigo 1 - Quadro 3</b> - Composição dos Grupos Focais.....	<b>55</b>
<b>Artigo 1 - Quadro 4</b> - Dimensão organizacional do acesso.....	<b>57</b>
<b>Artigo 1 - Quadro 5</b> - Dimensões simbólica e técnica do acesso.....	<b>63</b>
<b>Artigo 2 - Quadro 1.</b> - Caracterização dos municípios, cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e número de equipes de saúde da família. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018.....	<b>76</b>
<b>Artigo 2 - Quadro 2</b> - Composição dos Grupos Focais.....	<b>77</b>
<b>Artigo 2 – Quadro 3</b> - Composição dos entrevistados.....	<b>77</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAE II</b>	Centro de atendimento especializado II
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
<b>CMC</b>	Central de marcação de consultas
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CCU</b>	câncer do colo do útero
<b>CGR</b>	Colegiado de Gestão Regional
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regional
<b>DCNT</b>	Doenças crônicas não transmissíveis
<b>DDS</b>	Determinantes sociais de saúde
<b>Ent.</b>	entrevista
<b>EqNASF</b>	Equipe NASF
<b>EqSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>EZT</b>	exérese da zona de transformação
<b>FAPESB</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia
<b>GF</b>	grupos focal
<b>GM</b>	Gabinete do Ministro
<b>h.</b>	Horas
<b>HSIL</b>	Lesão de alto grau
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IMS CAT UFBA</b>	Instituto Multidisciplinar de Saúde/Campus Anísio Teixeira/Universidade

	Federal da Bahia
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>km</b>	quilômetros
<b>LGBT</b>	Lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais
<b>LIAG</b>	Lesão Intraepitelial de Alto Grau
<b>LSIL</b>	Lesão de baixo grau
<b>min.</b>	Minutos
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NRS</b>	Núcleo Regional de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>p.</b>	Página
<b>PAHO</b>	Pan American Health Organization
<b>PDI</b>	Plano Diretor de Investimento
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PPI</b>	Programação, Pactuada e Integrada
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCG</b>	Termo de Compromisso de Gestão
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Primeiras aproximação e envolvimento com o objeto.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Recorte do Objeto.....</b>	<b>16</b>
<b>2. Justificativa e hipótese.....</b>	<b>22</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Processo de regionalização no SUS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3 Condição traçadora da linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero.....</b>	<b>32</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
<b>5.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>5.2 Campo de estudo.....</b>	<b>35</b>
<b>5.3 Sujeitos do estudo.....</b>	<b>38</b>
<b>5.4 Fontes de informação e técnica de coleta de dados.....</b>	<b>43</b>
5.4.1 Entrevista semiestruturada.....	43
5.4.2 Grupo Focal.....	45
<b>6. ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>Artigo 1 Acesso ao exame citopatológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis.....</b>	<b>50</b>
<b>Artigo 2 Articulação entre Estratégia de Saúde da Família e serviços</b>	

especializados na linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero numa região de saúde da Bahia.....	73
<b>8 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>98</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>126</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Primeiras aproximações e envolvimento com o objeto<sup>1</sup>

Em 2005, ingressei<sup>2</sup> no curso de Fisioterapia, em uma instituição privada de ensino superior, Faculdade de Tecnologia e Ciências, em Itabuna, Bahia. Ao longo de quatro anos e meio de graduação, tive acesso a reflexões teóricas e vivências práticas sobre a concepção de saúde e produção do cuidado, em uma perspectiva de abordagem disciplinar, com prática clínica baseada na especialização precoce e enfoque na utilização de tecnologias centradas em equipamentos, promovendo uma formação fragmentada e com lógica mercadológica.

No ano seguinte à conclusão do curso, em 2011, iniciei uma especialização em Reabilitação Neurofuncional. Neste momento, apesar de uma abordagem tradicional da reabilitação, com os resultados do Trabalho de Conclusão de Curso, comecei a me questionar quanto à qualidade do acesso aos serviços de saúde pelos idosos, uma vez que percebi o desconhecimento tanto das equipes de saúde, quanto dos gestores sobre a elevada incidência de déficit de memória nos idosos de um município do Sul da Bahia.

Paralelamente à especialização, comecei a trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em Ibicaráí, por meio do qual pude experienciar uma produção do cuidado baseada nas necessidades de saúde da população, em um contexto territorial e de Rede de Atenção à Saúde, podendo constatar determinados entraves no acesso a esses serviços. Ou ainda, as tentativas das equipes, dos profissionais de saúde e dos próprios gestores, em resolver determinadas demandas, dentro da própria rede municipal ou da região de saúde.

Quanto mais conhecia o universo extenso da Saúde Coletiva e assimilava seus princípios de democracia e solidariedade, mais foi crescendo a vontade de ingressar em um Mestrado com foco na atenção à saúde das populações. Em 2016, tive a oportunidade de ser selecionada para o Mestrado em Saúde Coletiva, no Instituto Multidisciplinar em Saúde Coletiva, em Vitória da Conquista, na Universidade Federal

---

<sup>1</sup> Este tópico responde à “reflexividade” – critério imprescindível às pesquisas qualitativas (TONG et al., 2007). Neste sentido, não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu, portanto a prática da reflexividade é permanente (GUERRIERO; DALLARI, 2008).

<sup>2</sup> Decidimos optar por dois tempos verbais (primeira pessoa do singular e do plural), no intuito de demarcar a trajetória da pesquisadora, ressaltando o caráter singular do seu caminhar e suas escolhas. O verbo na primeira pessoa do plural foi o estilo padrão para dissertação.

da Bahia. Naquela ocasião, meu orientador apresentou-me seu projeto de pesquisa sobre “Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados” e convidou-me a participar, tematizando a gestão dos serviços em região de saúde, por meio da linha de cuidado para o controle de câncer de colo do útero. Tão logo tive acesso ao mesmo, percebi como o objeto de estudo aproximava-se de toda a minha experiência profissional, pessoal e, inclusive, de militância, por ter como tema central a gestão dos serviços de saúde, na lógica de regionalização, a qual pretende fortalecer um sistema de saúde pautado na justiça social e, ainda, por ter o recorte na área de Saúde da Mulher, pela qual tenho uma forte identificação.

## **1.2 Recorte do objeto estudo**

Este projeto de pesquisa tem como objeto de estudo a análise das estratégias para acesso integral aos serviços de saúde em rede regionalizada, elegendo a linha de cuidado do câncer de colo do útero, como condição traçadora, na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

Numa ótica mais crítica, a análise de questões quanto à organização dos sistemas e serviços de saúde, na perspectiva das desigualdades sociais, tem assumido centralidade no campo das políticas públicas em muitos países, por haver a compreensão de que o processo de produção saúde-doença e seus agravos decorre, sobretudo, da injustiça social (COBURN; COBURN, 2014).

Nesse sentido, o documento “Panorama Social da América Latina” (CEPAL, 2014) destaca que, apesar de avanços na democracia e nas políticas sociais, a pobreza ainda é um fenômeno estruturante dos países latino-americanos, uma vez que há uma inserção diferenciada da mulher, no mercado de trabalho, com maior taxa de desemprego e menor taxa de participação no mercado formal de trabalho, intensificando os efeitos de pobreza e desigualdade.

Na perspectiva de construção de uma sociedade inclusiva e equitativa, o Brasil, reafirma, entre outros compromissos, no documento “Declaração Política do Rio de Janeiro sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS)”, apoiar a Organização Mundial de Saúde na área de saúde da mulher (ONU, 2011). Tal acordo reconhece desigualdades em saúde pelas condições sociais e busca o monitoramento das tendências às iniquidades e seus impactos na população feminina.

No campo das políticas de atenção integral à saúde da mulher, o câncer de colo do útero, por exemplo, tem sido apontado como um problema de saúde pública, com forte correlação socioeconômica e nível de escolaridade (TEIXEIRA, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; GOSS et al., 2013; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012; BAENA et al., 2011; TEIXEIRA; LOWY, 2011; PARKIN et al., 2008; MURILLO et al. 2008; OLIVEIRA et al., 2006; PALACIO-MEJÍA et al., 2003). Nesta direção, a (sobre)vivência em contextos de desigualdade social pode ser entendida como a raiz para os vários obstáculos no acesso aos serviços de saúde (COBURN; COBURN, 2014; MOONEY, 2014; THIEDE; AKWEONGO, 2014).

No Brasil, por exemplo, ao analisarmos os dados de mortalidade de câncer de colo do útero, constatamos uma queda na incidência de maneira focalizada, sobretudo, nas capitais dos estados e regiões com maior concentração de renda, devido à ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade do exame citopatológico (BRASIL, 2011a). Tal problemática revela, assim, desigualdades, não apenas entre os países latino-americanos, mas também, internamente em um mesmo país e, por sua vez, sinaliza a necessidade de investigações que desvelem os territórios do interior do Brasil.

Por conta das iniquidades, políticas públicas que fomentem a educação feminina têm sido compreendida como “catalisadora das melhorias diretas nos níveis de saúde” (COBURN; COBURN, 2014, p.45), pois podem diminuir as disparidades entre grupos populacionais. No caso específico do câncer de colo do útero, podemos, então, pressupor que a educação das mulheres, além de impactar na redução das desigualdades sociais em saúde, poderia significar uma melhor percepção sobre o próprio corpo.

Dessa forma, partindo da relação entre as desigualdades sociais e o processo saúde-doença e, especificamente, quando analisamos a incidência do câncer na América Latina e Caribe, constatamos que a fragmentação dos sistemas de saúde desses países não favorece o cuidado adequado e em tempo oportuno, ou seja, há necessidade de conformação de um sistema público com acesso universal (STRASSER-WEIPP et al., 2015).

A experiência de alguns países com sistemas de saúde integrados demonstra uma redução de 80% da incidência do câncer de colo do útero, quando há uma boa articulação da rede de cuidados e comunicação entre os serviços de saúde e as usuárias, com rastreamento e seguimento de qualidade (WHO, 2008). Em contrapartida, pesquisas recentes têm demonstrado que, nos países latino-americanos com programa de rastreamento, não tem havido uma diminuição expressiva da mortalidade, levando a

supor a influência de fatores como a qualidade dos exames e o acesso ao diagnóstico e tratamento de mulheres que tenham elevado risco ou com alteração de exames (GOSS et al., 2013; PAHO, 2010; MURILLO et al., 2008).

Assim, um dos grandes desafios para os sistemas e serviços de saúde é efetivar um acesso equitativo, uma vez que cada segmento social tem diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão, nem sempre percebidas pelo poder público e que, quando o são, não se consegue implementar políticas públicas condizentes com a necessidade demandada (ASSIS; JESUS, 2012).

Por esta ótica, o cuidado à saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na perspectiva de controle do câncer de colo do útero, requer integração assistencial de ações e serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para garantia do acesso e resolubilidade em local adequado e tempo oportuno. Nesta lógica, a RAS seria um arranjo produtivo que combina a concentração territorial de determinados serviços (média e alta densidade tecnológica, ou seja, serviços especializados e hospitalares) e dispersão de outros (baixa densidade tecnológica, ou seja, serviços de Atenção Primária à Saúde – APS), devendo estar estruturada a partir da integração horizontal e vertical dos níveis de atenção em territórios sanitários intermunicipais (MENDES, 2011).

Dessa forma, o cuidado integral para o controle do câncer de colo do útero tem correlação direta entre as particularidades do espaço regional, a fim de que se alcance a organização, a gestão e a própria assistência nos diferentes níveis de atenção (DUBEUX; CARVALHO, 2009). Porém, dificuldades dos usuários em acessar os serviços, sobretudo, de média densidade tecnológica, vem acarretando insatisfação e quebra na continuidade do cuidado, revelando um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Ainda nesse cenário, as diferenças entre os municípios brasileiros, em seus aspectos, –socioeconômico, geográfico, demográfico e político, impõem desafios para responder a integralidade da atenção à saúde que, deste modo, extrapolam a capacidade de um único ente federativo (LIMA et al., 2012; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016). Tais questões estão atadas às evidências de que os governos locais, essencialmente em municípios pequenos, possuem pouca capacidade financeira, administrativa e operacional, com conseqüente dificuldade de descentralização de suas ações (VILASBÔAS; PAIM, 2008) e, por conseguinte, necessidade de compartilhamento de políticas complexas como de redes de serviços de saúde.

Esse cenário de disparidades intermunicipais e dificuldades de capacidade de governo exige, além da descentralização do sistema federativo do Brasil e do próprio SUS, um novo modelo de governança pautado na integração solidária entres os entes municipais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004)

Neste enredo, em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399/GM (BRASIL, 2006a), o Pacto pela Saúde, revisita algumas questões quanto à gestão do SUS (financiamento e responsabilidade das três esferas) e entende a integralidade como diretriz primordial para viabilizar a integração assistencial nos territórios. Após um grande hiato, somente em 2011, com o Decreto nº 7508<sup>3</sup> (BRASIL, 2011b), os espaços regionais são revistos e definidos enquanto regiões de saúde.

Na mesma direção, em 2011, o Ministério da Saúde lança o Plano de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) 2011-2022, com o intuito de promover políticas públicas para a prevenção e controle das DCNT, fortalecendo os serviços de saúde, a partir da intersetorialidade das ações e cuidado integral. Entre as metas nacionais, encontram-se o aumento da cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos e 100% de tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011a).

Esse Plano de Enfretamento às DCNT está fundamentado em diretrizes e ações em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. Sendo que, nesse último, uma das principais ações é, justamente, o câncer de colo do útero, tendo sido indicadas entre outras estratégias, a definição da linha de cuidado, o fortalecimento e a qualificação da rede de gestão de câncer de colo do útero (BRASIL, 2011a).

Para a implementação da Linha de Cuidado ao Câncer de Colo do Útero, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), por meio da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica, elaborou o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, no intuito de atualizar a linha de cuidado na temática, com ações nos três níveis de atenção à saúde, bem como pelas diretrizes de rastreamento (INCA, 2016).

Desse modo, entendemos as Linhas de Cuidado como “estratégias de estabelecimento do ‘percurso assistencial’ com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades” (p.24), garantindo o acesso aos serviços e

---

<sup>3</sup> Estabelece instrumentos para a efetivação das redes, a partir das regiões de saúde, mapa sanitário, Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em substituição aos Colegiados de Gestores Regionais (BRASIL, 2011b).

o cuidado integral, além de compreender o indivíduo a partir de suas subjetividades e seus contextos sociais, econômicos e culturais (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, o Caderno de Atenção Básica (nº13), editado pelo Ministério da Saúde, expressa que a Linha de Cuidado ao Câncer de Colo de Útero tem por finalidade assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados, devendo ser organizada, a partir das diretrizes de prevenção e detecção precoce, Programa Nacional da Qualidade de Citologia, acesso à confirmação diagnóstica, tratamento adequado e em tempo oportuno, bem como a garantia do direito ao acesso aos cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Para esta pesquisa, o câncer de colo do útero (CCU) foi escolhido como condição traçadora pelas seguintes razões:

1) constitui um dos cânceres de maior incidência no Brasil, com uma estimativa de que seja o terceiro tipo de câncer que mais acometerá as mulheres, no biênio 2016-2017, é o segundo mais incidente na região Nordeste e configura-se como a segunda neoplasia de maior mortalidade no país (INCA, 2015);

2) a incidência de câncer do colo do útero pode ser reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico for implantado com qualidade, acompanhado pelo seguimento adequado e oportuno das mulheres e de um bom sistema de comunicação entre serviços de saúde e as usuárias, o que depende da articulação de toda a rede de cuidados (WHO, 2008);

3) entre as estratégias eficazes para detecção precoce do câncer do colo do útero estão os programas organizados de rastreamento que dependem, no caso brasileiro, de ampla cobertura e organização da APS, tanto para a captação das mulheres quanto para a realização do exame citopatológico do colo do útero, método amplamente utilizado para detecção das lesões precursoras, imperativos para o diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno (BRASIL, 2013);

4) o rastreio populacional do CCU exige um plano estruturado com qualificação, ações e um sistema de referência e contrarreferência (ADESSE; OLIVEIRA, 2013);

5) indica a qualidade das ações das equipes de APS, devido a correlação entre rastreamento e detecção precoce do CCU (BRASIL, 2013);

6) as estratégias para rastreamento precisam ser personalizadas para os recursos locais, sendo necessários estudos que identifiquem programas ideais, de acordo com a região e o ambiente (STRASSER-WEIPP et al., 2015);

7) existe na região estudada, ampla cobertura de APS e oferta de atenção especializada em câncer de colo uterino com acesso para o atendimento a essa população, o que garantiria a continuidade do cuidado;

8) o controle do câncer do colo de útero depende de uma APS qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção que conformam uma rede de atenção numa determinada região de saúde (BRASIL, 2013);

9) a RAS deve 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, além de eficiência econômica (MENDES, 2010; BRASIL, 2013);

10) a escolha de uma linha de cuidado, tendo como traçador o câncer do colo do útero, parece ser pertinente para compreensão dos fluxos assistenciais na rede de cuidado regional que vão da APS aos serviços especializados (TANAKA, 2011).

Outrossim, estudos recentes na Região de Saúde de Vitória da Conquista apontam que embora tenha havido uma organização formalizada dos fluxos para especialidades via serviços de APS, foram detectadas fragilidades na rede de atenção como: a) inadequada regulação assistencial, muitas vezes pautada por questões burocráticas, em detrimento das necessidades dos usuários, levando a uma busca desordenada por serviços ofertados; b) coordenação do cuidado, quando existente, limitado ao território municipal das sedes regionais, além dos municípios de pequeno porte populacional estarem submetidos a cotas contingenciadas pelo subfinanciamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); c) subfinanciamento público, dependência dos serviços especializados ofertados pelo setor privado e dificuldade de acesso aos mesmos; d) limites de tecnologia de informação e comunicação entre profissionais da rede (ALMEIDA; SANTOS, 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2016a; ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015; SANTOS, 2018).

Nesse sentido, ao reconhecermos que as complexas disparidades históricas, sociais, econômicas e culturais dos diferentes municípios que compõem uma região de saúde, influenciam na organização regionalizada da RAS, analisar as estratégias para a integração assistencial, permite-nos compreender o acesso às ações e serviços de saúde. E, de tal modo, podemos construir um caminho coletivo para o fortalecimento do sistema universal de saúde, pautando-o numa descentralização alicerçada na regionalização dos serviços de saúde e valorização das demandas sociais.

Em decorrência dessa problemática, destacamos duas questões que consideramos centrais à pesquisa:

- Como se dá o acesso ao exame citológico do câncer do útero na Estratégia Saúde da Família, em municípios de uma região de saúde da Bahia?
- Como se dá a articulação entre Estratégia Saúde da Família e serviços especializados na linha de cuidado do câncer de colo do útero?

## **2 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE**

A justificativa para o estudo parte da dificuldade que a população possui em acessar os serviços de saúde no SUS, sendo necessário, portanto compreender, a partir da condição traçadora da linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero, a organização da rede de serviços, desde o rastreamento até o tratamento para o câncer referido. Essa perspectiva é colocada em nossa pesquisa, uma vez que no Brasil, a Atenção Primária à Saúde é responsável pela coordenação do cuidado da Rede de Atenção à Saúde.

A justificativa para o estudo parte da dificuldade que a população possui em acessar os serviços de saúde, sobretudo os de média densidade tecnológica, sendo assim, necessário compreender como a rede de serviços organiza-se e qual a função da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde, uma vez que no Brasil, a APS é colocada como coordenadora do cuidado.

As estratégias de apreensão da realidade da região de saúde de Vitória da Conquista situam-se no arcabouço da gestão e organização das Redes de Atenção à Saúde, a partir da compreensão da estrutura operacional, um dos seus elementos constitutivos<sup>4</sup> (MENDES, 2011).

A partir de outros estudos realizados na região de Vitória da Conquista, bem como no cenário brasileiro, pressupomos que os serviços de saúde funcionariam em uma lógica hierarquizada e fragmentada, com dificuldade de interação entre a APS e a média e alta densidade tecnológica, com dificuldade de acesso aos exames diagnóstico do câncer de colo do útero. Além de uma dificuldade de organização regional dos serviços dentro da linha de cuidado ao controle do câncer de colo do útero, sobretudo

---

4 A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (MENDES, 2011)

quanto ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero (ALMEIDA; SANTOS, 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2016a; ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015; SANTOS, 2018).

Dessa forma, ao analisarmos como a comunicação ocorre entre os diferentes pontos da RAS, além da apresentação e organização dos sistemas de apoio e logísticos, podemos compreender os entraves locorregionais, auxiliando no arranjo dos serviços de saúde e, conseqüentemente, colaborando na melhoria do acesso aos serviços de saúde pelas mulheres, em um tempo oportuno às suas necessidades prementes na linha de cuidado ao controle do câncer de colo do útero.

Por fim, podemos, também, suscitar debates sobre a organização das redes de atenção à saúde no âmbito regional, a partir da percepção de profissionais e gestores sobre as estratégias de integração assistencial e acesso aos serviços, em uma perspectiva de rede regionalizada.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar as estratégias para acesso aos serviços de saúde numa rede regionalizada, elegendo a linha de cuidado do câncer de colo do útero como condição traçadora, na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Analisar o acesso ao exame citológico do câncer do útero na Estratégia Saúde da Família, em municípios de uma região de saúde da Bahia;
- ✓ Analisar o acesso à atenção especializada e sua integração com a Estratégia de Saúde da Família.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Processo de regionalização no sistema único de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) assume constitucionalmente uma concepção ampliada da saúde, enquanto produção social, situando-a como um direito de cidadania e uma obrigação do Estado (PAIM, 2008). Para tanto, o SUS é alicerçado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas de formulação e implementação de estratégias que incidem na organização da Rede de Atenção à Saúde<sup>5</sup> (MENDES, 2011).

Os princípios e as diretrizes instaurados nos artigos nº 196 e 198 da Constituição de 1988 e no Capítulo II da Lei 8080/90 estabelecem como dispositivos legais para materialização do sistema público de saúde, a universalidade, a igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a participação da comunidade, a descentralização e a organização da rede regionalizada<sup>6</sup> e hierarquizada (BRASIL, 2006a).

O enfoque na política de descentralização da saúde, nos primórdios do SUS, pode ser considerado como uma resposta de ordem democrática, frente aos anos de autoritarismo do Regime Militar, tendo na saúde uma forte contribuição do Movimento da Reforma Sanitária (MACHADO, COTTA, SOARES, 2015), além de ser indicado pelos principais órgãos internacionais de financiamento, como um dos mecanismos centrais de saneamento fiscal e social das sociedades periféricas (COHN, 2009).

As Leis Orgânicas exigiam para a sua efetivação, o repasse de recursos financeiros, sobretudo ao considerar o papel do município na gestão do sistema e organização das ações e serviços de saúde (FLEURY; OVERNEY, 2007; SILVA, 2011). Ademais, foram implementadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92 e 93), as quais fortaleceram a descentralização, especialmente dos entes municipais (SILVA, 2011), ampliaram a cobertura e favoreceram o acesso da população a serviços e ações de saúde, mobilizaram a organização dos serviços baseados em problemas de

---

<sup>5</sup> Promove a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementa o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; eficiência econômica (MENDES, 2010; BRASIL, 2013).

<sup>6</sup> Organização dos serviços eficientes e eficazes, como forma de conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro (DUARTE et al., 2015).

interesse local e na incorporação de novos sujeitos sociais, além de viabilizarem uma maior participação e controle social na definição e execução orçamentária dos gastos em saúde, reforçando a autonomia e a responsabilidade de cada ente subnacional (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Ainda assim, a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão dos sistemas persistiram na conformação da rede assistencial, devido: à condução da descentralização em uma perspectiva de municipalização autárquica (SILVA; MENDES, 2004), à ausência de planejamento regional na construção das redes (VIANA, LIMA; FERREIRA, 2010; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VIANA et al, 2008), concomitante às iniquidades (geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras) entre os municípios brasileiros (SANTOS; GIOVANELLA, 2014), à diminuição da capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010) e a uma conjuntura neoliberal que reforçava a influência do capital nas decisões políticas (FLEURY et al., 2010).

O processo de efetivação do SUS, a partir da descentralização, também, começa a colocar em evidência, além das fragilidades político-administrativas entre os entes federados (COHN, 1994), a influência dos interesses político-partidários e dos dirigentes, o clientelismo nas administrações municipais (FLEURY, 2014), podendo ser evidenciado que uma descontinuidade político-administrativa decorre de problemas de governança (fator técnico) e governabilidade (fatores eleitorais, político-institucional e interinstitucional) (SPINK, CLEMENTE, KEPPKE, 2001).

Assim sendo, mesmo com forte estratégia de municipalização por meio de indução do governo federal, a realidade das desigualdades municipais, a incapacidade de provimento de todos os serviços de saúde pelo município, a divergência com as necessidades da população e as diferentes densidades tecnológicas disponíveis no território, além do perfil epidemiológico brasileiro apontam a necessidade de conformação de uma estratégia de garantia da assistência integral à saúde por meio das redes de atenção à saúde (RODRIGUES, 2014; SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012; MENDES, 2011).

Dessa forma, a municipalização foi insuficiente para atender aos objetivos do SUS, frente ao contexto dos serviços de saúde e as necessidades sociais (DOURADO, ELIAS, 2011; SILVA, 2012). Nesta direção, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (01/2001 e 02/2002), que visavam estimular o processo de regionalização<sup>7</sup>, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos

(PDI) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2006a) foram estratégias para ampliar a perspectiva de integração entre sistemas municipais.

A fim de superar a excessiva normatividade técnica das NOAS e o seu processo de rigidez na conformação e gestão das regiões de saúde foram realizadas discussões dentro do próprio Ministério da Saúde e nos espaços de negociação (MELO et al., 2017), culminando na publicação da Portaria GM 399, de 22 fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b), que contemplava as Diretrizes do Pacto pela Saúde (pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS), com a qual sugere novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS.

O referido documento propõe mudanças significativas para a execução do SUS, retomando a regionalização como diretriz fulcral nas políticas de gestão do cuidado à saúde nos territórios. Para tanto, revisita e atualiza os instrumentos experimentados na NOAS (PDR<sup>8</sup>, PDI<sup>9</sup> e PPI<sup>10</sup>), alicerçando-os num conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os três entes federados, substituindo o processo de habilitação por adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), constituindo espaços regionais de planejamento e cogestão, representados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), em um processo de regionalização viva (BRASIL, 2006; 2007).

Neste ínterim, progrediu-se no processo de pactuação das atribuições e responsabilidades da União, estados e municípios, porém os diferentes contextos, sobretudo políticos, socioeconômicos e de características da rede de serviços de saúde

---

<sup>7</sup> Contempla uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2006a).

<sup>8</sup> Expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006a).

<sup>9</sup> Expressa os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR (BRASIL, 2006a).

<sup>10</sup> Processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (BRASIL, 2006a).

promoveram uma disparidade quanto ao tempo e forma de regionalização dos inúmeros municípios e estados brasileiros, refletido em diferentes estágios de avanço entre os entes federativos (LIMA et al., 2012)

A partir de 2010, novas diretrizes para a regionalização começam a ser formuladas, a fim de que houvesse um apoio mais efetivo no processo de configuração das redes de atenção à saúde nos estados:

- Portaria nº 4279<sup>11</sup>, de 2010 (BRASIL, 2010) – definição de região de saúde, estabelecimento de elementos para conformação da rede e reafirmação da regionalização como estratégia fundamental para a configuração da RAS;
- Decreto 7508, de 2011 (BRASIL, 2011b) – estabeleceu elementos para efetivação das redes, como o mapa sanitário, os Contratos Organizativos de Ação Pública e as Comissões Intergestores. Este último, com uma perspectiva de estabelecer uma contratualização consensual entre os entes regionais, substituindo os Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e incorporando os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão, com critérios definidos na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Entretanto, apesar dos aprimoramentos para a efetivação do processo de regionalização, são verificados alguns entraves, como a necessidade de acordos conformados na perspectiva de descentralização com municipalização autárquica; a fragilidade do planejamento nacional no apoio à conformação dos planejamentos regionais; as desigualdades territoriais; a insuficiência da intersetorialidade das políticas públicas; além do funcionamento irregular e incipiente das instâncias de negociação regional (SANTOS, 2018; LIMA et al., 2012).

Dessa forma, percebemos que a conformação das Redes de Atenção à Saúde é um dos principais desafios (RODRIGUES 2014; MENDES 2011), postos como essenciais na garantia de acesso e cuidado integral (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). E, também, como forma de resposta aos problemas crônicos de ineficiência e iniquidade nos sistemas de saúde, seja em países desenvolvidos economicamente, como os que estão em desenvolvimento (HENAO-MARTÍNEZ et al., 2008).

Nesse sentido, o cuidado integral pode ser compreendido como uma escolha

<sup>11</sup> Define a regionalização como estratégia fundamental para configuração das regiões (BRASIL, 2010).

ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997; 2002) ou, ainda, como uma ação integral, cujos significados e sentidos relacionam-se com uma compreensão de saúde como direito (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004).

Os limites e desafios, ainda presentes, no acesso e cuidado integral demonstram a necessidade de uma coordenação na atenção, com vistas a garantir a assistência integral, na conformação da Rede de Atenção à Saúde (OPAS, 2008).

A integração dos serviços busca, justamente, superar a lógica do modelo fragmentado, sendo composto por três eixos: a oferta de serviços (contínuo, com vários pontos de atenção), a gestão da clínica (integração dos pontos de atenção) e a população adscrita (responsabilidade do sistema), modelando uma rede de atenção à saúde (MENDES, 2010).

#### **4.2 Linha de cuidado e acesso aos serviços especializados para controle do câncer de colo do útero**

Estudos têm demonstrado que um dos grandes desafios para o sistema de saúde é efetivar um acesso equitativo, uma vez que cada segmento social possui demandas específicas devido a “processos sociais de exclusão que nem sempre são percebidas pelo Estado” e que, quando o são, não se consegue implementar políticas públicas condizentes com a necessidade demandada (ASSIS; JESUS, 2012).

Soma-se a isso, o fato de que, no Brasil, é histórica a adoção de políticas de saúde baseadas simplesmente na lógica da oferta, onde características epidemiológicas da população, por exemplo, são relegadas ao segundo plano (SOLLA; CHIORO, 2008), ou seja, o planejamento não segue a necessidade sanitária da população, comprometendo o cuidado oportuno. Além da dificuldade de organização dos serviços pelos municípios, devido à forte indução da municipalização no início de construção do SUS (SILVA; MENDES, 2004) e um modelo assistencial pautado na oferta e em doenças agudas ou crônico-agudizantes (MENDES, 2011). Assim, a demanda aumentada acaba por dificultar ainda mais o acesso aos serviços de média densidade tecnológica, inflando o sistema, um dos motivos que gera tanto descontentamento, sobretudo, por parte dos usuários.

Nesse sentido, a dificuldade do usuário em acessar os serviços especializados seria um dos entraves à efetivação do princípio da integralidade<sup>11</sup> no SUS, acarretando insatisfação e quebra na continuidade do cuidado (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Além disso, os serviços de saúde inclusive da APS, estão organizados em torno de demandas de doenças agudas ou agudização de doenças crônicas, muitas vezes na perspectiva da queixa-conduta a partir da procura da população, em detrimento da vigilância territorial dos casos e abordagem longitudinal das enfermidades crônicas (MENDES, 2011).

Para tanto, Mendes (2011) aponta como elementos constitutivos de uma Rede de Atenção à Saúde: o centro de comunicação, a APS – onde os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde são coordenados; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários – com distribuição micro e macrorregional, que se diferenciam de acordo com a rede temática e que propõe uma lógica horizontalizada com comunicação entre os outros pontos da RAS; os sistemas de apoio – sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde, com programação feita a partir das necessidades; os sistemas logísticos – cartão de identificação das pessoas, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde, a fim de que se garantam fluxo de usuários e informações; e o sistema de governança – arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes da RAS.

A partir do cenário epidemiológico que demonstra um crescimento acelerado de doenças crônicas, além da necessidade de garantia do acesso aos serviços de saúde concomitante à otimização dos recursos públicos, o câncer foi estabelecido como prioridade no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

Neste sentido, foi definido como uma das metas nacionais, o controle ao câncer de colo do útero: a) Ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos; b) Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer; c) Aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero; d) Universalização

---

<sup>12</sup> Integração das ações realizadas nos diferentes níveis de atenção, situados em cada caso, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (KANTORSKI et al., 2006).

Necessidade de garantir acesso a todos os diferentes tipos de tecnologia, com sofisticação necessária a cada situação, permitindo uma assistência bem sucedida. No SUS, a prática da integralidade está associada a dois outros princípios do sistema: a universalidade e a equidade (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2007).

desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça-cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011a).

Para tanto, o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2011c). Ademais, com o intuito de garantir tal compromisso, foi lançado, em 2011, o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (INCA, 2011), com atualização das Diretrizes Brasileiras de Rastreamento, em 2016 (INCA, 2016).

As linhas de cuidado foram definidas como: “forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância” (BRASIL, 2010, p.9), considerando a organização de toda a rede de serviços, mediante a coordenação pela APS.

No Brasil, são elevados os índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, apesar de ser reconhecido que a mortalidade por esta neoplasia é evitável, considerando-se que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, o que pode permitir a cura em, aproximadamente, 100% dos casos diagnosticados na fase inicial (INCA, 2015).

Especificamente a Bahia, desde 2013, tem mantido a razão de exame citopatológico em 0,3% (meta estadual é de 0,4%), evidenciando a necessidade de uma melhor cobertura do exame, concomitantemente, é sabido que apesar da macrorregião Sudoeste ocupar a segunda posição em melhor cobertura, ficando atrás apenas da macrorregião Leste (na qual se encontra a capital do estado) - indicando um destaque quanto à cobertura de exame citopatológico - a região Sudoeste ocupa o penúltimo lugar (BAHIA, 2017).

Esse cenário ratifica os estudos, os quais apontam que entre as estratégias eficazes para detecção precoce do câncer do colo do útero estão os programas organizados de rastreamento que dependem, no caso brasileiro, de ampla cobertura e organização da APS, tanto para a captação das mulheres quanto para a realização do exame citopatológico do colo do útero, método amplamente utilizado para detecção das lesões precursoras (BRASIL, 2013). E, no caso das mulheres diagnosticadas com

Lesões Intraepiteliais de Alto Grau (LIAG) no rastreamento, estas devem ser encaminhadas às unidades secundárias para confirmação diagnóstica e tratamento (INCA, 2011; INCA 2016).

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero, por sua vez, tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Para alcançar esse objetivo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) estabelece algumas diretrizes:

- Prevenção e detecção precoce, por meio do fortalecimento e ampliação o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, da estruturação dos serviços de saúde para rastreamento de todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta, do acompanhamento e tratamento de todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero;
- Programa Nacional de Qualidade da Citologia, por meio da garantia de citologias de alto padrão e da garantia de referência para cito e histopatologia;
- Acesso à confirmação diagnóstica, com garantia do acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno e definição e pactuação de que a unidade de referência deva realizar todos os procedimentos (colposcopia, biópsia, EZT e utilizar o método ver e tratar);
- Implantação dos centros qualificadores de ginecologistas para atuarem na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora;
- Tratamento adequado e em tempo oportuno, com definição e pactuação dos serviços terciários para procedimentos especializados, como conização, quimioterapia e radioterapia, com a garantia de que todas as mulheres iniciem seu tratamento o mais breve possível, permitindo que as mulheres com câncer do colo de útero sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada; garantindo que: toda mulher com câncer do colo de útero receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade; que todo hospital que trata câncer do colo do útero tenha Registro Hospitalar de Câncer em

atividade; e, que toda mulher com câncer do colo do útero tenha direito aos cuidados paliativos o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Por fim, é interessante destacar que em 2012, o Ministério da Saúde publica a Lei 12.732 que estabelece um prazo de até 60 dias, a partir do diagnóstico de câncer, o acesso ao tratamento cirúrgico, quimio ou radioterápico, além de dispor sobre a exigência de planos regionais para os territórios que não possuem o tratamento especializado (BRASIL, 2012a).

### **4.3 Condição traçadora como estratégia para análise do acesso aos serviços de saúde**

Ainda na década de 1970, Kessner publicou um artigo, no qual demonstrava que nas avaliações de programas de saúde, poderia ser utilizado um conjunto de problemas de saúde específicos, os traçadores, a fim de avaliar a qualidade da prestação do cuidado, necessitando, para tanto, critérios de pertinência e relevância metodológica (DURÁN-ARENAS et al., 2012).

Além disso, a condição traçadora tem como características a frequência de utilização nas pesquisas científicas, as técnicas de atenção bem estabelecidas, a ampla aceitação e a efetividade comprovada (KESSNER, 1973, apud SALVAGIONI; SCOCHI, 2013).

Nesse sentido, a utilização de condições traçadoras na avaliação de uma rede de serviços de saúde é essencial, uma vez que permite identificar o seguimento da atenção em distintos serviços, bem como a oportuna utilização do ponto de atenção da rede frente à demanda do usuário e, conseqüentemente, reconhecer os entraves do fluxo desses serviços, como a disponibilidade e otimização das tecnologias, no intuito de garantir a integralidade da atenção à saúde (TANAKA, 2011).

Assim, a partir das dificuldades encontradas na Rede de Atenção à Saúde, a nível nacional e, mais especificamente, na Região de Saúde de Vitória da Conquista, o câncer de colo do útero foi escolhido como condição traçadora pelas seguintes razões: 1) constitui um dos cânceres de maior incidência no Brasil, com uma estimativa de que seja o terceiro tipo de câncer que mais acometerá as mulheres, no biênio 2016-2017, é o segundo mais incidente na região Nordeste e, configura-se como a segunda neoplasia de maior mortalidade no país (INCA, 2015); 2) a organização e articulação da rede de serviços é uma das características essenciais para o diagnóstico e tratamento em tempo

oportuno do câncer de colo do útero, podendo reduzir sua incidência em até 80% (WHO, 2008); 3) entre as estratégias eficazes para detecção precoce do câncer do colo do útero estão os programas organizados de rastreamento que dependem, no caso brasileiro, de ampla cobertura e organização da APS, tanto para a captação das mulheres quanto para a realização do exame citopatológico do colo do útero, método amplamente utilizado para detecção das lesões precursoras (BRASIL, 2013); 4) o rastreio populacional do CCU exige um plano estruturado com qualificação, ações e um sistema de referência e contrarreferência (ADESSE; OLIVEIRA, G., 2013); 5) indica a qualidade das ações das equipes de APS, devido a correlação entre rastreamento e detecção precoce do CCU (BRASIL, 2013); 6) as estratégias para rastreamento precisam ser personalizadas para os recursos locais, sendo necessários estudos que identifiquem programas ideais, de acordo com a região e o ambiente (STRASSER-WEIPP et al., 2015); 7) existe na região estudada, ampla cobertura de APS e oferta de atenção especializada em câncer de colo uterino com acesso para o atendimento a essa população, o que garantiria a continuidade do cuidado; 8) o controle dos cânceres do colo de útero depende de uma APS qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção que conformam uma rede de atenção numa determinada região de saúde (BRASIL, 2013); 9) a RAS deve 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, além de eficiência econômica (MENDES, 2010; BRASIL, 2013); 10) a escolha de uma linha de cuidado, tendo como traçador o câncer do colo do útero, parece ser pertinente para compreensão dos fluxos assistenciais na rede de cuidado regional que vão da APS aos serviços especializados (TANAKA, 2011).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de caso (YIN, 2005), com abordagem qualitativa (MINAYO, 2014), na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Para tanto, investigamos as estratégias utilizadas para integração assistencial, coordenação do cuidado e acesso aos serviços de saúde, por meio da linha de cuidado de controle ao câncer de colo do útero, como condição traçadora.

A pesquisa qualitativa tem como objeto a produção social, uma vez que os seres humanos, organizados por meio da intersubjetividade, produzem valores, crenças, percepções, opiniões, ações e interpretações, os quais integram uma determinada realidade social, que é específica e diferenciada, quanto ao espaço, tempo histórico e sua própria forma de organização (MINAYO, 2007; MINAYO, 2014). Assim, a pesquisa qualitativa busca apreender as diversas realidades, pois, em um mesmo espaço geográfico, coexistem o comum e o específico, “a coerência e a diferença, entre fronteiras definidas e limites porosos” (DENZIN; LICOLN, 2006, p. 119).

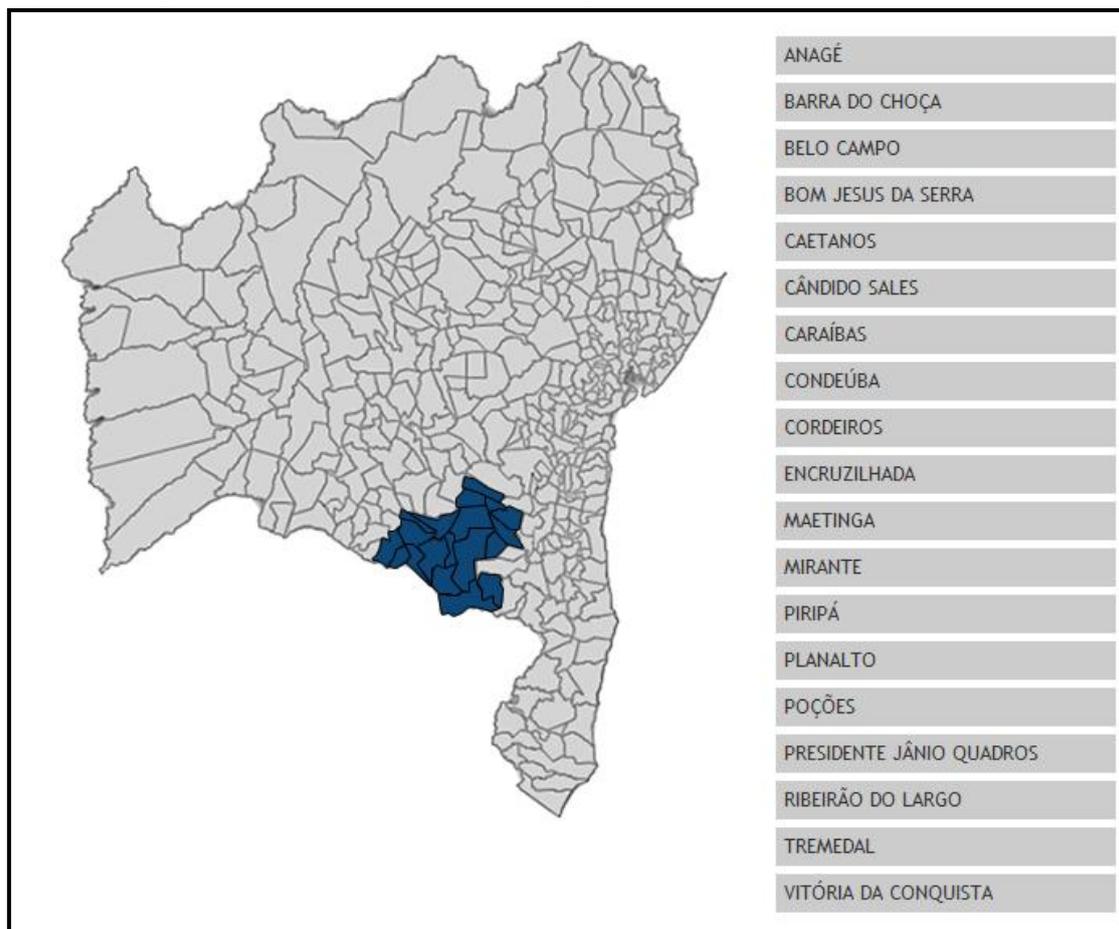
Por fim, longe de determinar uma escala hierárquica entre outras correntes teóricas, podemos perceber que a abordagem qualitativa permite um aprofundamento no mundo das representações e dos símbolos e, assim, a apreensão dos aspectos subjetivos das distintas realidades sociais (MINAYO, 2007).

### 5.2 Campo de estudo

A investigação ocorreu no estado da Bahia<sup>13</sup>, na região de saúde de Vitória da Conquista. Tal região de saúde possui 669.396 habitantes (4,40% da população baiana), composta por 19 municípios. Localiza-se na Macrorregião Sudoeste, tendo o município de Vitória da Conquista como sede da região de saúde e do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (BAHIA, 2018) (Figura 1).

---

<sup>13</sup> Território que resido e tenho identidade cultural e exerço luta social. Não diferente, escolhi fazer parte do Mestrado em Saúde Coletiva, Campus Anísio Teixeira, localizado no município de Vitória da Conquista, no sudoeste baiano, no qual a investigação foi desenvolvida. Neste sentido, Minayo (2007) destaca a vinculação entre pensamento e ação como “terceira balize filosófica do caminho da pesquisa”, na qual a escolha de um determinado objeto de investigação, não surge de forma espontânea, mas por “interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real” (p.173).

**Figura 1** Região de Saúde de Vitória da Conquista

**Fonte:** BAHIA, 2018

A região de saúde de Vitória da Conquista foi escolhida por se destacar na provisão de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas (SANTOS, 2015). Além disso, consideramos, também, a necessidade de continuidade de investigações em curso, de forma a contribuir para consolidação teórico-metodológica e reflexão baseada em evidências empíricas sobre a construção e funcionamento das redes regionais de saúde.

Nesta perspectiva, esta dissertação conforma-se numa importante contribuição empírica do cenário regional de Vitória da Conquista, além de compor um acúmulo de estudos (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; ALMEIDA; SANTOS, 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2016a; SANTOS; GIOVANELLA, 2016b; SILVEIRA FILHO et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016; SANTOS; ASSIS, 2017; SANTOS, 2018) do nosso grupo de pesquisa – Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde (Obras).

A investigação da região de saúde de Vitória da Conquista foi realizada a partir de quatro cenários municipais com análise das características de gestão de saúde e cobertura da ESF. O primeiro município selecionado foi Vitória da Conquista por ser a sede da região, destacando-se por ser o município mais populoso da região de saúde (48,5%), o polo econômico, educacional e a principal referência para os serviços de média e alta densidade tecnológica.

Os demais municípios foram selecionados pelo cruzamento de informações consideradas relevantes durante a exploração do campo (MINAYO, 2014): a) indicação de informantes-chave; b) observação em seis reuniões da Comissão Intergestores Regional; c) cobertura da ESF: > 90%; d) municípios de porte populacional distinto; e) diferentes tipos de gestão de saúde – em Comando Único ou Gestão Estadual; f) inclusão do município sede da região de saúde – independentemente da cobertura da ESF.

Conformando assim, o seguinte cenário:

**Vitória da Conquista** – sede da região de saúde, distante 521 km da capital, com população estimada de 348.718 habitantes. Tem como característica peculiar a baixa cobertura da ESF (48%), com 54 EqSF (27 urbanas e 17 rurais) e sete Unidades Básicas tradicionais. Em relação à Linha de Cuidado para Controle do Câncer de Colo do Útero, possui laboratório de citopatologia municipal, além de oferecer serviços (municipal e via PPI à região de saúde) de média densidade na Policlínica de AB São Vicente/Centro de Atendimento Especializado II (CAE II) e no Serviço de Assistência Médica e Urgência (Samur), com um ginecologista oncológico em cada serviço. Na alta densidade (municipal e via PPI para a região de saúde), oferece os tratamentos oncológicos no Samur, Unimec, na Policlínica de AB São Vicente/Centro de Atendimento Especializado II (CAE II) e na Unidade de Assistência de Alta Complexidade (Unacon).

**Maetinga** – distante 107 km de Vitória da Conquista, com população estimada de 4.456 habitantes, trata-se do menor município da região de saúde e possui a gestão em Comando Único. A rede local de saúde é composta por cinco EqSF, 100% de cobertura, sendo uma urbana e quatro rurais, e uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família – EqNASF. Especificamente quanto à provisão de serviços da linha de cuidado para o controle do CCU, o município tem pactuação com o laboratório de citopatologia do município de Caetité e com Vitória da Conquista, para os procedimentos de média e alta densidades tecnológicas. O município apresentava uma

importante barreira geográfica, pois para deslocamento dos usuários havia apenas uma linha de transporte (vans) no sentido município-sede (às 6h) e sede-município (às 11h30) ou, como alternativa, teriam que se dirigir à Vila Mariana (27 km de Maetinga), distrito do município de Caraíbas, onde havia um número um pouco maior de ônibus.

**Barra do Choça** – distante 31,9 km da sede, com população estimada de 34.121 pessoas, sendo um município, também, em Comando Único. Possui 100% de cobertura de ESF, por meio de 12 EqSF (seis urbanas e seis rurais) e uma EqNASF. Na linha de cuidado para o controle do CCU, possui laboratório citopatológico e ambulatório de especialidades públicos. Este último possui dois profissionais de ginecologia clínica (um com função específica na linha de cuidado do CCU e o outro, atuando como obstetra) e pactuação com a sede para os serviços de alta densidade tecnológica. Devido à proximidade com a Vitória da Conquista, há maior facilidade de acesso aos serviços, pois possui horários de meia em meia hora, tanto por meio de vans, como de ônibus.

**Poções** – distante 69,6 km de Vitória da Conquista, com população estimada de 48.861 habitantes, sendo um município em gestão estadual. Também possui 100% de cobertura de ESF, composta por 15 EqSF (13 urbanas e duas rurais) e duas EqNASF I. Especificamente, na linha de cuidado em foco, o município possui convênio com laboratório citopatológico de Salvador (gestão estadual), um centro de saúde público próprio com diversas especialidades, dentre os quais dois ginecologistas clínicos. Há pactuação com a sede da região e Salvador para procedimentos de média e alta densidade. Os usuários têm facilidade de deslocamento, pois o município localiza-se às margens da BR-116, com oferta regular de ônibus e vans.

Nesse sentido, por meio da exploração do campo fizemos alguns contatos prévios para viabilizar a pesquisa. Em relação à exploração do campo, Thiollent (2000, p.48) argumenta que devemos “[...] detectar apoios e resistências, convergências e divergências, posições otimistas e céticas etc. [...], [pois] permite aos pesquisadores tomarem decisões e aceitarem o desafio sem falsas expectativas”.

### **5.3 Sujeitos do estudo**

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos interorganizacionais caracterizados por atividades coletivas planejadas e articuladas que exigem por conseguinte, em sua análise, a identificação de sujeitos que estejam nos níveis operacional, tático e, sobretudo, no estratégico (FLEURY; OVERNEY, 2007).

Nesse sentido, foi primordial entrevistar os gestores, visto que operam recursos estratégicos para gestão do cuidado, sendo potenciais formuladores de políticas, imprimindo, no cotidiano, certa direcionalidade e institucionalidade (SANTOS, 2018).

Adicionalmente, há a compreensão de que os profissionais de saúde sejam construtores de determinados modelos de atenção à saúde ou mesmo, de lugares de estratégias de mudanças, a partir da perspectiva da micropolítica<sup>14</sup> (FEUERWERKER, 2014). Assim, entrevistar profissionais que estejam em diferentes pontos da rede e, nesse caso específico, da Linha de Cuidado ao Câncer de Colo do Útero, permitiu-nos analisar o processo de gestão do cuidado regionalizado partindo de um traçador sensível à qualidade da integração assistencial e da coordenação do cuidado.

Nesta perspectiva, gestores/gerentes e profissionais de saúde modelam a RAS regional, por possuírem saberes e necessidades que os colocam em permanente disputa e acordos, por meio de graus variados de governabilidade e distintos recursos financeiro, técnico e simbólico (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Por sua vez, a não inclusão das usuárias nesse estudo, não significa que haja uma desconsideração de suas crenças, seus valores, suas subjetividades e, menos ainda do seu espaço construtor da RAS. Percebemos a necessidade de realizar uma análise da conformação institucionalizada da região de saúde, a partir dos sujeitos que são co-responsáveis pela organização da integração assistencial e pela provisão do acesso aos serviços de saúde, seja no âmbito de gestão ou na própria prática assistencial. Para além dessas considerações, essa pesquisa faz parte de uma pesquisa maior<sup>15</sup>, que inclui, inclusive as usuárias, utilizando-se os itinerários assistenciais<sup>16</sup>.

Nesta investigação, fizemos distinções a partir do lugar ocupado por cada sujeito na RAS, por meio da análise das estratégias de gestão, organização dos serviços e práticas assistenciais, na linha de cuidado para o controle do câncer do colo do útero, mediante diferentes perspectivas:

---

<sup>14</sup> Entendida como o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder (FEUERWERKER, 2014).

<sup>15</sup> O estudo fez parte de pesquisa mais abrangente, denominada *Estratégias de Planejamento e Gestão para Integração Assistencial e Garantia de Acesso aos Serviços Especializados de Média Densidade Tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)*, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), Edital Jovem Cientista 08/2015.

<sup>16</sup> GALVÃO, J.R. Avaliação do Acesso e da Coordenação do Cuidado pela APS na Região de Saúde de Vitória da Conquista-BA: estudo a partir de uma condição marcadora. Dissertação de mestrado, 2018

**Grupo 1 (G) – Gestor/gerente municipal** – representante da gestão municipal, exercendo sua prática na Secretaria Municipal de Saúde (secretários de saúde, coordenadores, diretores e gerentes/técnicos na SMS) ou em estabelecimentos afins (Centrais de Marcação/Regulação de Consulta e Centros de Atenção Ambulatorial);

**Grupo 2 e 3 – Profissionais de saúde:** esses foram identificados quanto ao exercício de suas atividades em diferentes pontos da RAS (G2: rede especializada e G3: ESF), operando a gestão do cuidado na micropolítica do trabalho em saúde, por meio de diferentes tecnologias e ações, uma vez que nesse trabalho estamos considerando Linhas de Cuidado como “estratégias de estabelecimento do ‘percurso assistencial’ com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2013, p.25). Nesse sentido, reunimos as justificativas para o conjunto dos profissionais eleitos, a partir de suas funções na linha de controle do câncer do colo do útero.

A partir do contato com os fenômenos sociais da gestão do cuidado em rede regionalizada e de seus atores, na etapa de exploração de campo e de produção dos dados, sentimos a necessidade de incorporar novos sujeitos, a fim de alcançarmos os objetivos propostos. Exigindo-nos, um olhar cuidadoso e estratégico, nos diferentes cenários, a exemplo da indispensabilidade da entrevista com um dos médicos da APS do cenário 2, uma vez que o mesmo tem a especialidade na área da ginecologia, porém atua como generalista em uma das EqSF e plantonista do hospital; do contato com a técnica responsável pela extinta área técnica de saúde da mulher do cenário 1, uma vez que os profissionais da rede municipal de saúde, não conheciam determinados pontos da rede ou mesmo, o conjunto de profissionais da Linha de Cuidado no Controle do CCU (sem êxito).

Por fim, compreendemos que uma pesquisa social acaba por estar entremeada, ou ainda, refletir a divisão social do trabalho da sociedade capitalista, devido às assimetrias pesquisadora/pesquisado, em um contexto onde a primeira tem acesso determinadas produções intelectuais carregadas de simbologia, as quais ainda estão ao alcance de uma minoria da população. Assim, no intuito de minimizar tais efeitos, procuramos estabelecer uma relação de respeito de valores, moderando o diálogo e, por vezes colaborando numa discussão entre os integrantes, sem interrupções. Fato, que pode ser exemplificado, em vários momentos nos quais os partícipes trocavam experiências entre si, a partir de suas realidades, querendo maiores detalhes da prática cotidiana de seu colega.

Ou, ainda, em determinados momentos nos quais passamos de meros investigadores para membros do grupo, quando eram requeridos assuntos confidenciais<sup>16</sup>. Além de elucidações sobre o fluxo da linha de cuidado no controle do CCU, de alguns grupos focais, cujos integrantes desconheciam, promovendo uma resposta em curto prazo, de determinados anseios e, conseqüentemente, relevando o caráter de uma pesquisa social comprometida.

Por fim, um ponto que merece destaque foi a verbalização, sobretudo dos profissionais da ESF, especificamente dos ACS, quanto à sensação de exploração vivenciada por esses, quando convidados a participarem de pesquisas. Tal questão ratifica nosso compromisso ético-político de retorno dos resultados aos grupos estudados.

## **5.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS**

### **5.4.1 Entrevistas semiestruturadas**

A entrevista é considerada como uma das técnicas mais privilegiadas de comunicação, sendo uma conversa com finalidade, uma vez que o entrevistador é quem toma a iniciativa, organizando-a com o intuito de construir informações que estejam imbricadas com o objeto da pesquisa, a partir das reflexões do sujeito entrevistado, ou seja, da subjetividade formada a partir da realidade que vivencia (MINAYO, 2014).

Entre as diversas classificações, as entrevistas semiestruturadas são as que permitem uma maior flexibilização dos questionamentos, uma vez que são organizadas perguntas norteadoras e, uma conseqüente, liberdade nas respostas dos entrevistados, promovendo um diálogo leve e de construção dialogada, a partir das ideias e memórias que surgem ao decorrer da própria entrevista (AMADO; FERREIRA, 2013), facilitando e assegurando uma abordagem cujos pressupostos teóricos sejam revelados nas falas dos entrevistados (MINAYO, 2014).

Dessa forma, elaboramos os roteiros que orientaram as entrevistas (Apêndice A e B), construindo tópicos principais que estão apoiados em teorias da gestão do cuidado,

---

<sup>16</sup> Um das qualidades do Grupo Focal é a possibilidade de uma interação pesquisador-entrevistados com sinergia tal, que os participantes passam a considerar o investigador como um dos seus, possibilitando, por vezes a revelação de assuntos inerentes ao processo de trabalho, os quais dificilmente poderiam ser detectados pelo mesmo (BARBOUR, 2009).

processo de trabalho, regionalização e dimensões do acesso aos serviços de saúde. No intuito de alcançar nosso objeto de investigação, a partir das diversas realidades dos sujeitos, nas entrevistas com os gestores demos ênfase no processo da gestão da rede municipal e regional dos serviços de saúde e, para os profissionais da rede especializada, a produção do cuidado com os usuários, a partir do fluxo dos serviços de saúde da rede municipal e regional.

As entrevistas foram realizadas para os grupos G1 (gestores municipais dos quatro municípios), G2 (profissionais da rede especializada dos quatro municípios) e com um médico da ESF, do cenário 2 (Maetinga) (ginecologista que atuava como médico da família).

Para os gestores municipais, o primeiro contato foi estabelecido na fase exploratória, entre maio e junho de 2017. No mês de maio, durante a reunião da CIR, uma informante-chave do NRS apresentou-nos aos gestores de saúde de Maetinga, Barra do Choça e Poções. A partir de então, estabelecemos aproximação com as respectivas coordenadoras da Atenção Básica de cada município e agendamos as primeiras visitas de campo.

No encontro, o entrevistado recebia as devidas considerações quanto à técnica, o roteiro e as questões éticas do estudo e, somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C e D), a entrevista foi gravada. O quadro (Quadro 2), a seguir, apresenta a composição dos sujeitos entrevistados: secretárias/diretora de saúde, das centrais de marcação e da alta densidade tecnológica, preservando os seus anonimatos.

Destacamos que realizamos entrevistas com os gestores responsáveis pelos serviços que compõem a rede municipal e regional de saúde, no tocante à linha de cuidado: ESF (secretária de saúde e coordenação da atenção básica), direção/coordenação da central de marcação/regulação de consultas e de serviços de média e alta densidade tecnológica (coordenação de centros ambulatoriais).

**Quadro 2:** Profissionais e gestores de saúde entrevistados na região de saúde

Município	Número de entrevistados	Identificação das entrevistas	Caracterização do entrevistado	Tempo
Maetinga	02	G1	Diretora de marcação	46 min
		P1	Médico ginecologista na APS	43 min
Barra do Choça	05	G2	Secretária de saúde	1h46
		G3	Apoiadora institucional	2h17
		G4	Coordenador da central de marcação	2h47
		G5	Diretora do Centro de Saúde	1h15
		P2	Médico ginecologista	1h12
Poções	02	P3	Médico ginecologista	23 min
		P4	Médico ginecologista	28 min
Vitória da Conquista	03	P5	Ginecologista referência da região de saúde	4h
		G6	Coordenadora UNACON	2h10
		P6	Médico UNACON	14 min

Por fim, ao compreendermos a subjetividade da pesquisa qualitativa, uma vez que durante a interação com os entrevistados há dificuldades de inserção em seus respectivos mundos, destacamos algumas situações ocorridas no campo: dificuldade de acesso aos médicos, tanto em relação à marcação das entrevistas, quanto o desenvolvimento do roteiro, uma vez que o contato era realizado antes ou após o atendimento ambulatorial; rotatividade de profissionais, exigindo que entrevistássemos antigos coordenadores de setores ou em outras situações, impedindo o acesso a esses e limitando-nos ao atual (menos de um mês na função). Pudemos observar, também, o conhecimento insuficiente de alguns gestores quanto ao fluxo assistencial e termos técnicos quanto à linha de cuidado estudada.

#### 5.4.2 Grupo focal

O grupo focal tem como principal objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, a partir de um grupo de participantes selecionados, proporcionando a compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre os serviços (TRAD, 2009). Cujo valor principal está, justamente, na capacidade de construir concepções, posicionamentos e comportamento, a partir da interação com outros sujeitos (MINAYO, 2014).

A opção por realizar grupo focal recaiu por conta de suas aplicações: a) técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social; b) análises por triangulação, validação de dados, ou empregados depois de processos de intervenção, para o estudo de impacto destes; c) discussões em grupo correspondem à maneira pela qual as opiniões são produzidas, manifestadas e trocadas na vida cotidiana; d) correções por parte do grupo são disponibilizadas como um meio de validar

enunciados e pontos de vista; e) transforma-se numa ferramenta para reconstrução de opiniões individuais de forma mais apropriada; f) pode gerar economia de tempo, quando comparada a várias entrevistas em ocasiões distintas; g) baixo custo e riqueza de dados pela interação entre os participantes (FLICK, 2009; BARBOUR, 2009; TRAD, 2009; MINAYO, 2014).

Neste sentido, escolhemos essa técnica para os profissionais da ESF (enfermeiros e ACS), por entendermos que os mesmos são essenciais na gestão do cuidado das usuárias, dentro da linha de câncer de colo do útero. Ainda que entendamos a importante função do médico no âmbito de uma equipe multidisciplinar, decidimos não incluí-los, em decorrência da dificuldade para reuni-los em um mesmo momento, bem como, não eram a principal referência na realização do exame preventivo na USF. Assim, os enfermeiros acumulavam um importante espaço de saber-fazer na linha de cuidado.

Entre os sujeitos que compõem as EqSF, destacamos a atuação do ACS como trabalhador da saúde como potenciais colaboradores na coordenação do cuidado, uma vez que vivenciam a interface serviço-comunidade com maior intimidade. Neste sentido, muitos ACS acumulam experiências e informações fundamentais para compreensão dos desafios no processo de cuidado. Para a pesquisa, elegemos ACS com maior tempo de experiência na ESF, que conhecessem e tivessem acompanhado o processo de cuidado de mulheres com diagnóstico de lesão precursora em sua microárea ou na área de abrangência.

Para tanto, foram realizados grupos focais com diferentes sujeitos em seus respectivos municípios: um grupo focal composto por enfermeiros da ESF e outro, por Agentes Comunitários de Saúde, perfazendo um total de 10 grupos focais (70 participantes), sendo cinco com enfermeiros e cinco com ACS. Decidimos compor as categorias profissionais em grupos separados, pois entendemos que a relação de poder e hierarquização, devido às funções específicas dentro do serviço e do próprio nível de educação, poderiam trazer entraves às discussões, como também, uma menor participação nas discussões (BARBOUR, 2009).

Foram realizados dois grupos focais (com ACS e outro com enfermeiros) por município (Maetinga, Barra do Choça e Poções), mesclando profissionais da zona rural e urbana. No município de Vitória da Conquista, em decorrência do maior número de equipes, realizaram-se quatro grupos focais, sendo dois grupos com ACS e dois grupos com enfermeiros.

Assim, para a formação dos grupos focais, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) enfermeiros indicados pelo gestor municipal; 2) ACS apontados pelos enfermeiros selecionados; 3) profissionais (ACS e enfermeiros) de diferentes USF; e 4) profissionais com maior tempo de experiência na ESF (Quadro 3):

**Quadro 3:** Grupos Focais realizados na região de saúde

Município	Número de grupos	Identificação do Grupo	Composição dos grupos	Localidade dos participante	Tempo
Maetinga	02	Grupo I	10 ACS	Zona urbana e zona rural	2h35min
		Grupo II	5 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h15min
Barra do Choça	02	Grupo III	6 ACS	Zona urbana e zona rural	2h30min
		Grupo IV	9 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h10min
Poções	02	Grupo V	7 ACS	Zona urbana e zona rural	2h35min
		Grupo VI	6 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	1h35min
Vitória da Conquista	04	Grupo VII	8 ACS	Zona urbana	2h
		Grupo VIII	6 ACS	Zona urbana e zona rural	2h
		Grupo IX	6 enfermeiros	Zona urbana	2h15min
		Grupo X	7 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h15min

Outrossim, destacamos duas situações: nos municípios em que foi possível a intermediação com os gestores, houve uma maior adesão dos participantes e, por vezes, precisamos da colaboração de outros profissionais da rede, que tinham vínculo em comum. Por sua vez, na sede, tivemos dificuldade em realizar os grupos focais da zona rural, devido à programação diferenciada que essas equipes possuíam, uma vez que, em dias fixos e uma vez por mês, faziam deslocamento para as microáreas mais distantes, ou seja, o cancelamento para participar do grupo focal provocaria a remarcação de atendimento somente para o mês seguinte. Por sermos profissionais de saúde, pesquisadores e sujeitos imbricados com o cuidado à saúde, tendo como eixo principal o usuário e a comunidade e, compreendemos tal dificuldade como limite inerente ao processo de pesquisa.

O grupo focal foi iniciado, após a explanação da pesquisa, da técnica e do uso do gravador para os participantes, bem como da assinatura do TCLE (Apêndice E). Também utilizamos roteiros pré-estabelecidos, com diferenças na linguagem e nas perguntas entre as categorias profissionais, uma vez que determinados temas são inerentes à prática de cada categoria profissional. As questões dos roteiros tiveram a mesma base dos roteiros das entrevistas semiestruturadas, havendo, contudo, um foco maior na produção do cuidado dentro da ESF e seus mecanismos de interação com a rede municipal e regional de saúde (Apêndice F e G).

## 6. ANÁLISE DOS DADOS

Realizamos a ordenação dos dados, que consiste no primeiro contato com o material empírico coletado (MINAYO, 2014), a partir da leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados contemplados nos 10 grupos focais e 12 entrevistas semiestruturadas. O material foi ordenado e classificado, etapas em que as transcrições foram lidas exaustivamente e os núcleos temáticos foram selecionados, agrupados e categorizados. Foram confrontados os argumentos dos grupos focais e entrevistas, para em seguida, realizar o cotejamento entre os diferentes discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos. Para análise final dos dados, fizemos o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, identificando-se as convergências e divergências para produção de análise compreensiva e crítica (MINAYO, 2014).

Por fim, os resultados compuseram dois artigos que, por sua vez, foram organizados conforme objetivos da dissertação:

**Artigo 1:** “Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis”. Neste artigo, os resultados e discussão foram agrupados em duas categorias empíricas: a) Dimensão organizacional do acesso: desafios da mulher do campo e táticas profissionais; e b) Dimensões simbólica e técnica do acesso: intersubjetividade e a produção do cuidado (Artigo submetido à revista *Ciência e Saúde Coletiva*).

**Artigo 2:** “Articulação entre Estratégia Saúde da Família e serviços especializados na linha de cuidado para controle do câncer de colo do útero, numa região de saúde da Bahia”. Neste artigo, os resultados e discussão foram agrupados em três categorias empíricas: a) Detecção precoce e controle do CCU na Estratégia de Saúde da Família: organização e encaminhamentos; b) Acesso à confirmação diagnóstica: consulta com ginecologista, sistema de apoio diagnóstico/terapêutico e sistema logístico; c) Acesso ao tratamento do câncer do colo do útero e transporte sanitário.

## 7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa investigação segue os princípios e diretrizes estabelecidas pela Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012b), no que concerne ao respeito, a não maleficência, dignidade e autonomia dos sujeitos da pesquisa e da utilização dos dados e informações obtidos na pesquisa exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. Como também, seguimos a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016), que trata dos princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Cada participante de entrevista e grupo focal foi informado sobre o desenvolvimento do estudo e recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual consta, em linguagem acessível, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados; a garantia de esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, sobre a metodologia; a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações; dentre outros pontos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O TCLE foi entregue em duas vias, ficando uma via de posse do participante e a outra da pesquisadora, ambos contendo a assinatura do participante, da pesquisadora-mestranda e seu orientador.

No intuito de garantir a fala dos sujeitos, seus fragmentos de fala, selecionados para a composição da dissertação, codificamos “G” (gestores e gerentes), “P” (profissionais da rede especializada) e números romanos para os grupos focais (GF I, II..).

O projeto foi aprovado em Comitê de Ética do IMS CAT UFBA, em parecer de nº 624.168, de 24 de abril de 2014 e tem financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). A coleta de dados foi iniciada em julho de 2016 e finalizada em fevereiro de 2017.

## ARTIGO 1

### **Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis**

### **Access to the cytological examination of the cervix in a health region: invisible women and vulnerable bodies**

#### **RESUMO**

Este artigo analisa o acesso ao exame Papanicolau na Estratégia Saúde da Família (ESF), em municípios de uma região de saúde. O controle do câncer do colo do útero (CCU) depende de uma ESF organizada, portanto, analisar o acesso ao teste de Papanicolau revela a qualidade da assistência neste nível de atenção. Trata-se de estudo qualitativo, com dados produzidos em 10 grupos focais, perfazendo 70 participantes, em quatro municípios. Analisou-se as dimensões organizacional, simbólica e técnica do acesso ao exame preventivo, tendo como condição marcadora o CCU. Os resultados indicaram que residir em zona rural era barreira para acesso ao exame Papanicolau e reforçava as iniquidades. Enfermeiros eram a principal referência para realização do exame preventivo. A ausência de itens necessários à coleta de material citopatológico foi uma barreira de acesso em todos os municípios. Havia entraves de acesso às mulheres com alguma deficiência e às mulheres lésbicas, com atendimento fragmentado e descontextualizado das singularidades pessoais. Os inúmeros entraves de acesso ao Papanicolau expuseram a seletividade da ESF na região de saúde, visto que reproduzia a invisibilidade das mulheres com maior vulnerabilidade social e acentuava as desigualdades.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Câncer do colo do útero; Saúde da população rural; Atenção Primária à Saúde.

#### **ABSTRACT**

This paper evaluates the access to the Pap smear examination in the Family Health Strategy (FHS), in municipalities of a health region. The control of cervical cancer (CC) depends on an organized FHS; therefore, the evaluation of the access to the Pap smear test reveals the quality of assistance at this level of care. This is a qualitative study, which consisted of data produced in 10 focus groups, totaling 70 participants, in four municipalities. We analyzed the organizational, symbolic and technical dimensions of the access to the preventive examination, using CC as a marking condition. The results highlighted that living in rural areas constituted itself in a barrier to the access to the Pap smear examination and exacerbated the iniquities. Nurses were the main reference for the accomplishment of the preventive examination. The lack of items necessary for the collection of cytopathological material was an entrance barrier in all municipalities. There were entrance barriers for women with disabilities and lesbian women, with a fragmented and decontextualized health care regarding personal singularities. The numerous entrance barriers to the Pap smear test exposed the selectivity of FHS in the health region, as it reproduced the invisibility of women with greater social vulnerability and worsened the inequalities.

**Keywords:** Health services accessibility; Uterine cervical neoplasms; Rural health; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O acesso ao serviço de saúde configura-se como dispositivo para produção do cuidado, por ser condição para que os fluxos assistenciais sejam operacionalizados pelos profissionais<sup>1</sup>. Desta forma, é no espaço intercessor entre trabalhador de saúde e usuário que o acesso materializa-se, desencadeado pelo olhar atento, pela atuação acolhedora e pelo vínculo construído na intersubjetividade do encontro, ou seja, o acesso não se resume à entrada do usuário nos serviços, mas conforma-se frente à micropolítica do trabalho em saúde<sup>2</sup>.

O conceito de acesso à saúde é, portanto, complexo e apresenta-se de forma multifacetada e multidimensional com aspectos de difícil mensuração<sup>3,4</sup>. Deste modo, as diversas variáveis que possam impedir o usuário de alcançar um direito que lhe é garantido formalmente devem ser consideradas, isto é, quaisquer barreiras – política, econômico-social, organizacional, técnica ou simbólica – à universalidade e à integralidade do acesso à saúde devem ser avaliadas e compreendidas<sup>5</sup>. Além disso, melhorar o acesso aos serviços para populações vulneráveis com vistas a atingir a equidade, constitui-se num desafio ainda maior<sup>6-8</sup>.

A experiência de alguns países com sistemas de saúde integrados mostra que a incidência de câncer do colo do útero (CCU) pode ser reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico for implantado com qualidade, acompanhado pelo seguimento adequado e oportuno das mulheres e de um bom sistema de comunicação entre serviços de saúde e as usuárias, o que depende da articulação de toda a rede de cuidados<sup>9,10</sup>.

Em contrapartida, mesmo em cenários com oferta regular de rastreamento do CCU, não tem havido uma diminuição expressiva na incidência da doença, em decorrência da sinergia de fatores como conhecimento e representações das mulheres sobre a doença<sup>11,12</sup>, programas de rastreamento predominantemente oportunistas<sup>9,13</sup>, baixa condição socioeconômica<sup>14,15</sup>, qualidade do rastreamento<sup>16</sup>, atraso no diagnóstico e no início do tratamento<sup>17,18</sup>, além da estrutura e processo de trabalho das equipes<sup>19</sup>. Deste modo, evidencia-se a necessidade de aliar as dimensões organizativas, técnicas e simbólicas do acesso para implementação exitosa das políticas de prevenção e controle do CCU.

Embora seja elevada a incidência por CCU no Brasil, também é reconhecido que a mortalidade por esta neoplasia é evitável, considerando-se que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, o que permite a cura em aproximadamente 100% dos casos diagnosticados na fase inicial<sup>9</sup>. Entre as estratégias eficazes para detecção precoce do CCU estão os programas organizados de rastreamento que dependem, no caso brasileiro, de ampla cobertura e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), tanto para a captação das mulheres quanto para a realização do exame citopatológico do colo do útero, método amplamente utilizado para detecção das lesões precursoras<sup>9,10</sup>.

Neste sentido, o CCU é um marcador pertinente para compreensão dos fluxos assistenciais na rede de cuidados que vão da APS aos serviços especializados<sup>20</sup>. Outrossim, o controle do CCU depende de uma APS organizada, portanto, avaliar o acesso ao teste de Papanicolau revela a qualidade da assistência neste nível da rede de atenção à saúde (RAS).

No caso do CCU, além da captação, realização do exame citopatológico, cabe às equipes de APS o encaminhamento das mulheres que necessitam de confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras para as unidades de atenção especializada e o acompanhamento longitudinal, mesmo quando a usuária se encontra em outros níveis de atenção na região de saúde<sup>9,18</sup>. Para tal, deve-se conhecer e mapear nos territórios sanitários, sob a responsabilidade da APS, as possíveis barreiras de acesso ao exame cervicouterino, sobretudo, para identificar as mulheres invisíveis e vulneráveis<sup>6,17</sup>.

Assim, entende-se que a APS deveria ser o centro de comunicação da RAS e nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos<sup>21,22</sup>. Por sua vez, a centralidade na APS exige, também, acolhimento dos usuários com ambiência adequada e que os profissionais consigam abarcar diferentes demandas, inclusive a demanda espontânea, estabelecendo prioridades (urgência, vulnerabilidade social, condição de saúde) de forma balanceada<sup>23</sup>.

Nesta perspectiva, este artigo avalia o acesso ao exame citológico do câncer do útero na Estratégia Saúde da Família, em municípios de uma região de saúde da Bahia.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa<sup>24</sup>, na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Uma região de saúde é definida como espaço geográfico

constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde<sup>25</sup>.

Os dezenove municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista (Quadro 1) foram agrupados em estratos por contingente populacional: Estrato 1 – até 20.000 habitantes; Estrato 2 – entre 20.001 a 50.000 habitantes; Estrato 3 – maior que 50.000.

**Quadro 1.** Caracterização dos municípios, cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e número de equipes de saúde da família. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018

Município	População <sup>1</sup> (2010)	População estimada <sup>1</sup> (2018)	População zona rural <sup>1</sup> (2010)	Taxa de urbanização <sup>1</sup> (2010)	IDHM <sup>2</sup> (2010)	Cobertura ESF <sup>3</sup> (2017)	Número de EqSF <sup>4</sup> (2017)
<b>Maetinga</b>	7.038	3.577	4.221	40%	0,538	100%	ZU - 01 ZR - 04
Cordeiros	8.168	8.585	5.617	31%	0,579	100%	ZU - 03 ZR - 02
Ribeirão do Largo	8.602	6.304	3.955	54%	0,540	100%	ZU - 01 ZR - 03
Bom Jesus da Serra	10.113	9.942	7.345	27%	0,546	100%	ZU - 02 ZR - 02
Carabas	10.222	9.107	7.709	24%	0,555	100%	ZU - 01 ZR - 03
Mirante	10.507	8.844	8.698	17%	0,665	100%	ZU - 01 ZR - 04
Piripá	12.783	10.952	6.588	48%	0,575	100%	ZU - 02 ZR - 04
Caetanos	13.639	15.524	10.348	24%	0,542	100%	ZU - 03 ZR - 05
Presidente Jânio Quadros	13.652	12.505	9.454	30%	0,542	100%	ZU - 04 ZR - 04
Belo Campo	16.021	17.317	6.992	56%	0,575	100%	ZU - 03 ZR - 03
Condeúba	16.898	17.319	9.436	44%	0,582	100%	ZU - 03 ZR - 05
Tremedal	17.029	16.608	6.636	23%	0,528	100%	ZU - 03 ZR - 04
Encruzilhada	23.766	17.593	18.636	21%	0,544	100%	ZU - 02 ZR - 05
Planalto	24.481	26.092	9.612	60%	0,560	100%	ZU - 03 ZR - 06
Anagé	25.516	18.194	20.592	67%	0,540	100%	ZU - 03 ZR - 08
Cândido Sales	27.918	25.332	8.632	69%	0,601	100%	ZU - 06 ZR - 03
<b>Barra do Choça</b>	34.788	32.018	12.381	64%	0,551	100%	ZU - 06 ZR - 06
<b>Poções</b>	44.701	46.862	10.042	77%	0,604	100%	ZU - 11 ZR - 04
<b>Vitória da Conquista</b>	306.866	338.885	32.127	89%	0,678	45%	ZU - 26 ZR - 18

**Fonte:** 1.IBGE; 2.AtlasBrasil; 3.EGestorAB; 4.Núcleo Regional de Saúde.

**Notas:** ESF (Estratégia Saúde da Família); EqSF (Equipe de Saúde da Família); IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal); ZU (Zona urbana); ZR (Zona rural)

Como instrumento analítico, foi construído um “quadro de análise do acesso”, por meio de três dimensões: organizacional, simbólica e técnica<sup>5</sup>. A dimensão organizacional abarca aspectos relacionados à infraestrutura e aos insumos; tipo, frequência e local da oferta dos serviços; forma de marcação; meio de locomoção à unidade de saúde e prática profissional. A dimensão simbólica abrange aspectos atitudinais (estigmas e estereótipos); acolhimento e vínculo; bagagem cultural e crenças; percepção/expectativas dos usuários; além dos valores pessoais e sociais dos usuários. A dimensão técnica, por sua vez, compreende a competência dos profissionais para lidar com o processo saúde-doença na perspectiva individual e coletiva (Quadro 2).

**Quadro 2.** Dimensões de análise do acesso

<b>Dimensões do acesso</b>	<b>Tema de análise</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Dimensão Organizacional	Tipo de oferta de preventivo	Desafios da mulher do campo e táticas profissionais
	Local da oferta do preventivo	
	Frequência na oferta de preventivo	
	Forma de marcação para exame preventivo	
	Meio de locomoção à unidade de saúde	
	Profissional que faz o exame de Papanicolau	
	Processo de trabalho do ACS no câncer de colo do útero	
Infraestrutura e insumos para coleta de preventivo		
Dimensão Simbólica	Mulheres com deficiência	Intersubjetividade e a produção do cuidado
	Orientação sexual das usuárias	
	Acolhimento e vínculo	
	Valores pessoais e sociais	
Dimensão Técnica	Competência técnica da equipe	

Os resultados emergiram das análises e cruzamentos de dados produzidos em 10 grupos focais (GF), perfazendo 70 participantes. Para realização dos grupos focais<sup>24,26,27</sup>, foram eleitos quatro municípios para ilustrar a diversidade na organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as barreiras de acesso às Unidades de Saúde da Família (USF), numa região de saúde. O critério de seleção dos municípios deu-se pelo cruzamento de informações consideradas relevantes durante a exploração do campo<sup>24</sup>: a) indicação de informantes-chave; b) observação em seis reuniões da Comissão Intergestores Regional; c) cobertura da ESF: >90%; d) municípios de porte populacional distinto; e) diferentes tipos de gestão de saúde – em Comando Único ou Gestão

Estadual; f) inclusão do município sede da região de saúde – independentemente da cobertura da ESF.

Foram realizados cinco grupos focais com enfermeiros (GF-E) e cinco grupos focais com agentes comunitários de saúde – ACS (GF-A). Para composição dos grupos focais, elegeram-se profissionais da ESF com atuação cotidiana na linha de cuidado do CCU. Os critérios de inclusão foram: 1) enfermeiros indicados pelo gestor municipal; 2) ACS apontados pelos enfermeiros selecionados; 3) profissionais (ACS e enfermeiros) de diferentes USF e 4) profissionais com maior tempo de experiência na ESF.

Realizaram-se dois grupos focais (com ACS e outro com enfermeiros) por município (Maetinga, Barra do Choça e Poções), mesclando profissionais da zona rural e urbana. No município de Vitória da Conquista, em decorrência do maior número de equipes, realizaram-se quatro grupos focais, sendo dois grupos com ACS e dois grupos com enfermeiros (Quadro 3).

**Quadro 3.** Composição dos Grupos Focais

Municípios	Número de grupos	Identificação do Grupo	Composição dos grupos	Localidade dos participante	Tempo
Maetinga	02	Grupo I	10 ACS	Zona urbana e zona rural	2h35min
		Grupo II	5 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h15min
Barra do Choça	02	Grupo III	6 ACS	Zona urbana e zona rural	2h30min
		Grupo IV	9 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h10min
Poções	02	Grupo V	7 ACS	Zona urbana e zona rural	2h35min
		Grupo VI	6 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	1h35min
Vitória da Conquista	04	Grupo VII	8 ACS	Zona urbana	2h
		Grupo VIII	6 ACS	Zona urbana e zona rural	2h
		Grupo IX	6 enfermeiros	Zona urbana	2h15min
		Grupo X	7 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h15min

A intenção não foi o julgamento de cada município isoladamente, mas a compreensão de processos que acontecem no território regional, por meio de cenários representativos, analisando-se as dimensões organizacional, simbólica e técnica do acesso ao exame de Papanicolau, tendo como condição marcadora<sup>20</sup> o câncer do colo do útero (CCU).

Para análise dos resultados, realizou-se a ordenação dos dados<sup>24</sup>, a partir da leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados contemplados nos 10 grupos focais. O material foi ordenado e classificado, etapas em que as transcrições foram lidas exaustivamente e os núcleos temáticos foram selecionados, agrupados e categorizados. Foram confrontados os argumentos dos grupos focais e, em seguida, partiu-se para o cotejamento entre os diferentes discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos. Para análise final dos dados<sup>24</sup>, fez-

se o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, identificando-se as convergências e divergências para produção de análise compreensiva e crítica.

Por fim, os resultados (Quadros 4 e 5) e discussão foram agrupados em duas categorias empíricas: I) Dimensão organizacional do acesso: desafios da mulher do campo e táticas profissionais; e II) Dimensões simbólica e técnica do acesso: intersubjetividade e a produção do cuidado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 624.168).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DO ACESSO: DESAFIOS DA MULHER DO CAMPO E TÁTICAS PROFISSIONAIS**

Entre as práticas assistenciais dos profissionais<sup>23</sup>, todas as USF (zona urbana e rural) disponibilizavam exames de rastreamento do CCU, por demanda programada (semanal ou quinzenal), geralmente em dois turnos, sendo que a oferta, na zona rural, era preferencialmente pela manhã. Especificamente na zona rural, o exame era ofertado, também, em “unidades satélites” (em microáreas específicas) para facilitar o acesso de populações dispersas, em intervalos de, aproximadamente, quatro meses por localidade. Ademais, destacaram-se as táticas dos enfermeiros que deslocavam-se às microáreas e, mesmo em condições muito desfavoráveis (infraestrutura precária), realizavam o exame preventivo na residência de moradores que cediam um dos cômodos para tal finalidade assistencial.

Quadro 4. Dimensão organizacional do acesso

Tema	Principais resultados	Estratos de falas dos Grupos Focais
Tipo de oferta de preventivo	Demanda programada; demanda espontânea; mutirão (sobretudo, no Outubro Rosa)	<p>Você tá com todos os pré-requisitos? Se ela fala que tá, eu faço na hora [o preventivo]! Acolho muita demanda espontânea! (GF-VI, Enf).</p> <p>[...] teve o mutirão do Outubro Rosa, mas não teve o material [pra coleta]. Aí, a gente esperou o Novembro Azul para gente fazer tudo junto. [...]. Foi bom, teve bastante mulher. As vagas foram divididas [entre os ACS] (GF-VIII, ACS).</p> <p>Então, meu turno é manhã, quarta-feira manhã, na segunda-feira as mulheres vão no SAME e marcam. Assim, as que chegarem primeiro marcam primeiro. [...] Eu faço a divisão assim, meus agentes comunitários têm vaga, por exemplo, meu agente tem uma vaga, então aquela mulher que ele vê que tem muito tempo que fez preventivo, ele marca e tem, também, as vagas do SAME (GF-IX, Enf).</p>
Local da oferta do preventivo	USF – ZR e ZU; unidades satélites (microáreas da ZR); residências na comunidade.	<p>A equipe atende em vários pontos [...] a enfermeira leva todo o material [inclusive a cadeira ginecológica] pra lá [microárea da ZR] e, lá, eles conseguiram uma salazinha e faz o preventivo lá! (GF-III, ACS).</p> <p>[...] a gente chegava nos pontos de apoio, principalmente, nas pessoas que têm as lideranças na comunidade; elas sempre reservavam aquele cantinho na casa dela, pra gente realizar o preventivo e, essa cadeira ginecológica [transportável] foi ótima! (GF-IV, Enf).</p> <p>O preventivo ocorre a cada 3 ou 4 meses. E é muito ruim, porque falta material, às vezes. [...] Temos 3 ou 4 vagas/microárea; aí, cada vez é uma microárea. E como é só na sede, a maioria tem que ser por área, porque o transporte vem 6h da manhã, volta meio-dia. Tem um lugar que atende em um postinho [unidade satélite], mas o acesso é muito difícil, aí, nem tem muito lá! [...] (GF-VIII, ACS).</p> <p>E aí, fazendo preventivo numa localidade lá [...] na casa de uma pessoa e a maca móvel [portátil] não coube no quarto e a gente fez na cama de uma paciente e providenciaram um banquinho, um tamboretezinho daqueles [...] E eu sentada nesse banquinho, fazendo os preventivos [...] quando essa pessoa ia sair daqui, de uma localidade distante, mais ou menos ficava 70 km de Vitória da Conquista, pra poder fazer um preventivo (GF-X, Enf).</p>
Frequência na oferta de preventivo	Semanal/quinzenal; sazonal (unidades “satélites” da ZR); matutino (mais comum na ZR) e/ou vespertino	<p>[preventivo na ZR] é sempre pela manhã, porque, à tarde, pode acontecer uma reunião, uma visita domiciliar [...] Porque o carro é só pela manhã (GF-I, ACS).</p> <p>O preventivo é o único exame que tem sempre [...] a enfermeira faz toda semana, faz de manhã e à tarde [...] pra atender todo o público. Quem trabalha de manhã e não pode ir, vai à tarde! (GF-V, ACS).</p> <p>[...] a enfermeira abre a agenda do mês e fica lá [...] cada equipe faz o preventivo uma vez por semana e um turno; se a unidade tem duas equipes, aí, são duas vezes por semana [...] Na minha unidade, marca duas vezes por semana, só pela manhã, o que é dificultoso. Tem mulher que só pode ir à tarde. E, aí, faltam muito, mas ela [enfermeira] nunca abriu [vaga] pela tarde [...] (GF-VIII, ACS).</p>
Forma de marcação para exame preventivo	Diretamente pela mulher na USF (agenda aberta); pelo ACS (cotas); por telefone; oportunística; filas na USF (marcação em dia específico)	<p>[...] quando a mulher vai fazer o planejamento familiar com a enfermeira, ela agenda, no caso que se já tem um ano de realizado o preventivo (GF-I, ACS).</p> <p>[...] Cada semana é um ACS. [...] se a enfermeira fizer o preventivo na sede, dá a vaga pra outras cinco ACS, que ficam na sede. Porque os outros três ACS já têm os dias de preventivo. Só que eu, além de ter esses dias de preventivo [na microárea], tenho que ter os meus dias na sede, porque tenho pessoas na sede que não se deslocam para o meu postinho [unidade satélite]. A sede fica mais perto para elas, mas cá [na sede] fico com poucas vagas, só duas, porque tenho que dividir (GF-VIII, ACS).</p> <p>Por exemplo, 3 ACS ficavam com determinado dia, que eram 15 vagas/dia, cada um ficava com 5. Aí, elas [usuárias] já sabiam quais eram os dias que eles [ACS] tinham vaga. Aí, eles iam na casa, agendavam e avisavam. [Outra forma é] no dia da visita, eles [ACS] dão o papelzinho, orientando elas pra irem marcar na unidade. [...] é livre demanda também. A agenda é aberta quinzenal, então abro para os primeiros 15 e, depois, novamente, em meados da metade do mês, abro novamente a agenda (GF-X, Enf).</p>
Meio de locomoção	Caminhado, transporte público, transporte próprio,	<p>A prefeitura paga o carro pra deslocar os pacientes. Porque é uma região muito longe e tem lugar que são 18 km ou mais pra poder chegar até a unidade! A gente consegue atender a demanda, porque as pessoas que têm mais condições financeiras vão por conta própria, usam o seu transporte ou, às vezes, o ônibus da escola (GF-I, ACS).</p>

	transporte escolar (ZR), veículos particulares ou caronas	<p>Muitas vão de transporte particular, outras alugam moto [...] ZR, ainda tem um problema! A região A só tem transporte na quarta, a região B só tem transporte na quinta [...] tem um período que fica complicado pra comparecer, período de colheita de café e no período de férias escolares. Porque pra o deslocamento à unidade, se usa muito o transporte escolar (GF-V, ACS).</p> <p>Tenho dificuldade por ser ZR! As mulheres, pra chegarem no posto, têm mais dificuldade, porque umas dependem do carro da escola, outras dependem de carona e outras não têm dinheiro pra pagar! (GF-VI, Enf).</p>
Profissional que faz o exame	Enfermeiro (todas as USF); médico (poucas USF); estagiários/residentes (USF com estudantes)	<p>Tem, também, uma professora, ginecologista, que faz mutirão. Só que às vezes, ela não consegue completar um número de vagas por que tem melhores que tem vergonha de fazer o exame, porque tem alunos que acompanham [...] na maioria das unidades, só quem faz é a enfermeira. Infelizmente! O médico não faz o papel dele que seria, também, do preventivo. [...] Na minha unidade, a médica de antes fazia, aí, era uma semana a médica e outra semana, o enfermeiro [...] entrou um outro médico que não faz o preventivo. E, aí, a gente tem só o enfermeiro que faz (GF-VII, ACS).</p> <p>Porque na minha equipe a médica não colhia. Então, eu [enfermeira] fazia um turno fixo semanal e uma sexta a cada quinze dias [...] vejo que, ainda, é uma coisa voltada pra enfermagem, que também podia ser dividida [...] não devia concentrar só no enfermeiro (GF-IX, Enf).</p>
Processo de trabalho do ACS	Identificação das mulheres com preventivo atrasado ou “faltosas” à consulta; busca ativa; orientação sobre o preventivo; marcação do exame preventivo.	<p>No exame preventivo, temos esse vínculo com o ACS, de estar no dia a dia, nas casas dos pacientes. Então, muitos já pedem pra que elas marquem, que elas vão à unidade pra marcar o preventivo (GF-II, Enf).</p> <p>As mulheres querem saber como agendar o preventivo? A primeira porta é o agente de saúde. Na reunião mensal, a gente já sai com os dias de preventivo. Nas visitas domiciliares, a gente já sabe quem fez, quem não fez, aí, informamos quais os dias que tá agendado o preventivo [...] A gente marca, passa toda a orientação do preventivo, o que tem que ser feito [...] se caso tiver algum problema no PSF, algum imprevisto, volto e aviso à paciente. Alguns casos que pode ter alguma resistência, a gente mesmo marca dia, horário, certinho, e ainda liga um dia antes pra saber (GF-I, ACS).</p> <p>[...] a gente vê quem tá precisando, elas chegam pra a gente e falam [...]. A gente faz uma lista, aí, de acordo com as vagas, a gente vai colocando [...] (GF-III, ACS).</p> <p>A gente tem o livro do preventivo. Por exemplo, uma [mulher] passou pela enfermeira; aí, daqui seis meses tem que voltar. Se ela não comparecer em seis meses, a gente vai atrás. [...] Eu sei quem foi e quem não foi. Quem não foi, pergunto o porquê (GF-VII, ACS).</p>
Infraestrutura e insumos para coleta de preventivo	Salas sem banheiro; salas inadequadas para o procedimento (pequena, sem climatização); falta de material necessário à coleta e para armazenamento das lâminas; equipamentos quebrados (maca ou foco)	<p>[...] às vezes falta o espéculo, por exemplo, tem o maior, o menor [...] Às vezes, acontece, principalmente, no início do ano, pela questão de licitação, falta um ou outro, mas, nessa questão do preventivo, acho que é o que menos falta (GF-I, ACS).</p> <p>Na sala que a enfermeira atende, não dá pra fazer o preventivo! Então, é feito no dia que o médico não tem o atendimento, aí, pega a maca, leva para a sala do médico, pra ter atendimento naquele dia [...] pra fazer o preventivo [...] Há uns dois anos faltou espéculo do pequeno. Aí, a enfermeira usou o grande. Aí, andou machucando as mulheres. Aí, elas [usuárias] andaram reclamando (GF-V, ACS).</p> <p>[...] não tava tendo o material; a quantidade, mas foi uma questão de burocrática, de licitação [...] E, tínhamos, também, só que o G [espéculo]! Eu não faço o preventivo com o [espéculo] G, a menos que a mulher me cobre essa demanda do G (GF-VI, Enf).</p> <p>Na nossa unidade tem duas equipes e, aí, a outra enfermeira tem que vim pra sala da gente fazer o preventivo, porque só tem uma maca, com consultório com banheiro [...] Às vezes, não tinha preventivo porque não tinha quem limpasse a sala! [...] Temos outro agravante que é a questão do banheiro. A nossa sala que tem [mesa] ginecológica não tem banheiro. Nossa estrutura física é bem precária. Aí a usuária troca [roupa] atrás do biombo mesmo! [...] do foco eles [profissionais] reclamam muito, às vezes, a bateria não liga mais. Está meio quebrado (GF-VIII, ACS).</p> <p>Não pode ligar ventilador e tem dias que está muito quente. [...] tive que pedir uma caixinha de lâmina. Era a única coisa que não tinha. [...] Tem unidades que não são forradas, que as mulheres não têm privacidade na consulta. Às vezes, usava abaixador de língua para substituir a espátula. Já faltou álcool, já falou espectro, escovinha e até impresso. Tem lugares que não tem a porta, já coloquei um biombo para conseguir atender (GF-IX, Enf).</p>

O deslocamento das mulheres da zona rural ao exame de Papanicolau foi uma das maiores barreiras de acesso na região de saúde, uma vez que não havia transporte

público regular e/ou as usuárias não dispunham de recursos financeiros para pagamento de condução à USF. As usuárias deslocavam-se a pé, utilizavam, frequentemente, o transporte escolar, eventualmente, os carros da secretária de saúde e/ou outros meios de transportes (com ou sem desembolso direto).

Outrossim, residir em zona rural revelou-se como importante barreira geográfica para acesso ao exame preventivo do CCU na região de saúde e, logo, reforçava às iniquidades. Nesta perspectiva, populações rurais têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo entre indivíduos com características socioeconômicas semelhantes que residem em áreas urbanas<sup>8,28</sup>, repercutindo, portanto, em maior incidência de doenças sensíveis à APS<sup>29</sup>, bem como, maior mortalidade por câncer do colo do útero entre mulheres residentes em pequenos municípios e áreas remotas<sup>30,31</sup>.

Além disso, o arranjo organizacional impunha as usuárias que conseguiam alcançar as unidades da zona rural a longos tempos de espera (mesmo quando agendadas), em decorrência do deslocamento das equipes da sede municipal ao local de atendimento na zona rural. Em muitas circunstâncias, havia um mesmo veículo para deslocamento de diferentes equipes para localidades distintas da zona rural; em outras, o transporte dos profissionais, também, levava materiais/insumos e atrasava a saída da equipe para resolução desta ou outras questões administrativas. Não por acaso, o início do atendimento, nas unidades de saúde, era prejudicado e gerava insatisfação das mulheres e dos próprios profissionais. E, do mesmo modo, o encerramento do turno de trabalho era abreviado, pois havia a necessidade de retorno à sede.

Neste contexto, o tempo de atendimento na zona rural ficava condensado e, por conseguinte, havia necessidade de agendamento de um número menor de usuárias e, ainda, os exames de Papanicolau eram concentrados num único turno. Até porque, as mulheres de áreas mais remotas frequentavam a USF, especialmente, pela manhã, por conta da maior disponibilidade de transporte e, circunstancialmente, em época de férias escolares (por ausência do transporte escolar) ou em período de plantio/colheita (trabalhadoras do campo), havia diminuição na assiduidade às consultas.

De maneira análoga, populações de áreas rurais, de países de renda alta com sistema de saúde universal e porta de entrada via APS, também, apresentavam maior incidência de câncer do colo do útero em decorrência de múltiplas barreiras sociais, entre as quais destacam-se as dificuldades no transporte entre residência e serviço de saúde, escassez na disponibilidade dos provedores, questões étnicas e baixo nível educacional das mulheres<sup>32,33</sup>. Assim sendo, a miríade de problemas incidentes em

populações da zona rural requerer que a provisão de cuidados para superação de mortes evitáveis tenha caráter intersetorial e, por sua vez, os gastos em APS precisam ser alargados para superar o modelo fragmentado e seletivo<sup>22,34</sup>.

Outro tipo de acesso ao exame de Papanicolau, em todas as USF, dava-se por rastreamento oportunístico, ou seja, quando as mulheres procuravam o serviço de saúde por alguma outra razão. Na realidade da região de saúde, o rastreamento oportunístico mostrava-se como ocasião para que os profissionais captassem às usuárias que não buscavam regularmente o serviço, sobretudo, àquelas que residiam em áreas sem ACS, às mulheres que relutavam em agendar ou tinham histórico de ausências às consultas programadas. Outrossim, este é o padrão predominante no Brasil que, por sua vez, tem como efeito colateral o surgimento de dois grupos destoantes para o diagnóstico precoce: um contingente de mulheres superrastreadas, por realizarem o exame em intervalo de um ano ou menos e outro grupo sem nunca ter realizado o mesmo<sup>9</sup>. Sendo assim, trata-se de modelo inadequado de recrutamento, especialmente, para mulheres marginalizadas e de áreas rurais, por serem grupos que, tradicionalmente, buscam menos o serviço de saúde ou têm menos provedores à disposição<sup>32</sup>.

Ao mesmo tempo, a queixa sintomatológica foi uma razão recorrente para busca de exame preventivo como demanda espontânea. Entretanto, situações que provocam desconforto ginecológico (prurido, leucorreia, metrorragia, dentre outras) são contraindicações para coleta do teste de Papanicolau, ou seja, nestas situações, as mulheres necessitariam ser tratadas para retorno programado ao preventivo. Tal mecanismo, por sua vez, representava ponto importante para acesso oportuno e vinculação das usuárias ao serviço e, deste modo, dirimia barreiras técnicas e simbólicas. No primeiro caso, ao acolher uma demanda real das mulheres e, também, realizar diagnóstico e tratamento, os profissionais resolviam um problema concreto, promoviam uma resposta positiva que, por sua vez, repercutia na credibilidade e aceitabilidade do serviço. No segundo caso, as mulheres tinham sua demanda atendida e, associadamente, garantiam uma vaga de retorno para consulta dirigida ao exame citológico do colo do útero, incidindo na adesão ao rastreamento. Uma estratégia constatada em algumas USF, sobretudo àquelas com grande demanda, foi a reserva de um turno específico para demandas ginecológicas por manifestações sintomáticas e, assim, diminuíam as intercorrências durante o rastreamento do teste de Papanicolau.

A busca pelo preventivo a partir de uma queixa sintomatológica pode revelar o desconhecimento das mulheres quanto à finalidade do exame de Papanicolau, bem

como, sugere que o motivador era a consulta ginecológica dissociada do caráter preventivo do rastreamento. Neste sentido, ainda que oportunístico, a realização da assistência ginecológica com exame citopatológico deve ser bem organizada a fim de estender sua abrangência ao conjunto das mulheres, independentemente de sua situação clínica, maternal ou conjugal<sup>12,15,35</sup>.

Uma questão emblemática foi que, apesar da “competência” técnica, raramente o teste de Papanicolau era realizado por médico. No sentido inverso, enfermeiros de todas as USF eram a principal referência para realização do exame citológico do colo do útero, bem como pelo seguimento da usuária, em caso de diagnóstico de alguma alteração. Neste sentido, o protagonismo da enfermagem era um importante marcador de qualidade na organização do serviço de rastreamento, visto que, nas unidades de saúde, tratava-se do profissional mais atuante na linha de cuidado de saúde da mulher. Não por acaso, a enfermagem tem um emergente papel assistencial em diferentes sistemas de saúde<sup>36,37</sup>.

Do mesmo modo, os ACS desenvolviam um trabalho essencial de identificação e encaminhamento de mulheres ao teste de Papanicolau, realização de busca ativa de usuárias faltosas ou que apresentavam alteração no exame citopatológico e, frequentemente, apazamento de exame citológico do colo do útero. Por conseguinte, na região de saúde, os ACS tinham centralidade na linha de cuidado de controle do CCU por desenvolver ações orientadas à comunidade e minimizarem as barreiras de acesso. Ainda assim, mesmo ao destacarem o trabalho do ACS como agenciador do cuidado, sobretudo pelo reconhecimento da comunidade, identidade cultural e vínculo social – aspectos imprescindíveis, por exemplo, ao cuidado contínuo e adesão ao rastreamento do CCU –, diferentes estudos<sup>38</sup> ressaltam, também, as vicissitudes que comprometem a vigilância territorial e a implicação com o processo de trabalho, sobretudo em áreas rurais e com populações vulneráveis<sup>39</sup>.

Ademais, a ausência de itens necessários à coleta de material citopatológico, via de regra, foi uma barreira de acesso em todas as USF. Os profissionais expuseram que, em algumas circunstâncias, houve necessidade de suspensão de coleta do preventivo pois faltava material básico (luvas, espéculo descartável, fixador de lâminas, dentre outros), ou, ainda, adaptação do material como, por exemplo, o uso de espéculo de tamanho inapropriado à anatomia da usuária. Neste sentido, a privação de instrumentos/insumos esteve relacionado ao atraso no processo licitatório de compras anuais, revelando problemas administrativos que comprometiam o cuidado

oportuno/seguro e corroboravam o descrédito no serviço público, com consequente construção de mais uma barreira ao rastreamento do câncer cervicouterino.

A despeito do cenário regional ser preocupante, estudo censitário<sup>19</sup> das unidades de saúde de todo Brasil revelou que somente metade dos estabelecimentos de APS apresentava estrutura apropriada para realização do exame citopatológico de Papanicolau e somente 30% das equipes poderiam ser classificadas com processo de trabalho adequado ao rastreamento. Destarte, pesquisa em diferentes regiões de saúde, na Bahia, constatou o provimento irregular de insumo e inadequação na infraestrutura de muitas unidades de saúde<sup>40</sup> e investigação em âmbito nacional indicou carência de equipamentos e insumos que restringiam o escopo de ações e a resolubilidade em, aproximadamente, 95% das unidades<sup>41</sup>.

Tais evidências sinalizam barreiras de acesso e qualidade ao cuidado periódico que impactam, também, na adesão das mulheres ao rastreamento, mesmo quando há cobertura do teste de Papanicolau. Da mesma maneira, diferentes estudos apontam que carências estruturais (insumos e infraestrutura) atingem a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e, por conseguinte, tornam-se importantes motivos para não realização do exame citopatológico em tempo oportuno<sup>17,42</sup>.

Em contrapartida, enfermeiros e ACS possuíam a lista de mulheres, na faixa etária preconizada ao rastreamento citopatológico, de suas respectivas áreas de abrangência para monitoramento, bem como, discutiam, em reuniões de equipe, os casos prioritários e debatiam acerca das mulheres sem adesão. Isto posto, a utilização de listas de mulheres revela uma estratégia implicada dos profissionais com a comunidade, especialmente, frente à inexistência de um cadastro universal de base populacional<sup>9</sup> e às adversidades impostas por barreiras organizacionais e vulnerabilidades comuns em toda América Latina<sup>17</sup>.

Ao mesmo tempo, havia coexistência de áreas descobertas por ACS no território de muitas equipes, com adscrição populacional excedente (especialmente na zona urbana de Vitória da Conquista) e vulnerabilidade socioeconômica, tudo em sinergia num mesmo território sanitário que, conseqüentemente, intensificavam as barreiras de acesso ao exame preventivo. Diante de tais adversidades, os profissionais forjavam táticas organizativas por meio do suporte dos ACS na divulgação da agenda em áreas descobertas, consulta oportunística, inclusive, durante ações do Programa Bolsa Família, busca ativa de mulheres e realização de mutirões anualmente, na tentativa de minimizarem o impacto das barreiras no acesso ao exame citológico do colo do útero.

Outrossim, a utilização dos serviços de saúde é, também, o resultado da interação entre profissionais e usuários, ou seja, da intersubjetividade<sup>43</sup> que, por conseguinte, requer compreender o lugar do sujeito na produção do cuidado e sua influência nas dimensões organizacional, técnica e simbólica do acesso<sup>5</sup>.

#### DIMENSÕES SIMBÓLICA E TÉCNICA DO ACESSO: INTERSUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

A adesão ao exame cervicouterino está intimamente influenciada por valores culturais e, por conseguinte, pela intersubjetividade no encontro entre profissional-usuária<sup>11,12</sup>. Assim sendo, a equipe precisa aliar a competência técnica à sensibilidade no agir em saúde, por meio da escuta qualificada e relação dialógica, para reconhecer vulnerabilidades e produzir o cuidado<sup>43</sup>.

**Quadro 5.** Dimensões simbólica e técnica do acesso

Tema	Principais resultados	Estratos de falas dos Grupos Focais
Mulheres com deficiência	Barreiras arquitetônicas; Limitações físicas das mulheres; Estereótipo familiar; Desconhecimento das necessidades das mulheres com deficiência; Barreira comunicacional	As minhas [mulheres] vêm carregadas pelos familiares! Porque, já na porta de entrada, não existe esse acesso! Não tem porque é alta [a calçada]. Aí, já vêm, geralmente, carregadas, a gente recebe na cadeira de rodas e chega na minha sala. E a gente faz o que consegue fazer (GF-VI, Enf).
		Às vezes, a própria família embarreira, porque não quer apresentar o deficiente na unidade de saúde. [...] Eu percebo que, em parte, é a família que não gosta de expor aquela pessoa, pelo fato da sua deficiência! (GF-III, ACS).
		Elas não fazem! [...] Elas queixam a questão da maca. Que não tem uma maca apropriada e que a posição da maca é inadequada. Essa paciente minha cadeirante é obesa. Cadeirante e obesa! E para a maca a posição não vai visualizar fundo de útero. Aí, normalmente não faz. [...] [mulheres com deficiência visual] a gente vê mais, geralmente vão acompanhadas [...] Nossa dificuldade em relação aos deficientes auditivos é a questão da comunicação (GF-VIII, ACS).
		A maior dificuldade que tive foi no início. Até para subir numa maca. Aí, tive que pegar no colo e colocar, porque não veio ninguém para acompanhar e para descer, ela pulou da maca! [...] Elas conseguem ter acesso [...] Agora, as acamadas, nunca vi! [...] Tinha uma que me comunicava por bilhete (GF-IX, Enf).
Orientação sexual	Invisibilidade da homossexualidade feminina; Estigma; Tabus; Resistência das mulheres lésbicas; Subtratamento do CCU	Quando você conhece a população, acaba indo no automático! A nossa realidade, de cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo [...] talvez essa pessoa tenha até iniciado [outra orientação sexual], mas tem receio de chegar e contar pra gente (GF-II, Enf).
		Uma pergunta que não vou saber lhe responder, porque nunca chegou mulheres gays pra mim! Nunca chegou! (GF-IV, Enf).
		[...] mulher lésbica, tem bastante. Muitas vão, inclusive, com as esposas! Vão e, geralmente, marcam as duas, no mesmo dia e vão as duas! [...] Tem umas, assim, que têm uma certa resistência; acham que não têm necessidade, que não precisam, pela orientação sexual [...] (GF-VI, Enf).

		<p>O pessoal homossexual não se identifica na unidade [...]. Não procuram tanto a unidade como deveriam [...]. Deste tempo todo, pouquíssimas vezes, umas três ou quatro vezes que teve. Mas não tem essa frequência. Eu acho que, para elas mesmas, elas acham que, por ter relação com outra mulher, não têm risco. [...] Eu tenho uma ACS que é [lésbica], ela tem um relacionamento, é casada, tem a companheira dela. Mas ela tem uma resistência para fazer [preventivo], até para falar nesse assunto, entendeu? Então, elas acreditam que não [precisam], principalmente a que tem um comportamento mais masculino. Aí, a parceira que tem um comportamento feminino, ela já se cuida mais nessa perspectiva [faz o preventivo]; a outra não [...]. Teve uma vez que ela falou: - <i>‘achava que não precisava fazer, porque nunca tive relação com homem’</i>. Tem algumas que já tiveram experiência hétero e que, agora, estão em um relacionamento homoafetivo, mas assim essas: - <i>‘ah, não achei que precisava fazer, porque nunca tive relação com homem. Eu só tive relação com mulheres’</i> (GF-IX, Enf).</p>
Acolhimento e vínculo	Cuidado inespecífico; Culpabilização das mulheres; Cuidado singular; Responsabilização; Profissional contornando as barreiras para cuidar	<p>Tenho uma que é deficiente física e outra, é mental. Mas elas não fazem porque elas não querem [...] Se fosse pra fazer, essa mental mesmo podia fazer, só que ela fala que não precisa (GF-I, ACS).</p>
		<p>Tem outras [com deficiência] que vêm e vou lá e colho com aquela delicadeza e rápido; pra ela não se sentir constrangida. (GF-IV, Enf).</p>
		<p>Teve um caso que o ACS pegou o carro dele e me levou até à casa dela [usuária]! Ela é totalmente acamada, tem 40 e poucos anos e nunca colheu o preventivo. Fui num dia de preventivo, fui lá na casa dela, levei o foco, fui e colhi o preventivo, lá na casa dela mesmo! (GF-VI, Enf).</p>
		<p>Não tem um tratamento especial para o homossexual. A gente vai acolher de acordo a necessidade dele. [...] A população mais presente não é a população trans ou homoafetiva, ela não vem muito [...]. Essa se identificou, porque falou: - <i>‘estou tensa!’</i>. Aí: - <i>‘Por quê?’</i>. Tentei acalmá-la. Ela falou: - <i>‘porque sou homossexual’</i>. E ela tinha essa postura masculina: <i>‘não recebo a penetração’</i>. Aí, fui acalmar, falei que sou profissional, que não tem isso, e foi tranquilo. Ela ficou tão à vontade que falou: <i>‘ah, agora quero marcar da minha parceira’</i>. Aí marcou e 15 dias depois a parceira dela veio (GF-IX, Enf).</p>
Valores pessoais e sociais	Submissão ao companheiro; Machismo; Tabus; Estigma; Dificuldade na ZR; Gênero do profissional	<p>Na minha área, tenho dificuldade com essas mulheres porque tem uma que tem problema mental e nunca tinha feito. Graças a Deus, conversei com a mãe dela e pedi para levar ela para fazer o preventivo. Ela disse que a filha ia dar trabalho, mas tentou e fez (GF-VII, ACS).</p>
		<p>‘Elas falam: - <i>‘quando era o enfermeiro fulano e ciclano, eu não vinha, porque tinha vergonha, por ser homem. E quando tenho corrimento, alguma dor no pé da barriga, fico com vergonha de passar pelo médico, aí, eu venho pra passar por você’</i>. Elas se sentem mais à vontade, quando é mulher [...]. Elas tinham vergonha de algumas enfermeiras, quando era amiga, ou conhecida [...] Preferência, né, por não conhecer (GF-II, Enf).</p>
		<p>O pessoal de zona rural, ainda tem aqueles tabus e a gente respeita, não vai chegar e dizer <i>‘Você vai, tem que ir!’</i> [...] Tem casos que os maridos têm resistência [não permitem que as mulheres façam o preventivo]. Tem essa cultura de muita gente dizer o seguinte: - <i>‘Eu não tenho relação, não preciso fazer o preventivo!’</i>, [ou ainda]: - <i>‘Eu não tenho parceiro, não vou fazer!’</i> (GF-V, ACS).</p>
		<p>Tem algumas mulheres, pelo fato de não tá tendo relação sexual, acham desnecessário... ou pela idade, acham desnecessário. A gente sempre faz esse trabalho de conscientização! Algumas têm uma certa resistência, tem uns casos lá que realmente precisa [...] E, elas [profissionais do sexo] têm uma certa resistência em ir pra unidade! (GF-VI, Enf).</p>
		<p>Na área rural, é tudo mais difícil, até os esclarecimentos! E tem mulher que embarreira, que cria um bloqueio e não tem vontade ou iniciativa pra se cuidar! Então, quando não é ela que embarreira, [às vezes] o marido não deixa! (GF-III, ACS).</p>
<p>Tem outra lá que vive só com o marido. Ela já é idosa e o marido dela é machista. Então, não tem muito êxito. [...] Tem pessoas de 50 anos que nunca fizeram um preventivo [...]. Às vezes, é por ciúmes dos maridos [...] Tem um homem na minha área que, se a mulher falar que vai fazer preventivo, ele vai para o posto e diz: - <i>‘não faz com homem, viu? É só com mulher’</i>. Agora mesmo [ela] está sem fazer, porque são dois homens [enfermeiro e médico] e um [médico] não faz [o exame]. [...] muitas delas por serem uma pessoa de idade, às vezes não tem nem marido e é uma pessoa sossegada [não faz sexo], acham que não tem marido não precisa fazer [...] às vezes, a gente vai conversar com uma menina de 25/30 anos e ela diz: - <i>‘Minha mãe morreu com 70 anos e nunca fez, pra que eu vou fazer?’</i>. Aí tem que explicar que os tempos mudam, o acesso e tudo. Tem umas que a gente consegue convencer, tem outras que não (GF-VII, ACS).</p>		

Competência técnica	Aceitabilidade das mulheres; Adscrição compulsória; Preferência por enfermeiras; Formação profissional insuficiente; Desinteresse dos médicos; Aprendizado na prática	[...] pelo fato da enfermeira ser nova, aí fala: - <i>'Ah! Não vou lá não, uma menina novinha'</i> , tem muito disso, também! [...] E tivemos um período que teve muita resistência pra fazer o preventivo. De uma pessoa ir na unidade, fazer o preventivo e não gostar [...] Às vezes, não gostar da enfermeira e sair aquele boato: - <i>'Não gostei, não gostei, não gostei'</i> , e, aí, perde a credibilidade. Nós, mesmos, tivemos um período que teve muita dificuldade delas irem até a unidade. E, aí, teve uma enfermeira que conquistou da adolescente à idosa! [...] teve uma época que ficou lá um enfermeiro, um jovem, e muitas mulheres, principalmente, da terceira idade, ninguém foi fazer o preventivo! Resistia em fazer com ele, porque ele era um jovem (GF-V, ACS).
		Elas falam que a consulta com o enfermeiro é bem melhor do que com ginecologista [...] Pra tirar dúvida, porque é tudo muito rápido no momento da consulta [com médico] Muitas pacientes da minha área, quando falei que ia ter que ser com a médica [por conta de liminar], elas diziam que preferiam esperar pra resolver a situação, ou ia fazer o sacrifício de pagar no privado, mas não queria fazer com o profissional da unidade! Por que na minha unidade, elas preferem, pois sentem mais abertura de conversar com o enfermeiro! (GF-VI, Enf).
		Elas gostam mais da enfermeira do que do médico. Falavam que a enfermeira conversa mais, que a enfermeira é mais carinhosa, sabia colher melhor, que a médica era bruta. [...] Só que o ano passado teve um negócio de que [somente] a médica que ia colher. Tanto que foi uma ginecologista lá pra o posto para poder orientar a médica. Mas graças a Deus que voltou tudo ao normal e é nossa enfermeira que colhe (GF-VIII, ACS).
		A gente abriu uma vez [pra médico realizar preventivo], só que aí, assim, enquanto eu fazia 15, ela fazia metade [...] Aí, a gente viu que, às vezes, era mais proveitoso ela fazer outros tipos de atendimento do que o preventivo. Porque ela não tinha muita prática, nunca tinha feito [...] Mas eles [médicos] também encaram como função de especialidade, tipo não é do clínico, não pertence à atribuição do clínico colher o preventivo e sim do ginecologista. Passei por isso quando teve o decreto [liminar], que aí a gente ficou um tempo sem colher. Ele [médico] não fez porque: - <i>'tem que ir ao ginecologista'</i> (GF-X, Enf).

Os entrevistados revelaram os entraves que mulheres com alguma deficiência (física, auditiva, visual ou mental) deparavam-se para acesso ao preventivo. Outrossim, havia barreiras arquitetônicas que limitavam a mobilidade e comprometiam a técnica profissional, assim como obstáculos atitudinais (estigmas e estereótipos) de familiares e de alguns profissionais. Neste aspecto, as barreiras atitudinais constituem-se enquanto violência simbólica às mulheres<sup>44</sup> que repercutem em iniquidades, conquanto, pessoas com deficiência estão mais expostas a comorbidades<sup>45</sup> e mulheres com deficiência procuram menos o exame de rastreamento do câncer do colo do útero<sup>46,47</sup>.

Na mesma direção, em relação à orientação sexual, os profissionais, de modo geral, não percebiam a existência de mulheres que faziam sexo com mulheres ou, de regra, não indagavam e/ou as mulheres não verbalizavam sua condição nas consultas. Além disso, quando o serviço era procurado por mulheres lésbicas, os profissionais afirmaram não haver diferença no cuidado, com atendimento fragmentado e descontextualizado da orientação sexual, desde o preenchimento na ficha do Siscan à realização do exame citopatológico. Tais constatações corroboram estudos que sinalizam maior dificuldade de acesso ao rastreamento para o CCU entre mulheres das

camadas populares, que nunca tiveram sexo com homens ou que possuem uma gramática corporal masculinizada<sup>48,49</sup> e desvantagens no acesso aos cuidados na APS, para população LGBT de áreas rurais<sup>50</sup>.

Por sua vez, os relatos trouxeram, também, táticas profissionais de responsabilização com o cuidado e ações acolhedoras que encorajavam mulheres com deficiência e/ou lésbicas a frequentarem rotineiramente as unidades de saúde. Ainda assim, os inúmeros entraves de acesso ao teste de Papanicolau expõem a seletividade da APS na região de saúde, visto que reproduz a invisibilidade das mulheres com maior vulnerabilidade social e acentua as desigualdades. Não por acaso, diferentes estudos têm defendido a premência de investimento numa APS abrangente<sup>34,51</sup> e voltada às pessoas<sup>22</sup>, afim de viabilizar a equidade no acesso<sup>6</sup>.

Por este ângulo, a proximidade e o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vivem as mulheres permitiria aos profissionais reconhecerem as situações simbólicas que atravessam o território e dificultam o acesso ao exame de Papanicolau, mesmo quando há disponibilidade do serviço. Neste contexto, segundo entrevistados, importantes barreiras de acesso ao rastreamento do CCU estavam relacionadas à percepção de necessidade e desejo pelo cuidado, ao receio que algumas mulheres tinham em realizá-lo por desconhecimento e tabus, imposições misóginas do cônjuge, pudor da exposição do corpo (posição de litotomia) ou, ainda, por conta de idade ou gênero do profissional. Tais achados, por vezes em sinergia, são recorrentes em inúmeros estudos<sup>7,12,32,35</sup> e reafirmam a competência cultural dos profissionais como atributo fulcral, por meio do reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, a entender suas representações dos processos saúde-enfermidade.

Nada obstante, a objeção de parte das mulheres em serem examinadas por profissionais que residiam na própria comunidade (relação de proximidade) ou em razão do gênero do profissional desafiava a adscrição compulsória, ou seja, o cadastramento da população de determinada área geográfica a uma equipe, sem opção de escolha do profissional que a acompanhará em todos os seus ciclos de vida. Tal perspectiva sobrepõem barreiras comuns às dimensões organizativa, técnica e simbólica do acesso<sup>5</sup>, além de expor as linhas de tensão no processo de acolhimento nas unidades de saúde. Em contraposição, em países europeus, com sistemas universais e APS como porta de entrada obrigatória, a inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão, que

desfruta de certa liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca – entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico<sup>52</sup>.

Na região de saúde, a competência técnica, também, foi decisiva na adesão de mulheres ao rastreamento periódico e, nomeadamente, larga preferência pelo profissional de enfermagem em oposição, muitas vezes, ao exame realizado por médicos. A predileção pela enfermeira esteve relacionada tanto ao gênero, quanto à qualidade do cuidado, uma vez que, segundo os entrevistados, a consulta de enfermagem destacava-se pela escuta qualificada, em contraste à clínica médica, percebida como centrada no procedimento e de vínculo frágil com a comunidade. De modo convergente, diferentes estudos<sup>36,53</sup> ressaltam o trabalho desempenhado por enfermeiros para sucesso do rastreamento rotineiro do CCU e satisfação das usuárias, com destaque na adesão de mulheres oriundas de contextos desfavorecidos.

Contraditoriamente, para a realização da coleta de Papanicolau, os enfermeiros entrevistados destacaram não haver formação suficiente durante a graduação (insuficiência de atividades práticas) e, por conseguinte, o processo de aprendizagem dava-se no processo de trabalho – curso de abordagem sindrômica – nem sempre ofertado pelo gestor público. Do mesmo modo, revelaram que, nos primeiros exames, sentiam-se inseguros e, conseqüentemente, produziam uma quantidade atípica de amostras insatisfatórias. Na mesma direção, as orientações que os ACS ofertavam à comunidade sobre a temática do câncer do colo do útero derivavam, preponderantemente, da dinâmica interna de cada equipe. Tais experiências, igualmente, foram relatadas por enfermeiros em outras localidades<sup>54,55</sup>.

Ademais, o êxito do rastreamento do câncer de colo do útero perpassa pela melhora na equidade em saúde<sup>6,14,17,56</sup>. Assim sendo, as atitudes das usuárias sobre os profissionais e vice-versa (confiança e expectativa) e as características das práticas (qualidade técnica e interpessoal) são primordiais à consecução do acesso<sup>3,5,20</sup> e, por conseguinte, constituem-se na adequação dos serviços de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A organização da APS, com destaque às barreiras de acesso ao exame de preventivo do CCU em municípios com baixo IDHM, com populações dispersas e residentes em zonas rurais, mesmo com altas coberturas da ESF, demonstra a necessidade de adaptar a resposta dos serviços à especificidade de cada comunidade. Dessa forma, obstáculos organizacionais, simbólicos e técnicos, em sinergia, incidem de maneira

mais desfavorável em mulheres do campo e mais vulneráveis, resultando em maiores iniquidades, efeitos sociais adversos e reduzindo os ganhos de saúde.

Tais achados sinalizam que as práticas na ESF continuam a reproduzir uma atenção despersonalizada e fragmentada. Nesta perspectiva, a condição marcadora foi um importante artifício para identificação de pontos nefrálgicos no acesso na ESF e, portanto, evidenciou, em alguma medida, a qualidade no processo de cuidado. Os inúmeros entraves de acesso ao Papanicolau expuseram a seletividade da ESF na região de saúde, visto que reproduzia a invisibilidade das mulheres com maior vulnerabilidade social e acentuava as desigualdades.

Por fim, os resultados indicam a necessidade premente de ampliar os investimentos na ESF diante das fragilidades na infraestrutura e disponibilidade de insumos. Neste sentido, a modelagem da rede regional não será viável frente a gama de municípios com baixa resolubilidade na APS e, por conseguinte, produtores de demandas por serviços especializados, num círculo vicioso, pois retroalimentam as iniquidades.

#### **AGRADECIMENTOS**

À Fundação de Ampara à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) pelo fomento à pesquisa (financiamento e bolsa de pesquisa). Às Secretarias Municipais de Saúde pelo apoio na logística de campo.

#### **REFERÊNCIAS**

1. Assis MMA, Nascimento MAA, Lima WCMB, Oliveira SS, Franco TB, Jorge MSB, Martins Júnior, DF, Jesus SR. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Levi DL, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba; 2010. p. 13-38.
2. Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC, organizadores. *A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família*. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
3. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
4. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC,

- Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.
5. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(11): 2865-75.
  6. Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russel G, Levesque J-F, Gunn J. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the impact international online survey of innovations. *Int J Equity Health*. 2016; 15(64): 1-20.
  7. Barreto LM. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(7): 2097-2108.
  8. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6): 1-14
  9. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2016
  10. World Health Organization (WHO). Prevention. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. Geneva: WHO, 2007.
  11. Monteros KE, Gallo LC. The Relevance of Fatalism in the Study of Latinas' Cancer Screening Behavior: A Systematic Review of the Literature. *Int.J. Behav. Med*. 2011; 18:310-18.
  12. Rico AM, Iriart JAB. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9):1763-73.
  13. Vale DB, Andrade P, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2): 383-90.
  14. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, Carvalho SGL, Cavalcante KWM, Rabelo WL. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(17): 1-8.
  15. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (Sup 2:S301-S309).
  16. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini, LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(67): 1-13

17. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T. *et al.* Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. *Lancet Oncol.* 2013, 14: 391-436.
18. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OU. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(2): 240-48.
19. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira VF, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2015; 15(2): 171-80.
20. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (Sup 1): S111-S122.
21. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
22. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care, now more than ever.* Geneve, 2008.
23. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2687-2702.
24. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento.* 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
25. Brasil. Decreto 7508, de 28/07/2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 19 set de 1990. Dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.
26. Barbour R. *Grupos focais.* Porto Alegre: Artmed, 2009.
27. Tong A, Sainbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Internacional Journal for Quality in Health Care* 2007; 19(6): 349-57.
28. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29 (9):1829-42
29. Greer R, Bolware E. Reducing CKD risks among vulnerable populations in primary care. *Adv Chronic Kidney Dis* 2015; 22(1): 74-80.
30. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1009-18.

31. Sosa-Rubí SG, Walker D, Sérvan E. Prática de mastografias y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. *Salud Publica Mex.* 2009; 51 (supl.2): S236-45.
32. Maar M, Burchel A, Little J, Ogilvie G, Severini A, Yang JM, Zehbe I. A Qualitative Study of Provider Perspectives of Structural Barriers to Cervical Cancer Screening Among First Nations Women. *Womens Health Issues* 2013; 23(5): e319-e325.
33. McLeod M, Harris R, Purdie G, Cormack D, Robson B. Improving survival disparities in cervical cancer between Māori and non-Māori women in New Zealand: a national retrospective cohort study. *Aust N Z J Public Health* 2010; 34(2): 193-99.
34. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus Selective Primary Health Care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004; 23(3): 167-76.
35. Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(6): 1-13.
36. Perks J, Algozo M, Peters K. Nurse practitioner (NP) led care: Cervical screening practices and experiences of women attending a women's health centre. *Collegian* 2017; 1-7.
37. Toso BRGO, Giovanella G. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(1):182-91.
38. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saude Publica* 2018; 52(14): 1-13.
39. Lara, MO, Brito MJM, Rezende LC. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3): 673-80.
40. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saúde Pública* 2016; 50(80): 1-13.
41. Bosquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, Viana ALA. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(8): 1-15.
42. Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(12):2257-66.
43. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciêns Saúde Colet* 2001; 6(1): 63-72.

44. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(6): 964-70.
45. Castro SS, Lefèvre F, Lèvefre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):99-105.
46. Fang WH, Yen CF, Hu J, Lin JD, Loh CH. The utilization and barriers of Pap smear among women with visual impairment. *Int J Equity Health* 2016; 15(65): 1-9.
47. Ramjan L, Cotton A, Algozo M, Peters K. Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women Health*. 2016; 56(2):141-56.
48. Barbosa RM, Facchini, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad de Saúde Pública* 2009; 25(suppl 2): 291-300.
49. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health* 2013; 13(442): 1-8
50. Whitehead J, Sahver J, Stephenson R. Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *PLoS ONE* 2016; 11(1): 1-17.
51. Kringos D, Boerma W, Bourgueil, Y *et al.* The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013, e742-50.
52. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012; p.493-545.
53. Armstrong N, James V, Dixon-Woods M. The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: a qualitative study. *Family Practice* 2012; 29:462-66.
54. Viana MRP, Moura MEB, Nunes BMVT, Monteiro CFS, Lago EC. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. *Revista enfermagem UERJ* 2013; 21(esp.1):624-30.
55. Awodele O, Adeyomoye AA, Awodele DF, Kwashi V, Awodele IO, Dolapo DC. A Study on Cervical Cancer Screening Amongst Nurses in Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria. *J Cancer Educ* 2011; 26(3):497-504.
56. Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Preventive Medicine* 2012; 54: 259-65.

## ARTIGO 2

### **Articulação entre Estratégia Saúde da Família e serviços especializados na linha de cuidado para controle do câncer de colo do útero, numa região de saúde da Bahia<sup>17</sup>**

#### INTRODUÇÃO

Entre vários problemas de saúde, o câncer do colo do útero é o principal tipo da doença em 10 dos 25 países latino-americanos e uma das principais causas de mortalidade por câncer em mulheres, com 68.220 casos novos e 31.312 mortes por ano (GOSS et al., 2013).

No Brasil, por exemplo, os dados de mortalidade de câncer do colo do útero, constata-se queda na incidência de maneira focalizada, especialmente nas capitais dos estados e regiões com maior concentração de renda, devido à ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade do exame citopatológico (BRASIL, 2013). Tal problemática revela, assim, desigualdades, não apenas entre os países latino-americanos, mas também, internamente num mesmo país e, por sua vez, sinaliza a necessidade de investigações que desvelem os territórios do interior do Brasil.

Dessa forma, partindo da relação entre as desigualdades sociais e o processo saúde-doença e, especificamente, quanto à incidência do câncer na América Latina e Caribe, percebe-se que a fragmentação dos sistemas de saúde desses países não favorece o cuidado adequado e em tempo oportuno, ou seja, há necessidade de conformação de um sistema público com acesso universal (STRASSER-WEIPP et al., 2015).

A experiência de alguns países com sistemas de saúde integrados demonstra uma redução de 80% da incidência do câncer do colo do útero, quando há uma boa articulação da rede de cuidados e comunicação entre os serviços de saúde e as usuárias, com rastreamento e seguimento de qualidade (WHO, 2008). Em contrapartida, pesquisas recentes têm demonstrado que, nos países latino-americanos com programa de rastreamento não tem havido uma diminuição expressiva da mortalidade, levando a supor a influência de fatores como a qualidade dos exames e o acesso ao diagnóstico e tratamento de mulheres que tenham elevado risco ou com alteração de exames (GOSS et al., 2013; PAHO, 2010; MURILLO et al., 2008).

---

<sup>17</sup> Artigo a ser submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva (Qualis B1).

Por esta ótica, o cuidado à saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na perspectiva de controle do câncer de colo do útero, requer integração assistencial de ações e serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para garantia do acesso e resolubilidade em local adequado e tempo oportuno. Nesta lógica, a RAS seria um arranjo produtivo que combina a concentração territorial de determinados serviços (média e alta densidade tecnológica, ou seja, serviços especializados e hospitalares) e dispersão de outros (baixa densidade tecnológica, ou seja, serviços de Atenção Primária à Saúde – APS), devendo estar estruturada a partir da integração horizontal e vertical dos níveis de atenção em territórios sanitários intermunicipais (MENDES, 2011; SANTOS, 2018).

Dessa forma, o cuidado integral para o controle do câncer de colo do útero tem correlação direta entre as particularidades do espaço regional, a fim de que se alcance a organização, a gestão e a própria assistência nos diferentes níveis de atenção (DUBEUX; CARVALHO, 2009). Porém, dificuldades dos usuários em acessar os serviços, maiormente, de média densidade tecnológica, vêm acarretando insatisfação e quebra na continuidade do cuidado, revelando um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Nesse cenário, as diferenças entre os municípios brasileiros, em seus aspectos socioeconômico, geográfico, demográfico e político, impõem desafios para responder a integralidade da atenção à saúde que, deste modo, extrapolam a capacidade de um único ente federativo (LIMA et al., 2012; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016). Tais questões estão atadas às evidências de que os governos locais, essencialmente em municípios pequenos, possuem pouca capacidade financeira, administrativa e operacional, com conseqüente dificuldade de descentralização de suas ações (VILASBÔAS; PAIM, 2008) e, por conseguinte, necessidade de compartilhamento de políticas complexas em redes de serviços de saúde.

Para a implementação da Linha de Cuidado ao Câncer de Colo do Útero, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), por meio da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica, elaborou o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero, no intuito de atualizar a linha de cuidado na temática, com ações nos três níveis de atenção à saúde, bem como pelas diretrizes de rastreamento (INCA, 2016).

Desse modo, as linhas de cuidado funcionam como “estratégias de estabelecimento do ‘percurso assistencial’ com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades” (p.24), garantindo o acesso aos serviços e

o cuidado integral, além de compreender o indivíduo a partir de suas subjetividades e seus contextos sociais, econômicos e culturais (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, a linha de cuidado de controle do câncer do colo de útero tem por finalidade assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados, devendo ser organizada a partir das diretrizes de prevenção e detecção precoce, Programa Nacional da Qualidade de Citologia, acesso à confirmação diagnóstica, tratamento adequado e em tempo oportuno, bem como a garantia do direito aos cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

De tal modo, este artigo busca analisar o acesso à atenção especializada e sua integração com a Estratégia de Saúde da Família.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de caso (YIN, 2005), com abordagem qualitativa (MINAYO, 2014), na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Uma região de saúde é definida como espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O estudo fez parte de uma pesquisa mais abrangente, denominada *Estratégias de Planejamento e Gestão para Integração Assistencial e Garantia de Acesso aos Serviços Especializados de Média Densidade Tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)*, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), Edital Jovem Cientista 08/2015.

Os dezenove municípios que compõem a região de saúde de Vitória da Conquista (Quadro 1) foram agrupados em estratos por contingente populacional: Estrato 1 – até 20.000 habitantes; Estrato 2 – entre 20.001 a 50.000 habitantes; Estrato 3 – maior que 50.000.

Os resultados emergiram das análises e cruzamentos de dados produzidos em 10 grupos focais (GF), perfazendo 70 participantes, e 13 entrevistas semiestruturadas.

Para realização dos grupos focais (TONG et al., 2007;-BARBOUR, 2009), foram eleitos quatro municípios para ilustrar a diversidade na organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as barreiras de acesso às Unidades de Saúde da Família (USF), numa região de saúde. O critério de seleção dos municípios deu-se pelo cruzamento de informações consideradas relevantes durante a exploração do campo (MINAYO, 2014):

a) indicação de informantes-chave; b) observação em seis reuniões da Comissão Intergestores Regional; c) cobertura da ESF: >90%; d) municípios de porte populacional distinto; e) diferentes tipos de gestão de saúde – em Comando Único ou Gestão Estadual; f) inclusão do município sede da região de saúde – independentemente da cobertura da ESF.

**Quadro 1.** Caracterização dos municípios, cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e número de equipes de saúde da família. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2018

Município	População <sup>1</sup> (2010)	População estimada <sup>1</sup> (2018)	População zona rural <sup>1</sup> (2010)	Taxa de urbanização <sup>1</sup> (2010)	IDHM <sup>2</sup> (2010)	Cobertura ESF <sup>3</sup> (2017)	Número de EqSF <sup>4</sup> (2017)
<b>Maetinga</b>	7.038	3.577	4.221	40%	0,538	100%	ZU - 01 ZR - 04
Cordeiros	8.168	8.585	5.617	31%	0,579	100%	ZU - 03 ZR - 02
Ribeirão do Largo	8.602	6.304	3.955	54%	0,540	100%	ZU - 01 ZR - 03
Bom Jesus da Serra	10.113	9.942	7.345	27%	0,546	100%	ZU - 02 ZR - 02
Caraíbas	10.222	9.107	7.709	24%	0,555	100%	ZU - 01 ZR - 03
Mirante	10.507	8.844	8.698	17%	0,665	100%	ZU - 01 ZR - 04
Piripá	12.783	10.952	6.588	48%	0,575	100%	ZU - 02 ZR - 04
Caetanos	13.639	15.524	10.348	24%	0,542	100%	ZU - 03 ZR - 05
Presidente Jânio Quadros	13.652	12.505	9.454	30%	0,542	100%	ZU - 04 ZR - 04
Belo Campo	16.021	17.317	6.992	56%	0,575	100%	ZU - 03 ZR - 03
Condeúba	16.898	17.319	9.436	44%	0,582	100%	ZU - 03 ZR - 05
Tremedal	17.029	16.608	6.636	23%	0,528	100%	ZU - 03 ZR - 04
Encruzilhada	23.766	17.593	18.636	21%	0,544	100%	ZU - 02 ZR - 05
Planalto	24.481	26.092	9.612	60%	0,560	100%	ZU - 03 ZR - 06
Anagé	25.516	18.194	20.592	67%	0,540	100%	ZU - 03 ZR - 08
Cândido Sales	27.918	25.332	8.632	69%	0,601	100%	ZU - 06 ZR - 03
<b>Barra do Choça</b>	34.788	32.018	12.381	64%	0,551	100%	ZU - 06 ZR - 06
<b>Poções</b>	44.701	46.862	10.042	77%	0,604	100%	ZU - 11 ZR - 04
<b>Vitória da Conquista</b>	306.866	338.885	32.127	89%	0,678	45%	ZU - 26 ZR - 18

**Fonte:** 1.IBGE; 2. AtlasBrasil; 3.EGestorAB; 4.Núcleo Regional de Saúde.

**Notas:** ESF (Estratégia Saúde da Família); EqSF (Equipe de Saúde da Família); IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal); ZU (Zona urbana); ZR (Zona rural).

Foram realizados cinco grupos focais com enfermeiros (GF-E) e cinco grupos focais com agentes comunitários de saúde – ACS (GF-A). Para composição dos grupos focais, elegeram-se profissionais da ESF com atuação cotidiana na linha de cuidado do CCU. Os critérios de inclusão foram: 1) enfermeiros indicados pelo gestor municipal; 2) ACS apontados pelos enfermeiros selecionados; 3) profissionais (ACS e enfermeiros) de diferentes USF; e 4) profissionais com maior tempo de experiência na ESF.

Realizaram-se dois grupos focais (com ACS e outro com enfermeiros) por município (Maetinga, Barra do Choça e Poções), mesclando profissionais da zona rural e urbana. No município de Vitória da Conquista, em decorrência do maior número de equipes, realizaram-se quatro grupos focais, sendo dois grupos com ACS e dois grupos com enfermeiros (Quadro 2).

**Quadro 2.** Composição dos Grupos Focais

Municípios	Número de grupos	Identificação do Grupo	Composição dos grupos	Localidade dos participante	Tempo
Maetinga	02	Grupo I	10 ACS	Zona urbana e zona rural	2h35min
		Grupo II	5 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h15min
Barra do Choça	02	Grupo III	6 ACS	Zona urbana e zona rural	2h30min
		Grupo IV	9 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h10min
Poções	02	Grupo V	7 ACS	Zona urbana e zona rural	2h35min
		Grupo VI	6 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	1h35min
Vitória da Conquista	04	Grupo VII	8 ACS	Zona urbana	2h
		Grupo VIII	6 ACS	Zona urbana e zona rural	2h
		Grupo IX	6 enfermeiros	Zona urbana	2h15min
		Grupo X	7 enfermeiros	Zona urbana e zona rural	2h15min

Para realização das entrevistas semiestruturadas (AMADO; FERREIRA, 2013) foram selecionados, nos quatro municípios, gestores/gerentes e médicos ginecologistas (Quadro 3).

**Quadro 3.** Composição dos entrevistados

Município	Número de entrevistados	Identificação das entrevistas	Caracterização do entrevistado	Tempo
Maetinga	02	G1	Diretora de marcação	46 min
		P1	Médico ginecologista na APS	43 min
Barra do Choça	05	G2	Secretária de saúde	1h46
		G3	Apoiadora institucional	2h17
		G4	Coordenador da central de marcação	2h47
		G5	Diretora do Centro de Saúde	1h15
		P2	Médico ginecologista	1h12
Poções	02	P3	Médico ginecologista	23 min
		P4	Médico ginecologista	28 min
Vitória da Conquista	03	P5	Ginecologista referência da região de saúde	4h
		G6	Coordenadora UNACON	2h10
		P6	Médico UNACON	14 min

A intenção não foi o julgamento de cada município isoladamente, mas a compreensão de processos que acontecem no território regional, por meio de cenários representativos, analisando-se a linha de cuidado para controle do câncer do colo do útero (CCU).

Para análise dos resultados, realizou-se a ordenação dos dados (MINAYO, 2014), a partir da leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados contemplados (grupos focais e entrevistas semiestruturadas). O material foi ordenado e classificado, etapas em que as transcrições foram lidas exaustivamente e os núcleos temáticos foram selecionados, agrupados e categorizados. Foram confrontados os argumentos dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas, em seguida, partiu-se para o cotejamento entre os diferentes discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos. Para análise final dos dados (MINAYO, 2014), fez-se o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, identificando-se as convergências e divergências para produção de análise compreensiva e crítica.

Por fim, os resultados e discussão foram agrupados em três categorias: a) Detecção precoce e controle do CCU na Estratégia de Saúde da Família: organização e encaminhamentos; b) Acesso à confirmação diagnóstica: consulta com ginecologista, sistema de apoio diagnóstico/terapêutico e sistema logístico; c) Acesso ao tratamento do câncer do colo do útero e transporte sanitário.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 624.168).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Detecção precoce e controle do CCU na Estratégia Saúde da Família: organização e encaminhamentos**

O sucesso do rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero, na ESF, depende da capacidade de realizar regularmente exames ao conjunto de mulheres em idade preconizada por protocolos, bem como, acompanhar e tratar precocemente todas as usuárias com alterações no exame citopatológico conforme diretrizes clínicas (INCA, 2016). Para tanto, a qualidade na atenção, desde a anamnese ao procedimento da coleta em si, tal como a resposta oportuna, atrelam-se à competência técnica dos

profissionais envolvidos no programa (INCA, 2016; AMARAL et al., 2014; BRASIL, 2013; AMARAL et al., 2008).

Neste sentido, durante a coleta do exame de Papanicolau, ao detectar visualmente alguma alteração ginecológica, os enfermeiros orientavam a mulher, tratavam quando possível e, havendo necessidade, encaminhavam ao médico da USF ou ao ginecologista. Os dados revelaram maior resolubilidade da ESF quando os profissionais tinham entrosamento (clínica compartilhada) e, essencialmente, quando possuíam formação técnica adequada para lidar com questões clínicas corriqueiras na área da saúde da mulher. Por outro lado, sinalizaram, também, a necessidade de fortalecer a conduta clínica dos enfermeiros para que possam ter maior autonomia na abordagem sindrômica e tratem outras doenças detectadas – como IST, especialmente, porque eram a principal referência na EqSF para rastreamento do câncer do colo do útero.

Se tiver necessidade de encaminhamento pra algum ginecologista, ou quando tá com algum sintoma importante, encaminho pra avaliação médica do posto, se for necessário, ou pro ginecologista, depende da característica! E se for alguma coisa, *'Ah! Tá com leucorreia e algum sintoma, sinais clínico de candidíase'*, já encaminho pro médico, pra tratar, pois não posso esperar chegar o preventivo, pra tratar uma candidíase. (G.F. II).

A minha médica é gineco-obstetra! Então, no meio do preventivo – na nossa sala tem uma porta que dá acesso pra outra [sala] – qualquer alteração que visualizo, chamo a médica e já trato naquele momento. Às vezes, ela [médica] mesmo resolve, não precisa nem marcar pro ginecologista [...]. Quando sinto dificuldade, reagendo aquela paciente [...] No dia que a doutora puder fazer uma consulta compartilhada, aí, ela tira as minhas dúvidas e vejo se tem alguma alteração [e trato]. Mas, se por acaso, no momento do preventivo, visualizar algo que foge de mim para fazer um tratamento, particularmente, peço pra que procure um serviço privado, pra que o resultado seja mais rápido e que ela consiga tratar em tempo hábil (G.F. IV).

Não obstante, constatou-se a busca pela resolubilidade dos casos clínicos no âmbito da ESF, mesmo antes do recebimento do laudo do preventivo, revelando a competência dos profissionais em realizar uma clínica ampliada a partir de tecnologias com menor adensamento tecnológico e, conseqüentemente, menor necessidade de encaminhamentos aos serviços especializados e fortalecimento do papel de filtro para outros pontos da rede.

Ademais, em conformidade com a técnica de coleta de rastreamento, o esfregaço obtido em lâmina era acondicionada em frasco de vidro esterilizado, juntamente com outras lâminas do dia, embebidas em álcool. Por sua vez, o envio do material coletado à secretaria de saúde era realizado tanto pelas profissionais da USF, quanto por técnicos da secretaria, que disponibilizava um transporte para recolhimento nas USF.

Sobremaneira, quando a USF estava localizada na zona urbana, o envio das lâminas era realizado por técnico da secretaria e, no caso da zona rural, fica a cargo de algum profissional da equipe, geralmente, o enfermeiro. Em todos os casos, a secretaria de saúde responsabilizava-se por enviar as lâminas ao laboratório.

Na sequência, o fluxo de envio das lâminas aos laboratórios de citopatologia e o retorno dos resultados dos exames às USF diferiam em cada município. No menor município da região de saúde (Maetinga), o serviço era contratado em laboratório de um município próximo, requerendo o armazenamento de certa quantidade de lâminas até o envio. No município de Barra do Choça, a leitura das lâminas era realizada no próprio hospital local, por um profissional técnico especializado. Na sede da região de saúde, o laboratório era municipal e realizava desde a leitura ao laudo.

Em contrapartida, no município de gestão estadual (Poções), as lâminas eram enviadas para o laboratório pactuado pela secretaria do estado, localizado em Salvador, aproximadamente 450 km de distância. O envio ficava a cargo da secretaria de saúde municipal, necessitando, assim, como no primeiro município, de acúmulo de lâminas antes do envio, face à tentativa de racionalização do sistema de transporte utilizado.

Só não gosto muito de como as lâminas vão pro laboratório, que a gente faz a aderência no álcool a 90/absoluto e vai no vidrinho [de maionese, esterilizado] juntas e elas são separadas por um vidro e identifica, pra que elas não encostem [...]. Acho que esse armazenamento, esse transporte, essa forma toda... Acho que se tivesse aquela divisória, fixador, então, assim, pelo menos eu ia me sentir mais confiável, mais confortável, em relação a coleta. [...] A gente leva [lâminas] no isopor [para a secretaria]. Às vezes, a gente envia no mesmo dia que a gente coletou e não vai pro laboratório. Mas aí, quanto tempo, a gente não sabe dizer! (G.F. II).

É a técnica [no hospital] que fez a capacitação, quem faz a coloração da lâmina. Quem lê é a ginecologista. O laudo é impresso na secretaria, a gente pega, assina e leva pra unidade, na zona rural. Na sede, o carro que leva (G.F. IV).

Nós realizamos a coleta e, essa lâmina, ainda vai pra Salvador, pra ser realizada a leitura e retornar o resultado! Então, demora um pouquinho [...] Quando é rápido, o exame chega em torno de dois meses, mas já teve casos de chegar em quatro meses [...]. Porque, aqui, funciona o seguinte, faz a coleta, envia pra secretaria de saúde, aí, às vezes, depende da demanda, da disponibilidade de um carro que vá pra Salvador pra levar! E os resultados, não são *online* (G.F. VI).

[carro da secretaria de saúde] passa nas unidades coletando o material que a gente coleta para o laboratório. O pessoal do malote leva para o laboratório [...]. Todos os dias passa na unidade. Se você fez a coleta na quarta, deixou lá, quinta de manhã ele passou e leva [...] (G.F. IX).

Por outro lado, uma situação que merece destaque foi a desconfiança dos enfermeiros sobre os resultados dos exames realizados na USF, pois, muitas vezes, pareciam incompatíveis com a inspeção visual realizada no momento da consulta. Tal questão, contudo, poderia estar atrelada a questões técnicas durante a coleta, ao

armazenamento das lâminas, ao transporte ao laboratório ou envolver a técnica de leitura das lâminas no laboratório. Neste sentido, as recomendações para garantia de citologia de alto padrão requerem capacitação técnicas de médicos e enfermeiros para excelência na coleta, disponibilidade de insumos em quantidade e qualidade suficientes para coleta segura, cadastro eletrônico ou manual dos exames realizados e encaminhados para correto acompanhamento do retorno dos laudos, estruturação de laboratórios de referência para citopatologia que, por sua vez, deve seguir as normas técnicas no que tange à produção e capacidade técnica de leitura das lâminas (INCA, 2016; BRASIL, 2013).

Todavia, os entrevistados revelaram aspectos que podem comprometer e indicar as razões de ocorrência de laudos de exames citopatológicos falso-negativos e insatisfatórios. Trata-se de questão importante para controle do câncer do colo do útero, pois, diante das barreiras de acesso ao preventivo e desafios à adesão ao exame, causa perplexidade que, as mulheres que têm acesso ao primeiro ponto de contato da linha de cuidado possam ter lesões precursoras não tratadas em tempo oportuno por questões organizacionais ou técnicas que comprometem o diagnóstico precoce. Além disso, amostras insatisfatórias, em decorrência de condutas técnicas inadequadas e evitáveis, representam custo aos municípios, uma vez que não há restrição ao pagamento de exames insatisfatórios, tal como há exposição da mulher que deverá realizar nova coleta, com risco de danos à saúde por atraso nos resultados (BRASIL, 2013).

[a necessidade de repetição] na verdade, é mais pela coleta, pois, às vezes tem piócitos, resquícios de sangue, então, a gente não sabe se é da coleta ou se é do contato [entre as lâminas]. Então, tem a forma de armazenamento, de transporte, ressecamento, às vezes, não sei qual é o motivo, se é por conta do armazenamento [...] às vezes, vem assim, uns casos meio estranhos, que não tem nada a ver. Porque tudo que a gente vê, a gente anota e, às vezes, não bate! (G.F. II).

Aqui faz das duas formas! Quando tem o fixador, a gente usa o fixador! Quando tá em falta, a gente usa o álcool. Aí, coloca as lâminas, lacra direitinho [...]. A lâmina é identifica, tem a relação nominal das pacientes e, aí, encaminha para o hospital na sede. Na zona rural, é o motorista que leva pro hospital [laboratório]. No final da tarde, o carro já faz essa busca [nas USF] (G.F. IV).

A lâmina, guardamos no álcool absoluto, não trabalhamos com spray fixador, é com álcool absoluto! Aí, coloca as lâminas no potinho com clips. A gente pega esse vidrinho, com as lâminas, identifica, manda junto com o pedido de requisição, os dados; lacra tudo e entrega na secretaria [...] Na zona rural, a gente já vem e traz! (G.F. VI).

Nunca presenciei resultado que foi negativo e depois veio com alteração ou alguma lesão, isso não. Pelo contrário, até dá muito *Gardnerella* e *Trichomonas*, que nem é muito o objetivo principal do preventivo [...] mas vai tudo. Agora inflamação [...] inflamação é 100%! [...] Sempre dá inflamação, é recorde! [...] Agora, só trato quando tem inflamação se tiver queixa! Se não tiver queixa e no laudo vier só inflamação sem queixa, não trato! [...] Quando chegam os envelopes, olho todos e é muito estranho os resultados, muito parecidos. Lá na unidade, quando aparece uma paciente alterada é na mesma coleta das outras (G.F. X).

Na sequência, em todos os municípios (exceção de Vitória da Conquista), os laudos eram enviados à secretaria de saúde que triava os resultados e encaminhava às EqSF, a fim de verificar a existência de alguma lesão de alto grau (HSIL). Assim, de posse dos laudos, os enfermeiros, caso constatassem alguma lesão precursora (HSIL), referenciavam a mulher ao ginecologista para realização da colposcopia, bem como os outros procedimentos necessários para confirmação diagnóstica.

Ademais, havia diversidade de maneiras para que as mulheres tivessem ciência dos resultados da avaliação oncótica. Assim, algumas EqSF faziam busca-ativa por meio dos ACS e, as mulheres com alguma alteração (HSIL ou LSIL) eram orientadas a irem à USF para consulta, a fim de agilizar o seguimento clínico. No caso de LSIL, as equipes seguiam o protocolo estabelecido pelo ministério da saúde e realizavam o acompanhamento dentro da própria USF. Entretanto, no município de Poções, todas as mulheres, mesmo com laudo de LSIL, eram encaminhadas ao ginecologista, divergindo do fluxograma recomendado. Por sua vez, o encaminhamento ao especialista, nos casos de LSIL, indica baixa capacidade resolutiva da ESF, pois promove referenciamentos desnecessários e maior exposição das mulheres aos exames ginecológicos.

[...] se der algum alteração a coordenadora entra em contato logo, pelo celular: *‘Oh, chegou um resultado de preventivo seu, que deu alterado. Faça a busca ativa da paciente!’* Sinaliza rapidamente e a gente na unidade, já procura o ACS da área daquela paciente; pro ACS fazer a busca ativa. A gente ainda fala: *‘Oh, chegou o resultado do preventivo, fala pra ela pra ir lá buscar!’*. Na minha unidade, já deixo a consulta com a médica, agendada. Ou se ela chegar pra buscar [o resultado] na unidade, já sinalizo pra doutora. Eu falo: *‘Oh, doutora, fulana de tal chegou e tá com o exame preventivo alterado.’* E peço pra entrar logo, pra fazer a consulta (G.F. VI).

No dia da reunião, a enfermeira ou a doutora pega os resultados e a gente vai pra microárea e já avisa, ou até mesmo a recepção avisa pra nós. Ou então, já liga e fala: *‘Oh, os resultados chegaram’*. E, às vezes, já agenda o dia pra elas virem. Aqueles que têm alteração, que necessitam urgente de mandar a paciente; [a enfermeira] avisa a gente, pra mandar antes, mais rápido e, aí, sinaliza nas visitas. Se a visita do mês já foi feita, avisa a paciente e pede para ligar e agendar a consulta. E já fala se é para o enfermeiro ou médica (G.F. I).

E, aí, então, assim, deu alteração, encaminha pra médica, às vezes, até com a data marcada, a depender, por exemplo, o mês de junho, que é mais tranquilo, porque o pessoal tá na colheita. Então, a nossa agenda fica mais livre! Então, essas pessoas já saem agendadas, no dia de retorno para o médico ou pra mim! Quando tá mais apertada, vou diluindo e priorizando as necessidades. Mas a maioria dos casos, já dou agendado, porque senão não retornam! Porque se a gente não mandar pra o ACS entregar [o resultado] já agendado, elas não vão nem buscar! A necessidade delas é de realizar o exame, agora, o resultado, não importa! Então, quando pega, por exemplo, o NIC I, essa paciente, automaticamente, eu já jogo pra o primeiro dia, para o médico e já converso com o médico, antes mesmo da paciente. E, já digo que a gente precisa priorizar (G.F. IV).

No dia da entrega do preventivo, faço um grupo de mulheres, uma vez por mês, aí, junta todos os resultados. [...] No dia, dou o resultado e explico: *‘Olha, o seu resultado deu normal, com esse resultado você pode ficar até três anos sem fazer. Não deu nenhum problema!’*. [As que dão resultado com

alteração] faço atendimento individual. Aí, tenho um turno de Saúde da Mulher, na quinta-feira, de manhã, que eles [ACS] mandam pra lá, pra o atendimento individual (G.F. X).

Em todo o processo de diagnóstico precoce e rastreamento de controle do câncer de colo do útero, a categoria médica aparecia apenas no momento em que havia o resultado de HSIL e, raramente, em laudos de LSIL. Por sua vez, ainda que uma parcela dos enfermeiros percebesse a necessidade de consulta com o médico; enfermeiros sinalizaram a sensação de insegurança quanto à suficiência das orientações fornecidas às usuárias por médicos.

Essa situação permite duas reflexões importantes: uma quanto à participação do médico dentro da linha de cuidado e outra, quanto às tensões vivenciadas no processo de trabalho da EqSF. Neste sentido, a restrição do médico à doença, na abordagem às usuárias na linha de cuidado ao câncer do colo do útero, requer, da enfermagem, ampliação do escopo de ações para consecução do cuidado integral às mulheres.

#### **Acesso à confirmação diagnóstica: consulta com ginecologista, sistema de apoio diagnóstico/terapêutico e sistema logístico**

A continuidade do cuidado implica na disponibilidade diversificada de ações e serviços de saúde que permitam a integralidade da atenção necessária ao controle do câncer do colo do útero (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Na lógica das linhas de cuidado em redes de atenção, trata-se de sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico) e sistema logístico (regulação assistencial, transporte sanitário e tecnologia informacional entre níveis) articulados à APS (coordenação assistencial e gestão clínica) (MENDES, 2011).

Nesta modelagem assistencial, o acesso ao ginecologista, após resultado alterado no exame citopatológico realizado nas EqSF, era o primeiro entrave ao cuidado continuado. Em Maetinga, por exemplo, não havia tal especialidade na rede pública local (apenas na rede privada), requerendo a pactuação com a sede da região de saúde que, por sua vez, não conseguia disponibilizar vagas suficientes para os municípios via PPI. Não por acaso, no referido município, as mulheres com alteração citopatológica no exame de Papanicolau eram orientadas, extraoficialmente, para realização de colposcopia e/ou biópsia na rede privada (desembolso direto) ou, quando desprovidas de meios, a secretaria de saúde arcava com a compra direta no prestador local.

Os municípios de Poções e Barra do Choça possuíam tal especialista na rede local e, neste aspecto, conseguiam ofertar mais rapidamente a consulta ginecológica de seguimento ao resultado alterado, mas, ainda, com dificuldades para contemplar as necessidades diagnósticas. Por fim, em Vitória da Conquista, apesar da oferta desta especialidade, em decorrência da grande demanda local e, também, das demandas oriundas das pactuações intermunicipais, o acesso tornava-se restritivo e/ou delongado, além de comprometer o diagnóstico e tratamento da lesão precursora em tempo oportuno. Por consequência, havia dois desdobramentos corriqueiros: ou a usuária pagava por desembolso direto a consulta com ginecologista (colposcopia e/ou biopsia) ou aguardava a regulação que, frequentemente, aprazava as consultas com tempo acima do preconizado pelo protocolo ministerial.

[...] [a mulher] só é encaminhada para o ginecologista depois de algum resultado [alterado]. A maioria das famílias daqui tem a parte do Bolsa Família, é de pessoas carentes! Ficam esperando e quando você [ACS] volta [na casa] com um ano: *'E o preventivo?'* - *'Ah! Não vou fazer não! Você pediu para ir pra o ginecologista e até hoje não marcou!'* [...]. Essa consulta é um pouquinho demorada, porque ginecologista, só em Conquista! Aqui tem, mas é particular! Pelo SUS, vai jogar na regulação, então, é um pouquinho mais demorado [...] (GF I).

Porque tem pacientes que levam muito tempo pra trazer um resultado [...] E sempre referem: *'Ah! Tem muito tempo que estou com esse resultado esperando pra ser atendida!'* (Ent. P2).

A demanda do ginecologista é demorada! Quando ela chega no ginecologista, aquele exame, tem tanto tempo que fez a coleta [...] A ginecologista, o que faz? Ela olha a data e diz: *'Vai fazer de novo!'*. [A mulher] volta pra unidade pra fazer outra coleta. Ela não pode pagar [...] E, aí, vai demorar, outro tempo [...] (GF III).

Qualquer alteração o médico trata, mas a maioria é encaminhada para o ginecologista, independente da alteração já encaminha pra o ginecologista pra ter um encaminhamento melhor. [...] são pouquíssimas vagas. São três vagas no mês com a ginecologista e, aí, vai priorizando (GF VIII).

Na região de saúde, a disponibilidade dos ginecologistas dava-se em pequenos ambulatórios de especialidades (Poções e Barra do Choça) e num centro de saúde tradicional (Vitória da Conquista). Nestes locais, os ginecologistas eram referências ao conjunto de unidades de APS e prestavam atendimento mediante encaminhamento das USF ou da central de marcação de consultas (CMC) via regulação assistencial, com responsabilidade em realizar a colposcopia, a biópsia e outros procedimentos para confirmação diagnóstica das lesões precursoras do câncer do colo do útero. Todavia, tratava-se de referenciamento burocrático, pois não havia fluxo comunicacional entre os profissionais da ESF e especialistas, bem como, após atendimento ambulatorial, a

usuária era responsável pela transferência de informações à EqSF (não havia contrarreferência).

Alguns cenários mostraram-se bastante emblemáticos, uma vez que o município de menor porte (Maetinga) não oferecia, na rede pública local, nem a consulta ambulatorial com ginecologista, tampouco os procedimentos exigidos para o diagnóstico. Em contrapartida, o município em gestão estadual (Poções), apesar de dois ginecologistas na rede pública local, necessitava encaminhar as mulheres à sede da região (Vitória da Conquista) ou, mesmo, Salvador (450Km), para a realização da colposcopia, uma vez que não dispunha do colposcópio no centro ambulatorial de referência, ou seja, tratava-se de estabelecimento simplificado e com baixa resolutividade para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras. Em vista disso, o efeito colateral de tais limites organizacionais era o descrédito no SUS e, por conseguinte, a busca por serviços privados para garantia de parte do itinerário assistencial.

[No caso de colposcopia] encaminha pra Conquista. Às vezes, a gente consegue vaga e, às vezes, infelizmente, o próprio paciente paga! [...] A biópsia, a secretaria oferece, manda pra Conquista, demora de 3 a 4 meses. [Devido à demora] geralmente, [a usuária] acaba pagando (Ent. G1).

Se der alguma alteração, pede a colposcopia [...]. Às vezes, acaba demorando para marcar a colposcopia e as pacientes acabam fazendo particular. [...] no nosso PSF acontece muito: faz o preventivo; a enfermeira ou a médica dá o pedido de exame, a colposcopia, por exemplo. Com um ano, [usuária] volta pra fazer o preventivo, de novo! A enfermeira: - *'Ah! E aquela colposcopia?!'*. - *'Ah, não fiz não! Tá lá até hoje sem marcar!'* (GF I).

Na minha área demorou [resultado da biópsia]! E, não é o primeiro exame que entrego com gente falecida, não! Teve um dia que brinquei e falei que 'ia levar lá do outro lado'. E a enfermeira nem gostou da minha brincadeira. Mas já é o segundo caso! [...] Então, assim, [a usuária] fez tudo [consulta e biópsia], o material [peça anatômica] ficou em casa com a paciente e nada de conseguir marcar. Enfim, demorou tanto que a própria agente [ACS] pagou pra poder encaminhar! [...] quando chega essa parte da biópsia pra frente; a barreira é grande! Tem casos que descobre uma suspeita; quando consegue realizar todos os exames, biópsia, os resultados, a mulher já está fazendo quimioterapia! (GF III).

A colposcopia não faz aqui; é em Conquista! Ou Salvador! [...] Só faz a consulta [com ginecologista]! Aí, se ele passar a solicitação, se for pra fazer a colposcopia, aí, vem na central [de marcação de consultas] e marca pra Conquista! [...] Teve caso, a gente nem chegou a encaminhar pra o ginecologista [de Poções]. O resultado deu alterado, passei pro médico da unidade e ele solicitou a colposcopia (GF-VI).

Outrossim, um efeito paradoxal da regionalização dava-se pela necessidade de deslocamento das usuárias para outros municípios quando buscavam, sobretudo, apoio diagnóstico e tratamento na linha do câncer de colo do útero. Neste sentido, ainda que possa responder a lógica de racionalização de escopo e de escala, a não proximidade para resolução de problemas essenciais à confirmação diagnóstica de lesões precursoras

provocava atraso no tratamento e peregrinação da usuária na rede ou, mesmo, desistência. Nesta direção, ressalta-se que se tratava de mulheres de municípios muito pobres e com baixa escolaridade, oriundas, muitas vezes, de zonas rurais e, por conseguinte, com restrições financeiras para arcar com os deslocamentos ou mesmo dificuldades para transitarem no município de referenciamento.

Não obstante, somavam-se a tais características socioeconômicas, questões estruturais como dificuldade de transporte entre os municípios (nem sempre disponibilizado pela secretaria de saúde), necessidade de desembolso para arcar com alimentação, tempo excessivo entre deslocamento ao município de referência, espera pela consulta no estabelecimento (não era por hora marcada) e tempo de retorno à residência que, por sua vez, agravava-se para as mulheres procedentes de zonas rurais.

Pacientes da zona rural tem muita dificuldade pra chegar no atendimento [...] porque tem local que é distante 50km da zona urbana e fica difícil pra essa paciente chegar pra o atendimento. Então, enquanto que as vagas para zona urbana eram preenchidas; com as [vagas] da zona rural isso não acontecia. [...] Acho que a principal barreira de acesso é principalmente pra esses mulheres [zona rural], porque daqui que consigam o atendimento com o ginecologista, pra depois conseguir a biópsia; é muito demorado! (Ent. G4).

[...] a gente [ACS] vê que está demorando muito e já orienta: - *‘Vá no particular, adianta a situação, porque não dá pra esperar muito’*. [...] Nós estamos no Outubro Rosa e a gente não tem nada pra oferecer, aí falam [equipe] para gente: - *‘Ah! Vai fazer palestra!’*. [...] Então, assim, estamos fazendo esclarecimento, fazendo esclarecimento, mas os esclarecimentos, por si só, não tão resolvendo a situação! E a gente fica de pés e mãos atados! (GF III).

[...] quando é uma paciente de zona rural, com pouco entendimento ou se pegou o material [da biópsia] e não deu o encaminhamento devido [...] [A paciente] volta pra mim, com uma citologia de novo, comprometida [...]. Faço uma nova biópsia, porque aquela pode tá defasada, pode ser que tenha aumentado o grau [da lesão] (Entrevista P2).

Trata-se, deste modo, de uma condição marcadora importante, uma vez que estudos demonstram que o coeficiente de mortalidade do câncer do colo do útero tem relação inversamente proporcional à condição socioeconômica das mulheres que residem nas capitais brasileiras e mortalidade elevada entre aquelas que se encontram abaixo da linha de pobreza, sobretudo, no interior do país (GIRIANELLI; GAMARRA; AZEVEDO; SILVA, 2014; SILVA; GAMARRA; GIRIANELLI; VALENTE, 2011). Ainda assim, a realidade da região de saúde estudada assemelha-se a outras localidades rurais, no Brasil, uma vez que há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população da zona rural, em decorrência do distanciamento geográfico, escassez de transporte público e insuficiência de profissionais (RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018; SANTOS; SILVA, 2014; WUNSCH et al., 2014).

De acordo com o fluxo assistencial determinado pelo Ministério da Saúde e INCA, para a efetivação da linha de cuidado ao controle do câncer de colo do útero, a atenção especializada deve prover, além da consulta ambulatorial, os procedimentos de colposcopia e biópsia para a confirmação diagnóstica em tempo hábil (INCA, 2016; BRASIL, 2013). Nesse sentido, uma espera prolongada às consultas especializadas compromete a consecução do cuidado integral à saúde (LEMÕES et al., 2013; PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNOR, 2007).

Essas barreiras de acesso contribuem para a iniquidade em saúde, uma vez que, parcela da população com maior vulnerabilidade torna-se susceptível a práticas clientelistas para garantia de direitos previstos em lei, ou seja, há uma inversão da cidadania em caridade.

Os municípios, geralmente, têm a pasta dos vereadores! Tem essas pastas de indicação!!! Na nossa gestão foi abolido isso! Porque o acesso tem que ser igualitário pra todo mundo. Inclusive virou um atrito, né? Eles [vereadores] tinham acesso direto na central, mas foi conversado que não iria marcar em nome de vereador! Só que a gente sabe que, não a nível do município, mas no geral, o sistema é falho. Que fulano é amigo de ciclano, que trabalha na regulação ou que trabalha no ambulatório e acaba criando uma facilidade. A gente sabe que tem essas coisas, então não adianta tapar os olhos, porque tem sim! É uma coisa que dificulta muito, porque está tirando a vaga de quem precisa. A gente vê em municípios que até pessoas de alto escalão conseguem as consultas, tirando de quem precisa (Ent. G3).

A definição da prioridade é o resultado do exame! [...] Mas tem o jeitinho, porque tem a vaga do político, tem a vaga do amigo do amigo, tem a vaga do primo, a vaga do enfermeiro [...]. Trabalho em uma área extremamente pobre! [...] Quando a pessoa tem que fazer algum exame particular, sei que, no final do mês, vai ficar sem comer alguma coisa (G.F. IV).

Ainda que existam usuárias que consigam pagar, tem-se o dever de discutir a garantia universal de direito à saúde e não apenas um sistema de saúde simplificado e focalizado na população pobre, suscitando expressões como “SUS-dependente”. Nesse sentido, um sistema de saúde baseado na universalidade e equidade deve ser construído a partir de uma rede de saúde que possua tecnologias suficientes e necessárias às demandas da população em geral, a partir de fluxos assistenciais organizados, com interação entre os diversos sujeitos na produção do cuidado (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016; MALTA; MERHY 2010; MERHY; FRANCO, 2003).

Na região estudada, portanto, constatou-se a dificuldade que os municípios possuem em prover serviços especializados na linha do câncer do colo do útero que atendam a demanda das mulheres do território adstrito. Tal questão dá visibilidade à insuficiência técnica e financeira dos municípios de pequeno porte que, por outro lado, acabam cooptados à lógica mercadológica e ofertam serviços de maneira segmentada e desarticulados da rede. Tal evidência atesta a favor da atenção à saúde regionalizada e

do planejamento intermunicipal cooperativo no território regional, bem como, sinaliza a necessidade de apoio efetivo do ente estadual na intermediação entre os gestores municipais, apoio na organização dos serviços ou mesmo provisão/financiamento direto de serviços.

O que a gente tentou definir, em CIR e, que mesmo assim, não está funcionando, não está acontecendo do jeito que foi acordado, foi o fluxo de oncologia! A gente tratou de uma forma, mas até hoje, a gente tem uma dificuldade muito grande no diagnóstico! O paciente de oncologia, depois que é diagnosticado, a gente não tem problema! Mas, até o diagnóstico, cada município se vira, com o seu paciente! Com biópsia, com tomografia, o que for precisar! [...] Como é Conquista que executa, ela [cidade] abriu o credenciamento e os profissionais não credenciaram! Então, assim, não podia fechar a PPI, se não tinha profissional! [demorou por causa da] tabela SUS! Aí, ficou aberta [a pactuação] quase uns cinco meses! (Ent. G2).

Nesse ínterim, outra diferença entre os municípios que merece destaque ocorria na forma de regulação assistencial, uma vez que havia municípios com marcação concentrada na central de marcação de consultas (CMC) e outros com marcação descentralizada nas USF. Naqueles municípios cuja marcação dava-se somente na CMC, o fluxo ocorria com a mulher dirigindo-se com a guia de solicitação de exames diretamente à CMC ou, então, a guia era levada pela própria EqSF. Tal modalidade, muitas vezes, transferia à mulher a responsabilidade pela coordenação assistencial e distanciava as EqSF das informações acerca dos encaminhamentos para exames complementares.

Preencho [guia de solicitação de exames] e mando a paciente procurar direto a central. Porque, por exemplo, a paciente, ao invés de ficar batendo na nossa porta, vai direto ter a resposta! [...] Zona rural, não! Fico com o exame e venho entregar [na CMC]! [...] Como o meu lugar [ESF] é um local de bastante dificuldade financeira, então, questiono pra paciente: *‘Olha, tem esses exames, que posso deixar na marcação, porém, não garanto que vai ser marcado pra logo!’*. Aí falo: *‘Se tiver condição de fazer particular, faça’*, mas dou, também, a opção de deixar na marcação. Não posso induzir, pedir pra ele fazer particular. (GF. II).

A usuária deixa a solicitação com a enfermeira e ela que faz essa marcação por meio da pasta que vem pra aqui [CMC] na sexta. E aí, se tiver alguma informação específica, a gente também envia. [...] São quatro vagas, duas pra cada ginecologista. E aí, quando chega aqui, a gente distribui igual entre as unidades e deixa uma reserva pra as emergências (Ent. G4).

A gente [USF] é descentralizada; marca na própria unidade e é rápido! Como tenho marcador, saio da sala, vou lá [SAME], marco e volto com o pedido marcado e entrego pra paciente. É muito rápido! Pra ginecologia [consulta] são três vagas, aí olha, prioriza e agenda, mas colposcopia é livre! Lá no sistema não aparece vaga [para marcação de colposcopia]. A gente entra em contato direto com o estabelecimento de saúde [público] por telefone. [...] se [a mulher] foi detectada com lesão de alto grau, já passa com profissional especializado e a partir daí, é encaminhada pra o que for necessário e essas marcações já não são mais responsabilidade da unidade. Já são responsabilidade da central de marcação, que sempre prioriza esses casos (G.F. X).

De tal modo, a regulação assistencial, ainda, era incipiente seja devido à escassez da oferta pública de serviços, ineficiência da articulação da ESF com a rede especializada ou mesmo devido à inadequação de um sistema de prioridades a fim de que os casos fossem avaliados adequadamente. Por conseguinte, há tempo de espera alongado, diagnóstico e tratamento tardios e, conseqüentemente, avanço de casos evitáveis, o que gera ônus ao sistema de saúde, insatisfação dos usuários e reforço da imagem descreditada do SUS (LEMÕES et al., 2013; OPAS, 2011).

Não obstante, tanto os profissionais de saúde quanto os gestores reconheciam a dificuldade de regulação do acesso aos serviços especializados e, especificamente, quanto ao ginecologista e procedimentos necessários para o cuidado continuado da linha do controle do câncer de colo do útero. Ademais, o preenchimento insuficiente das guias de encaminhamento, provocavam a necessidade de averiguação da justificativa com os usuários, ao invés de comunicação direta com a equipe de referência do cuidado, expondo a o caráter meramente normativo dos fluxos assistenciais.

Por essa ótica, as barreiras de acesso aos serviços especializados, a existência de filas de espera sem monitoramento, a dificuldade ou a inexistência de comunicação entre os diferentes pontos da RAS são evidências de falhas na coordenação do cuidado e na gestão clínica dos casos, própria de sistemas fragmentados (CECILIO et al., 2012; MENDES, 2011). Nesse sentido, a posição que a ESF assume na rede de atenção é relevante para a construção de uma atenção integral, na qual o usuário seja o centro do cuidado, necessitando, para tanto, uma expansão de sua cobertura, bem como uma articulação assistencial coordenada (ALMEIDA et al., 2013).

Ademais, outro importante problema na linha de cuidado tinha origem no processo de trabalho das EqSF, essencialmente, no instante de definir critérios para encaminhamento aos demais níveis de atenção. Nesta perspectiva, a função de filtro de médicos e enfermeiros era frágil e, por conseguinte, havia encaminhamento ao ginecologista sem o devido critério clínico, em decorrência da pressão das usuárias (consulta “a pedido”). Da mesma maneira, o fluxo comunicacional entre níveis, na rede pública, não lograva contrarreferência à USF das informações provenientes das ações realizadas por ginecologistas, mormente, dos laudos. Neste sentido, como era comum que parte das ações, também, fossem realizadas no setor privado, a segmentação assistencial amplificava a fragmentação do cuidado. Como consequência, havia insatisfação em todas as direções, porém, com repercussão direta no corpo e na vida das mulheres desassistidas.

A comunicação é o paciente que vem e que fala! Faço parte do Conselho de Saúde e, há um tempo, houve esse tipo de questionamento, que de lá, eles não [contrarreferenciam]. Geralmente, a USF não tem esse retorno, essa comunicação. Então, é a paciente que faz esse retorno pra unidade! [...] E, às vezes, nem a paciente faz isso! (G.F. I).

Tem médico e enfermeiro que encaminham [a referência]. E, pelo que olho, assim, pelo pedido, da solicitação, tem mais enfermeiro [...] Vem só a guia: “*Consulta ginecológica*”, *não vem a descrição*!” [...] A relação, às vezes, é com o colega que manda os pacientes, enfermeiro, mas a relação, assim, não é frequente [...] Acho que poderia ter mais um *feedback* do enfermeiro pra o médico [...] uma relação maior. [...] (Ent. P3).

A APS referencia pra mim! Não tenho nenhum contato com o profissional da APS! Não tenho contato com nenhum serviço! A ligação que tenho com qualquer outra coisa é a coordenadora do ambulatório. Então se resolve no ambulatório mesmo, com a usuária [...]. De modo geral, as dúvidas são tiradas com o encaminhamento das pacientes, às vezes, vem com aquela solicitação de retorno [...]. Eu mando assim: ‘*controle, lesão de baixo grau, com x tempo*’. Isso aqui já é suficiente pra saber o que a paciente tem que fazer! (Ent. P2).

[...] o que percebo de muitas pacientes é que, quando veem, já começam a resolver o seu problema direto na central, já não retornam mais com tanta facilidade pra a gente, mesmo que a gente faça a busca ativa. Elas conseguem se resolver na rede! [...] Contrarreferência é um problema! Só recebo do ginecologista na própria colposcopia, no próprio pedido, mas oficializado, no papel da referência, não! É mais um aviso, recomendação ou orientação. É mais dizendo o que a usuária tem que fazer, do que dizer pra gente o que eles fizeram, e isso quando eles não criticam a gente pra a usuária! (G.F. X).

Quem dá a contrarreferência é o ACS. Elas [mulheres] passam pra gente o que aconteceu e a gente passa pra equipe. Isso dificulta e muito, porque às vezes está em um tratamento, fazendo radio, quimio e não sabe o que está fazendo. Aí, a gente tem que procurar quem está acompanhado ela nesse tratamento (G.F. IX).

Outrossim, a usuária que é encaminhada para o serviço de ginecologia deve ser entendida para além de um resultado alterado do exame citopatológico, ou seja, o profissional que irá recebê-la deve compreender o seu processo saúde-doença como singular, a fim de que a mulher que busca o serviço possa receber um cuidado personalizado (OMS, 2008). Nessa perspectiva, a ESF tem um papel essencial na coordenação desse cuidado, uma vez que tem sob sua responsabilidade territorial e sanitária, a usuária que está sendo encaminhada para um serviço distante da sua realidade cotidiana, especialmente em contextos de redes regionalizadas (SANTOS, 2018).

Essa situação provocava uma fragilização do cuidado continuado e risco ao tratamento da doença instalada, uma vez que a compreensão da usuária sobre fluxo assistencial e termos técnicos era limitada diante das assimetrias de informação e da indefinição de um fluxo compartilhado entre os diferentes pontos.

As pacientes chegam aqui totalmente desinformadas, a maioria da vezes, não tem noção. Tanto que a gente tenta criar na equipe essa questão de orientar a paciente! Chega sem saber pra onde vai; já rondou em vários lugares, antes de chegar aqui [...] E aí, a gente orienta tudo; os exames que faz aqui, os que

marcam na central [...]. Porque chegam aqui com muita dificuldade! [...] Essa falta de articulação é uma dificuldade de vários setores, não só é só na oncologia; a gente percebe em outras áreas! [...] A gente já discutiu com a secretaria sobre a necessidade de se montar esse fluxo, porque, às vezes, a gente recebe ligação de profissional da APS pedindo orientação de como encaminhar pra o serviço (Ent. G6).

Muitas pacientes chegam aqui em estágio avançado, acredito que pelo desconhecimento da patologia [...]. Algumas chegam aqui sabendo da sua situação, mas óbvio que com um conhecimento mais superficial. Então, assim, geralmente não sabem detalhes de como vai ser o tratamento [...]. É mais um ou outro paciente, que é mais idoso e a família não quer contar [...] Às vezes, tem paciente que chega aqui com uma biópsia de 1 ano, com uma lesão pré-maligna, já NIC III. E, às vezes, se acomodam, não procuram o serviço. E quando chegam aqui, apresenta situação de tratamento inoperável, vai logo pra radio ou quimioterapia! (Ent. P6).

Em síntese, percebeu-se um ciclo de desinformação, no qual profissionais e gestores transferiam a responsabilidade para o outro e, inclusive, culpabilizavam a usuária por entraves durante a sua peregrinação por cuidados. Neste sentido, a linha de cuidado requer dos sujeitos envolvidos a capacidade de “ouvir” e “fazer-se ouvir”, a fim de que se estabeleça uma dimensão dialógica na relação entre a usuária e os profissionais, que somente a partir de então, torna-se possível a implicação do cuidado, com responsabilidade ético-política com o projeto de vida do outro (AYRES, 2004).

### **Acesso ao tratamento do câncer do colo do útero e transporte sanitário**

De acordo com a linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero, a usuária que obtiver o diagnóstico confirmado deve ser encaminhada do serviço especializado para tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou procedimento radioterápico e, em situações específicas, devem ser garantidos os cuidados paliativos (INCA, 2016). Neste nível assistencial, os entrevistados relataram não haver maiores dificuldade de acesso ao tratamento do câncer do colo de útero, após a confirmação diagnóstica.

Por sua vez, ainda que houvesse “facilidade” de acesso ao tratamento oncológico no caso do câncer do colo do útero, a dificuldade de comunicação entre os serviços de média e alta densidade tecnológica, a inexistência de contrarreferência à APS para continuidade do cuidado, desconhecimento do fluxo assistencial por ginecologistas e a responsabilização de marcação dos procedimentos pelas usuárias denunciam as travas que emperram a consecução, de fato, de uma linha de cuidado.

De todos os casos, é o [tratamento de câncer] que consegue mais rápido. Conheço uma pessoa, daqui, que fazia tratamento em Vitória da Conquista e, na época da minha graduação, ela ficava lá na Casa do Amor [casa de apoio] e, assim, ela fala superbem, ela fala que foi bem acolhida, tanto lá, quanto lá na Unacon. O tratamento é o mesmo, entra pela porta na rede do SUS; você acha que tá sendo atendido por um hospital privado, por que recebem muito bem (G.F. II).

No caso da oncológica [quimioterapia ou radioterapia] ou cirurgia oncológica, [a mulher] não vai voltar pra mim, logo! Demora, porque vai passar pelo processo cirúrgico, pela revisão cirúrgica, então, isso vai demorar! Não tenho como lhe dizer, assim [quanto tempo]. E muitas pacientes nem vão voltar pra mim! Porque ela vai ficar no serviço de oncologia muito tempo! Não é igual ao paciente da biópsia que, obrigatoriamente, vem pra mim! Porque ela não tem outra referência; a referência sou eu! Mas, depois que sai dessa parte, a referência é outro serviço! Então, não tenho como lhe dizer! O que, às vezes, acontece é que a paciente vai, faço a biópsia e, aí, às vezes, a paciente não consegue fazer e volta pra mim, pra dizer que não fez. Mas, se ela conseguiu o serviço, aí, de modo geral, não voltam! Aí, esse contato eu perco! (Ent. P2).

Felizmente, ainda, não dá muitas lesões pré-neoplásicas, né?! A gente trata mais processo inflamatório. Se o procedimento é fazer o CAF, já vai pra Conquista! Ou então, Salvador! Rádio, quimio já é Salvador e Conquista, também faz! [...] Vamos supor que seja uma lesão [de alto grau] pra um oncologista; explica qual o procedimento e a gente direciona, faz um relatoriozinho (Ent. P3).

Alguns NIC, algumas alterações a gente soluciona, ou encaminha pro CAAV, que é a referência. E, nós, quando precisamos, é encaminhado pra Vitória da Conquista, pro CAAV, né? [...] Quando não resolve, aqui, a gente manda para o CAAV, como NIC III, que precisa ser cirúrgico, que precisa de uma conização [...] ou uma histerectomia [...] é encaminhado pra terminar o tratamento numa área de referência maior! O CAAV vai encaminhar pra fazer o procedimento, se tratar [...]. Eu não sei qual a rotina deles! (Ent. P4).

A gente regula pra o ginecologista lá em Conquista, pra ele falar qual é o tratamento. Abriu agora o SAMUR [Unacon em hospital privado]. Passou pelo ginecologista, fechou o diagnóstico, aí vai para a regulação pra poder encaminhar pra Conquista! Em Conquista, em relação à parte oncológica, não tem muita dificuldade! Não é 100%, mas flui! A fila anda! (Ent. G3).

O que a gente tem dificuldade, aqui, é com o internamento [pra poder realizar a cirurgia], porque aqui é um hospital geral, mas raramente fico impedido de fazer cirurgia por falta de leito. Acontece, eventualmente, como vaga de UTI [dependendo do caso]. Mas a gente tem dificuldade, sim. Às vezes, consegue vaga na UTI de última hora. [...] Às vezes, vem o pedido pra mim, com a solicitação dos médicos, daqui ou de outros municípios, mas nem foco nisso. Fico atento aos exames, à história dela. Porque o encaminhamento não vem com nada da história né? Só vem 'consulta oncológica'. [...] Às vezes, acontece de paciente chegar sem uma parte dos exames e aí, a gente pede pra tá retornando pra resolver [...] Mas não tem esse contato com os outros profissionais (Ent. P6).

Por sua vez, o fato dos ginecologistas e outros profissionais responsáveis pelo tratamento não terem domínio sobre o seguimento da linha de cuidado revelou uma lacuna importante na garantia de um cuidado integral e resolutivo à mulher com câncer do colo do útero. Outrossim, os atrasos e equívocos de encaminhamento geravam ruídos comunicacionais

Para agravar, constatou-se barreira de acesso relacionada ao transporte sanitário para mulheres que se deslocavam de seus municípios à sede da região ou outros centros para tratamento. Neste sentido, na região de saúde, as situações iam desde o desconhecimento dos profissionais quanto ao funcionamento desse serviço até queixas quanto à oferta e estrutura dos veículos que, muitas vezes, não garantiam o bem estar e nem a segurança das usuárias em tratamento de câncer.

A secretaria oferece o transporte e são 14 a 15 pessoas por dia! De segunda a quinta! Se for na parte de quimioterapia, radioterapia, [a secretaria] oferece o carro para a paciente! Pode ser todos os dias, a paciente, todos os dias, tem o carro! É uma coisa oferecida pelo município! [...] No centro de saúde tem a

coordenadora que já marca a paciente. Por exemplo, se a paciente vai pra Conquista quinta-feira, ela tem que ir até amanhã pra marcar a vaga pra ir! Aí, sempre tá aparecendo paciente [...] Ela sabe a quantidade de paciente que pode levar [...]. Por exemplo, se ela vai agendar duas ambulâncias [...] a ambulância que terminar primeiro com um paciente, volta. E, a outra, que foi com os pacientes, mais tarde, pega o outro paciente [...]. Aí, por exemplo, se terminou 10h, 11h e, o outro é à tarde, o que chegou por último, vai ficar esperando o da tarde! Tem aqueles horários, com o motorista, já combinado! (Ent. G1).

[...] acho que a região de Conquista é boa, é tranquila, é bom pra a gente trabalhar [...] eu tô a 27km, pra mim, é ótimo! Os meus colegas é que sofrem, pra tá deslocando paciente e tudo! Mas, pra a gente, aqui, é tranquilo! [...] A gente que arca com a despesa da paciente toda! Se ela tiver condição de ir de ônibus, a gente dá a passagem e ajuda de custo e, se não, o carro leva! Aí, paga a ajuda de custo mais a diária do motorista; pesa viu?! A gente tem 92 pacientes de TFD cadastrados! [...] A gente tem um Palio e uma Touro! É o carro que a gente manda. Quando é um número maior de paciente, vai uma van! A gente pega a van que usa no TFD, ou pega emprestado de alguma secretaria e faz o transporte! Tem vezes que o carro vai pra Salvador três vezes na semana! É um caos! (Ent. G2).

De uma forma geral, tem uma questão social muito forte, então dependem muito do transporte da secretaria e dependem do dia que a prefeitura pode trazer. E acontece do motorista ficar dando pressa, e eles esperando pra consulta. E isso é, ainda, mais forte na quimio, porque aqui é consulta e é mais rápido [...]. Quando fica dando pressa, conversa com outros pra passar na frente [...] Mas, na quimio, que demora três horas [...] e eles ficam apressando [...]. Eles falaram com a gente e marquei uma reunião com o pessoal da CIR, como pauta, fomos eu e a enfermeira de lá e pedindo apoio dos gestores pra conversarem com os motoristas [...]. Não sei como está agora, mas é um problema! (Ent. G6).

Neste contexto, uma das maiores dificuldades dava-se quando havia necessidade de espera das usuárias durante todo um turno até retornar ao município de origem, agravando-se nos casos de usuárias em vulnerabilidade socioeconômica e/ou com quadro clínico mais grave. Assim, a distância entre os municípios e a sede ou mesmo, a condição econômica dos municípios pode inviabilizar a oferta de um maior número de transporte em um mesmo turno, o que exigiria da gestão um apoio mais qualificado para essas usuárias e seus acompanhantes, como a oferta de alimentação ou mesmo, casa de apoio, onde as usuárias pudessem aguardar os demais pacientes que estivessem em atendimento/tratamento.

A zona rural, mais uma vez aparece como fator agravante devido a uma oferta insuficiente de veículos para transporte de usuários, havendo situações em que os mesmos precisam realizar o desembolso direto, quando os carros não estão em estado condizentes para a utilização. Revelando, assim, uma iniquidade no acesso, uma vez que essas usuárias tendem a estar em maior vulnerabilidade socioeconômica, além de estarem mais distantes da zona urbana.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ainda que a literatura e a própria legislação do SUS tenha a regionalização como um diretriz que amplie a oferta de serviços, há uma necessidade de uma logística sofisticada para que as usuárias possam acessar os serviços de saúde em localidade

distantes de suas residências. Tal achado pôde ser verificado na pesquisa, a partir da fragilidade e produção de iniquidades na linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero.

Por fim, a condição traçadora de câncer de colo do útero mostrou-se adequada para avaliação do sistema e serviços de saúde, uma vez que pudemos analisar as características do acesso à Atenção Primária à Saúde e sua coordenação do cuidado com a Rede de Atenção à Saúde na região estudada, revelando as potencialidades e barreiras para a construção de um cuidado integral.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate* [online], vol.37, n.98, pp.400-415, 2013

AMADO, J.; FERREIRA, S. A entrevista na investigação educacional. In: AMADO, J. (Coord.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013

AMARAL, R.G. et al. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [Rio de Janeiro], v.30, n.11, p.556-60, 2008

AMARAL, A. F. et al. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (impresso), [Rio de Janeiro], v. 36, p. 182-187, 2014

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc.* [online], [São Paulo], vol.13, n.3, pp.16-29, 2004

BARBOUR R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** (Poder Executivo). Brasília, DF, 28 jun. 2011. Seção 1

BRASIL. 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, 124 p

- CECILIO, L. C. O. et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?**. *Ciênc. saúde coletiva* [online], [Rio de Janeiro], vol.17, n.11, p.2893-2902, 2012
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), [Rio de Janeiro], v. 16, p. 1029-1042, 2011
- DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para regionalização da assistência à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [on line]**, Recife, v. 9, n. 4, p. 267-276, 2009
- GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; AZEVEDO E SILVA. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014
- GOSS, P. E. et al. Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. **The Lancet Oncology [on line]**, [S.l.], v.14, p. 1-51, 2013
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114p
- LEMOES, M. A. M. et al . Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 631-640, 2013
- LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [on line]**, [Rio de Janeiro], v.17, n.7, p. 1903-1914, 2012
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v.34, n.14, p.593-606, 2010
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília/DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549 p
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, [Rio de Janeiro], v.27, n.65, 316-323, 2003
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014
- MURILLO, R. et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean, **Journal Vaccine [on line]**, [S.l.], 26s, 1 37-48, 2008

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Redes Integradas de Servicios de Salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OMS/OPS, 2008. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 113 p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A rapid assessment in 12 countries of Latin America**. Washington, D.C.: PAHO, 2010, 30 p

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [online]**, [S.l.], v.21, n.5, p.1511-1524, 2016

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. Integrality in the population's health care programs. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [online]**, [S.l.], v.12, n.2, p. 343-349, 2007

RUCKERT, B.; C., D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)* [online]. 2018, vol.22, n.66, pp.903-914

SANTOS, A. M. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e à coordenação do cuidado. Salvador: EDUFBA, 2018, 311 p.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Living conditions and therapeutic paths in a *quilombola* community in Goiás, Brazil. **Saude soc.** [online], [São Paulo], 2014, vol.23, n.3, pp.1049-1063

SILVA, G.A. et al. Cancer mortality trends in Brazilian state capitals and other municipalities between 1980 and 2006. *Revista Saúde Pública*, [São Paulo], v.45, n.6, p.1009-18, 2011

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016

SPEDO, S. M., PINTO, N. R. S., TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v.20, n.3, p. 953-972, 2010

STRASSER-WEIPPL, K. et al. Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. **The Lancet Oncology [online]**, [S.l.], v.16, l. 1405-1407, 2015

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [Oxford], v.19, n.6, p. 349–357, 2007

VILLASBÔAS, A. L. K.; PAIM, J. Práticas de planejamento e implementação de políticas do âmbito municipal. **Caderno de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.24, n.6, p.1239-1250, 2008

WORLD HEALTHY ORGANIZATION (WHO). **World cancer report 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2008, 260 p

WUNSCH, S. et al. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. *Esc. Anna Nery* [online]. 2014, vol.18, n.3, pp.533-538

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

## **8 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO**

Na área tecnológica, pensando tecnologia não apenas como produto material, mas também, conhecimento. Entende-se que a contribuição está no desenvolvimento de mecanismos de planejamento de redes, conhecimento de linhas de cuidado e posterior formulação de políticas baseado em evidências. Além de reflexão sobre os mecanismos de gestão, acesso e regulação do cuidado em rede regionalizada. Além disso, identificamos problemas apresentados por gestores e profissionais da rede, assim, acreditamos que será possível uma melhor organização a partir de problemas e demandas concretas.

Nesta perspectiva, os resultados poderão ser incorporados pelos gestores na formulação de políticas mais direcionadas e reformulação dos fluxos assistenciais, bem como, adequação de protocolos para melhorar o acesso das usuárias. Nesse sentido, há expectativa de racionalização do uso de equipamentos e de serviços, bem como, diminuição no tempo de espera e cuidado em tempo oportuno repercutindo nos gastos de toda a rede. Ainda que não haja redução de gastos, poderá haver melhor uso dos recursos, ou seja, equidade e custo-efetividade.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos a organização da rede de serviços na região de saúde de Vitória da Conquista, pudemos perceber desafios centrais para a construção de uma rede de atenção à saúde em uma perspectiva regionalizada. A Atenção Primária à Saúde possui uma dificuldade substancial na coordenação do cuidado, tanto horizontal quanto vertical e a rede de serviços, ainda, opera no modelo assistencial fragmentado e hierarquizado.

As equipes de saúde da família não conseguem conhecer o seu território por motivos como a própria capacidade de gestão ou por ter uma população adscrita acima do preconizado, dificultando, dessa forma, a responsabilidade sanitária de uma APS e, por conseguinte, deixando invisíveis as singularidades das mulheres que necessitam ter acesso ao exame de Papanicolau.

Além disso, apesar de haver fluxos assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde, foi observado que tanto entre os quatro municípios, quanto em um mesmo município não há uma uniformidade no cuidado às usuárias, seja em relação à faixa etária preconizada, ao rastreamento oportunístico ou ainda na resolutividade das lesões de baixo grau, uma vez que em determinadas situações, as usuárias são encaminhadas para o serviço especializado.

Ainda quanto à APS, percebemos, também, uma dificuldade quanto à integração da equipe, nas quais os médicos e enfermeiros raramente conseguem trabalhar a linha de cuidado de maneira compartilhada, o que provoca entraves no processo de trabalho e na resolubilidade, além de gerar percursos desnecessários para a usuária, dentro da própria unidade de saúde.

Quando analisamos outros pontos da RAS, constatamos a dificuldade da coordenação do cuidado, uma vez que a rede de serviços possui um cuidado procedimento centrado, com foco no quadro clínico da usuária, sem conseguir perceber as suas singularidades. Além disso, os profissionais de saúde da rede, no tocante à linha de cuidado para o controle do câncer de colo do útero não se (re)conhecem e não se comunicam. Quando essa comunicação ocorre, muitas vezes é por meio dos relatos das usuárias e de guias de encaminhamentos que possuem como justificativa “avaliação médica”.

Além disso, verificamos um importante nó: a dificuldade de acesso ao procedimento de diagnóstico, o que acaba por responsabilizar a usuária quanto à verificação do seu processo patológico, causando-lhes apreensão e maior abertura para busca de soluções que vão de encontro aos seus direitos como cidadã e usuária do SUS.

Por fim, pudemos perceber que a região de saúde de Vitória da Conquista possui entraves similares com o cenário brasileiro, revelando a importância de estudos que possam dimensionar a realidade das regiões interioranas, bem como a importância de estudos quantitativos e comparativos entre municípios e regiões, a fim de que se possa compreender a rede regionalizada de serviços em uma perspectiva multidimensional.

## REFERÊNCIAS

ADESSE; L.; OLIVEIRA, G. J. PAHO: priorities and challenges in cancer care. **Journal The Lancet [on line]**, [S.l.], v.14, p. 391-436, 2013

ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Revista Saúde e Sociedade [on line]**, v.25, n.2, p. 320-335, 2016

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.50, n.80, p. 1-13, 2016

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B (Org.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. 309 p.

AMADO, J.; FERREIRA, S. A entrevista na investigação educacional. In: AMADO, J. (Coord.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013

ASSIS; M. M.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [on line]**, [Rio de Janeiro], v. 17, n.11, p. 2865-2875, 2012

BAENA, A. et al. Tendencias e indicadores sociales de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino. Antioquia, Colombia, 2000-2007. **Revista Salud Pública del Mexico [on line]**, Cuernavaca, v.53, n.6, p.286-492, 2011

BAHIA. Assessoria de Planejamento e Gestão. **Pactuação das diretrizes, objetivos e indicadores 2017-2021 (SISPACTO)**. Manual de Orientação. Bahia: APG, 2017

BAHIA. Assessoria de Planejamento e Gestão. Observatório Baiano de Regionalização. **Região de Saúde de Vitória da Conquista**. Salvador: APG; 2018

BARBOUR R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a, 208 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 76 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 dez. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2011a, 160p

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** (Poder Executivo). Brasília, DF, 28 jun. 2011b. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** (Poder Executivo). Brasília, DF, 24 jun. 2011c

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012a**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. D.O.U. DE 23/11/2012, p. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. CEP/CONEP. **Resolução CNS nº 466/2012b**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

BRASIL. 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, 124 p

BRASIL. Ministério da Saúde. CEP/CONEP. **Resolução CNS nº 510/2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais

COBURN, D.; COBURN, E. Saúde e Desigualdades em Saúde em um mundo Globalizado Neoliberal. In: MCLNTYE, D.; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 348 p

\_\_\_\_\_. In: MCLNTYE, D.; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 348 p

COHN, A. **Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil**. São Paulo, Cedec-DPM-USP; 1994

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1614-1619, 2009

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Panorama Social da América Latina, Síntese, 2014** (LC/L.3954), Santiago do Chile, 2014, 56 p

**DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (orgs). Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006**

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalism. *Revista de Saúde Pública*, [São Paulo], v. 45, n. 1, p. 204-211, fev. 2011

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Revista Saúde e Sociedade [on line]**, [S.l.], v.24, n.2, p. 472-485, 2015

DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para regionalização da assistência à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [on line]**, Recife, v. 9, n. 4, p. 267-276, 2009

DURÁN-ARENAS, L. et al. The use of the tracer methodology to assess the quality of care for patients enrolled in Medical Insurance for a New Generation. **Revista Salud Pública del Mexico [on line]**, [S.l.], v.54, Supl. 1, S 50-56, 2012

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007

FLEURY, S.; et al. Governança local do sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.28, n.6, 2010

FLEURY, S. **Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local**. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed: Bookman, 2009

GOSS, P. E. et al. Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe. **The Lancet Oncology [on line]**, [S.l.], v.14, p. 1-51, 2013

GUERRIERO, I.C.Z.; DALLARI, S.G. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v.13, n.2, p.303- 311, 2008

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.16, n.4, p.283-288, 2004

HENAO-MARTINEZ, Diana et al. Integral health provision by two Catalan health providing entities ( Spain ) . Rev. salud pública [online], [Bogotá], vol.10, n.1, pp.33-48, 2008

INTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011

INTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015, 122 p

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016, 114p

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Revista Texto Contexto Enfermagem [on line]**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 434-441, 2006

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & saúde coletiva* [online], [Rio de Janeiro], vol.15, n.5, pp.2307-2316, 2010

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [on line]**, [Rio de Janeiro], v.17, n.7, p. 1903-1914, 2012

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Revista Interface [on line]**, [S.l.], v.19, n.52, p. 159-170, 2015

MELO, G.A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v.22, n.4, p. 1291-1310, 2017

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [on line]**, [S.l.], v.15, n.5, p.2297-2305, 2010

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília/DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549 p

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, 71 p.

MERHY, E.E. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014

MOONEY, G. A equidade no contexto da diversidade cultural e da diversidade de sistemas econômicos. In: MCLNTYE, D.; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 348 p. cap. 3

MURILLO, R. et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean, **Journal Vaccine [on line]**, [S.l.], 26s, 1 37-48, 2008

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008, p.435-472

OLIVEIRA, L. H. S. et al. Human papillomavirus status and cervical abnormalities in women from public and private health care in Rio de Janeiro state, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo [on line]**, [S.l.], v.48, n.5, p. 279-285, 2006

OLIVEIRA, M. M. et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia [on line]**, São Paulo, v.18, supl.2, p. 146-157, 2015

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Conferência mundial sobre os determinantes sociais e saúde. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**, [S.l.: s.n.], 2011, 7 p

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OMS/OPS, 2008. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A rapid assessment in 12 countries of Latin America**. Washington, D.C.: PAHO, 2010, 30 p

PALACIO-MEJÍA, L. S. et al. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico, **Revista Salud Pública del Mexico [on line]**, Cuernavaca, v.45, supl.3, s 315-325, 2003

PARKIN, D. M. et al. Burden and Trends of Type-Specific Human Papillomavirus Infections and Related Diseases in the Latin America and Caribbean Region. **Journal Vaccine [on line]**, [S.l.], 26s, l. 1-15, 2008

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [on line]**, [S.l.], v.21, n.5, p.1511-1524, 2016

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. Integrality in the population's health care programs. **Revista Ciência e Saúde Coletiva [on line]**, [S.l.], v.12, n.2, p. 343-349, 2007

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2014

SALVAGIONI, D. A. J.; SCOCHI, M. J. Atendimento à criança na Atenção Básica: discutindo o óbito como evento sentinela. **Revista Saúde.com [on line]**, [S.l.], v.9, n.3, p. 234-243, 2013

SANTOS, A. M. Posição da Estratégia de Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Vitória da Conquista. In: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na Coordenação do Cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015

SANTOS, A. M. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e à coordenação do cuidado. Salvador: EDUFBA, 2018, 311 p.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização de saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional [on line]**, Taubaté, v.13, n.2, p.400-422, 2017

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.48, n. 4, p.622-631, 2014

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.32, n.3, p. 1-15, 2016a

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Revista Saúde e Debate [on line]**, [S.l.]. v.40, n.108, p. 48-63, 2016b

SAUTER, A.M.W.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O; KOPF, A.W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, [Belo Horizonte], v. 16, n. 2, p. 265-274, 2012

SILVA, F. P. M. **Desenvolvimento Territorial**: a experiência do Território do Sisal na Bahia. 2012. 251 f. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal de Uberlândia, 2012

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro] v.16; n.6, p.2753-2762, 2011

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização Cooperativa. Secretaria de Saúde, Belo Horizonte, 2004, 80 p

SILVEIRA FILHO, R. M. S. F. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva [on line]**, [S.l.], v.26, n.3, p.853-7878, 2016

SOLLA J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008, cap. 17

SPEDO, S. M., PINTO, N. R. S., TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v.20, n.3, p. 953-972, 2010

SPINK PK, CLEMENTE R, KEPPKE R. Continuidade e descontinuidade administrativa: uma análise de fatores que contribuem para a manutenção de programas, projetos e atividades públicas de êxito em governos locais brasileiros. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2001, 63 p.

STRASSER-WEIPPL, K. et al. Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. **The Lancet Oncology [on line]**, [S.l.], v.16, l. 1405-1407, 2015

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Revista Saúde e Sociedade [on line]**, [S.l.], v.20, n. 4, p.937-934, 2011

TEIXEIRA, L. A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.221-240, 2015

TEIXEIRA, L. A.; LOWY, I. Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, ‘colpocytology’ and screening for cervical cancer in Brazil. **Journal Social Studies of Science [on line]**, [S.l.], v.41, n.4, p. 585-608, 2011

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; NORONHA, C. P. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012, 180p

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCLNTYRE, D. Explorando dimensões do acesso. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 348 p. cap. 5

- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2000
- TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [Oxford], v.19, n.6, p. 349–357, 2007
- TRAD, L. A. B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva [on line]**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, 2009
- VIANA, A. L.D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **Revista São Paulo em Perspectiva [on line]**, São Paulo, v.22, n.1, p.92-106, 2008
- VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência Saúde Coletiva [on line]**, [S.l.], v.15, n.5, p.2317-2326, 2010
- VILLASBÔAS, A. L. K.; PAIM, J. Práticas de planejamento e implementação de políticas do âmbito municipal. **Caderno de Saúde Pública [on line]**, [S.l.], v.24, n.6, p.1239-1250, 2008
- WORLD HEALTHY ORGANIZATION (WHO). **World cancer report 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2008, 260 p
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005



## Níveis político-institucional e organizacional

1. Fale sobre o processo de regionalização da saúde na região de saúde de Vitória da Conquista. [O que mudou concretamente após o Decreto 7508/11].
  - *Qual tem sido as ações do Estado (SESAB) e do Núcleo Regional de Saúde (NRS) na região de saúde de VC para apoiarem o fortalecimento de uma rede regionalizada?*
  - *Como a mudança da 20ª DARES em NRS impactou no apoio aos municípios da região de saúde de VC?*
  - *As eleições municipais de 2016 impactaram as propostas de regionalização em curso? De que maneira?*
  - *Instâncias representativas como o COSEMS, como atuam na perspectiva da regionalização da saúde? (participação dos nossos gestores na reunião do COSEMS e CIB);*
  - *Como o prefeito interfere na condução da regionalização da saúde?*
  - *Como a justiça (Ministério Público) interfere no planejamento regional?*
  
2. Fale sobre ações da SESAB para consolidação da rede de serviços na região de saúde de VC.
  - *Como a SESAB apoia o planejamento e oferta de serviços de uso comum entre os municípios da região de saúde de VC? (Aspectos: Político, financeiro e técnico)*
  - *Existe um Plano de Ação Regional para a saúde (com os fluxos assistenciais, com os fluxos de financiamento regional). Como foi elaborado e como é utilizado...*
  - *Como os municípios da região financiam os serviços especializados de uso comum? Há algum tipo de financiamento regional para investimento/fortalecimento das RAS? Qual a fonte destes recursos? Como são utilizados? (Quem investe? Como investe? Como se dão as decisões de uso dos recursos regionais?)*
  
3. Fale um pouco sobre as estratégias da CIR no processo de gestão e planejamento regional.
  - *Participação e interesse dos municípios (quem defende a regionalização? Quem se opõe? Por quê?)*
  - *Participação e interesse do Estado (incentiva? Obstrui? Como e por quê?)*
  - *Fale sobre sua atuação na CIR (e de seu município)*
  - *Qual (ou quais) o principal ou mais representativo ator dentro da CIR? Por quê?(papel do coordenador e do adjunto);*
  - *Qual a situação atual do CIR na região (temas debatidos; frequência dos gestores às reuniões; funcionamento de Câmaras Técnicas; interferências político-partidária; interferência do setor privado; GT e CT mais atuantes).*
  
4. Como a regulação assistencial para acesso aos serviços especializados (consultas, exames e procedimentos) têm funcionado na região de saúde de VC

- *Funcionamento das CMC ou centrais de regulação municipais (critérios de acesso às CMC; mecanismo de regulação entre a CMC e os serviços regionalizados)*
  - *Fale como as cotas para serviços especializados são distribuídos entre os municípios (quem define? como são definidas? onde são ofertadas? Suficiência ou insuficiência. Por quê?)*
  - *Como seu município faz quando a cota é insuficiente? E nos casos que o procedimento é urgente?*
  - *Quem gerencia o recurso da atenção especializada do seu município. Fale como funciona e como as relações se dão na rede regionalizada de VC para os serviços especializados.*
  - *Na sua opinião, quais são os principais gargalos da regulação na região de saúde?*
  -
5. Como vem se dando a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) de 2010 até agora, qual sua visão sobre a necessidade de revisão?
- *Avanços, problemas, conflitos no processo da PPI 2017;*
  - *Como a CIR tem articulado o processo da nova PPI;*
  - *Existe consórcio de saúde na região de saúde (como funciona?). A região aderiu ao consórcio das Policlínicas proposto pelo Estado (por quê?);*
  - *Qual a situação da implementação COAP na região (por que não avançou?);*
6. Existem estratégias de contratualização com os prestadores privados para a rede? Qual a atual situação na região de saúde de VC?
- *Como é feito o processo de credenciamento de prestadores privados na região?*
  - *Como é monitorada a prestação dos serviços especializados ofertados pelo prestador privado na região?*
  - *Há consórcio na região? Por quê?*
  - *Como se dar a contratação de especialistas para ofertarem serviços no SUS na região? Como é a oferta (turnos, local de trabalho). Quais os desafios para contratação e em relação ao salário...*
  - *Estratégia para atração e permanência dos profissionais (médicos especialistas). Quais as dificuldades e facilidades? O que o município faz individualmente? Como isso é debatido no CIR?*
  - *As novas universidades diminuíram esse déficit?*
  - *Há atravessadores que “manipulam” as vagas ou utilizam algum critério fora da regulação na rede? A rede privada interfere nas vagas ou no tipo de procedimento ofertado?*
7. Fale sobre a ESF/APS na rede regionalizada (avanços, limites e dificuldades). Quais as estratégias para fortalecimento da ESF/APS nos distintos municípios para que estejam articulados com a rede regionalizada?
- *Qual as ações do Estado (DAB)/NRS em relação ao fortalecimento da ESF/APS na região de VC? (Investimento, aumento da cobertura, apoio institucional aos municípios);  Como tem sido as ações dos apoiadores institucionais?*
  - *Estruturação da rede física e incorporação tecnológica (aumento do escopo).*

- *Existência de apoio matricial e outros profissionais além da equipe mínima (Nasf)*
  - *Estratégia para atração e permanência dos profissionais (médicos principalmente). Quais as dificuldades e facilidades? Como isso é debatido no CIR?*
  - *Qual foi o impacto do “Mais Médicos” na ESF/APS na região (visão dos gestores, visão da população, tipo de práticas assistenciais, diminuição do leilão de médicos). Aumentou a cobertura por conta do PMM? Houve resistência entre os demais médicos?*
8. Quais os mecanismos de integração entre os serviços regionalizados? Como se dá a comunicação entre ESF/APS, serviços especializados, de apoio diverso e hospitalares?
- *Central de agendamento de consultas, leitos e regulação (marcação na USF? Como se dá a marcação?)*  *Existência de prontuário eletrônico/ e-SUS*
  - *Existência de protocolos clínicos (Como foram feitos? Funcionam? Etc.)*  *Como funciona a referência e a contrarreferência no município/região?*
  - *Existe critério de priorização de atendimento nos serviços? Como funciona?*
  - *Mecanismos de monitoramento das filas de espera para atenção especializada. Há conhecimentos sobre o tamanho da lista de espera de serviços especializados? Existem estratégias para diminuir as filas? Por que existem as filas? Quem monitora e como?*
  - *O que o usuário faz ou tem que fazer quando não encontra vaga para uma consulta ou procedimento especializado?*
  - *Utilização de sistemas de tecnologia de informação e comunicação (Telessaúde, EAD ou outros)*
9. Como se organiza o sistema de transporte sanitário na região de saúde de VC? (SAMU, procedimentos eletivos, exames complementares, outros).
- *Como a APS/ESF se articula com o sistema de transporte?*
  - *Como o usuário faz para se deslocar até o serviço de outro município para serviços especializados?*  *Quais os problemas relacionados a essa questão?*

<b>BLOCO 2 – QUESTÕES ESPECÍFICAS – CÂNCER DO COLO DO ÚTERO</b>
---

1. A detecção e tratamento do câncer (em geral) é um problema para os municípios desta região de saúde? Quais os problemas que você destacaria como mais importantes?
2. Para as consultas ginecológicas de rotina (exame citopatológico), quais as unidades de saúde que as mulheres procuram no município? Como se dar o acesso (marcação, tempo de espera etc.)?
  - Profissionais que atendem e realizam o exame citopatológico;
  - Infraestrutura da APS para realizar o exame preventivo com qualidade;

- Investimentos para qualificar a assistência ginecológica na APS (os profissionais sabem realizar a coleta do exame citopatológico?);
  - Facilidades e dificuldades na oferta do preventivo para as mulheres;
  - Há protocolo clínico para garantia da qualidade assistencial e coleta do exame citopatológico?
  - As mulheres procuram esse serviço? E as que não buscam como se faz para mantê-las com o exame preventivo em dia?
  - Após coletado o exame, qual unidade que analisará e de qual maneira o exame citopatológico é encaminhado para o laboratório?
  - Tempo de resposta/resultado entre o encaminhamento e o retorno para a unidade de saúde solicitante (como se dar esse fluxo?);
3. Em caso de detecção de alteração no resultado do exame citopatológico:
- Fale para qual local o resultado é encaminhado e como a mulher fica sabendo do mesmo (papel do ACS);
  - Após saber o diagnóstico, como a equipe de APS procede (casos de lesão de baixo grau e lesão de alto grau). As mulheres conseguem realizar uma nova consulta? (Em quanto tempo? Quem realiza?);
  - No caso de lesão de alto grau como é realizado o encaminhamento para o ginecologista? (Tempo, transporte). Fale sobre esse fluxo assistencial...
4. Sobre os serviços de referência para continuidade da assistência ao CCU, como o município tem organizado a linha de cuidado do CCU?
- Quais os prestadores relacionados a linha de cuidado ao CCU (Onde se localizam? Quem paga e como são pagos?);
  - Como se dá o acesso às consultas/exames/procedimentos em caso de detecção de alteração de lesão de alto (HSIL) grau para CCU? (Há fila? Há monitoramento de filas?);
  - Há laboratórios na região que participam do Programa de Qualificação Nacional em Citologia (QualiCito)? Quais? Como tem se dado esse processo de qualificação dos laboratórios na região?
  - Há Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU na região de saúde?
  - Como é o fluxo para envio das bases do Sisco/Scan? O Sisco está implementado no estado/região/município?

### **Considerações finais do entrevistado**

## APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**PESQUISA:** Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – GRUPO 2

(Profissionais Rede Especializada)

#### Perfil do entrevistado

Entrevistado(a): _____		
Idade: _____	Sexo: ( ) M	( ) F
Formação profissional: _____		
Pós-graduação: _____		
Nome do cargo: _____		
Tempo no cargo: _____		
Representação em órgão colegiado: _____		
Tempo no colegiado: _____		
Função anterior: _____		
No mesmo município: ( ) sim ( ) não		
Local de trabalho: _____		
Endereço profissional: _____		
Telefone de contato: _____		

#### Observações do entrevistador:

Entrevistador responsável: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre a entrevistada, questões-chave etc.): \_\_\_\_\_

1. As mulheres que chegam para o atendimento ginecológico no Centro de Saúde precisam de um referenciamento de algum ponto da rede municipal? Se sim, quais são

as referências (unidade de saúde, hospital, atravessadores...). Mulheres de outros municípios são referenciadas, também, para o Centro? Existe a possibilidade de atendimento sem ser por via de referenciamento (atravessadores, desembolso direto, sem encaminhamento...)

2. Quais os profissionais que referenciam as mulheres para o serviço ginecológico do Centro de Saúde (enfermeiro, médico da unidade de saúde, do hospital, outros especialistas)? Como ocorre esse referenciamento (guia de solicitação, ficha de referenciamento, ligação/atravessadores)?

3. Em relação ao exame citopatológico, como você percebe a qualidade da coleta nas unidades de saúde e quanto à leitura do laudo? Já sentiu a necessidade de solicitar a repetição de exames? Você conhece o laboratório? Tem abertura para algum tipo de relação com os profissionais? Se sim, como se dá esse processo?

4. Quais são os procedimentos realizados pela Ginecologia do Centro de Saúde? Quais os critérios para a realização de cada um (protocolo clínico, indicação da prefeitura...)? Você se sente preparada/o para a realização dos procedimentos? Na graduação houve uma preparação quanto às ações que você executa no serviço? Você acredita que foi suficiente ou há a necessidade de um aperfeiçoamento...? Quais os cursos de aperfeiçoamento que você tem acesso para o cuidado ginecológico? Fale um pouco sobre isso...

5. Quantos ginecologistas trabalham no Centro de Saúde? Possuem a mesma função? Se sim, existem critérios para o atendimento por cada profissional? Entre vocês, existe algum tipo de relação profissional, discussão de casos ou referenciamento? Como é o processo de trabalho de vocês?

6. Uma vez, a mulher chegando ao consultório ginecológico, como se dá o processo de atendimento/consulta? (roteiro, protocolo clínico, prontuário eletrônico)

7. Você percebe dificuldades para o acesso das mulheres ao serviço ginecológico do Centro de Saúde? Fale mais sobre isso...

8. Você percebe dificuldades para o acesso das mulheres a algum tipo de exame solicitado? Fale mais sobre isso...

9. Como você percebe a qualidade da leitura dos exames solicitados? Qual o tempo de retorno das mulheres com os exames que você solicitou? Você consegue identificar de que forma essas mulheres conseguem ter acesso a esses exames (SUS, desembolso direto, atravessadores)?

10. Você acredita que a demanda por atendimento clínico e exames consegue ser atendido? Se não, fale mais sobre isso e de que forma, você acredita que poderia ser melhorado ou solucionado.

11. Quando as mulheres chegam ao consultório ginecológico do município, qual o estágio de alteração que você mais percebe? Fale mais sobre isso...

12. Você tem acesso ao resultado do exame solicitado ou ele é enviado diretamente para outro local? Caso o diagnóstico seja confirmado, como as informações são disponibilizadas para a usuária (Centro de Saúde, retorno à unidade de saúde)?

13. Quais os serviços da rede de atenção à saúde da mulher que você tem contato (APS, Central de Marcação, serviços especializados para tratamento do CCU)? Como se dá esse processo (prontuário eletrônico, encaminhamento por guia, protocolo clínico, ligações, usuária)? Quais as dificuldades encontradas? Se sim, como você acredita que poderia ser aperfeiçoado?

14. Como os profissionais são preparados/sensibilizados para o trabalho na Linha de Cuidado do CCU? Existem parcerias com instituição que viabilizam a mudança na formação? Quais os resultados dessas estratégias?

- *Utilização de Sistemas de tecnologia de informação e comunicação (Telessaúde ou outros)*
- *Estratégias de Educação Permanente em Saúde*
- *Encontro com os especialistas*

15. Existem estratégias de diálogo clínico para melhorar a integração entre a APS e o serviço especializado?

16. Como você percebe a integração da APS com o Centro de Saúde no cuidado à saúde mulher? Como ocorre essa comunicação? Você acredita que a existência da APS interfere nesse cuidado? Fale mais sobre isso...

### **Considerações finais do entrevistado**

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e gerentes (Grupo 1)**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Estratégias para Integração Assistencial e Garantia de Acesso aos Serviços Especializados na Linha de Cuidado para o Controle de Câncer de Colo do Útero na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia”, desenvolvida pela mestrandia Noêmia Fernanda Santos Fernandes, sob orientação do Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. A pesquisa é parte de uma pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UFBA, intitulada “Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)”, aprovado, também, pela FAPESB.

Este estudo está sendo realizado na Região de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: “Analisar as estratégias de planejamento e gestão do cuidado para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica em rede regionalizada na Região de Saúde de Vitória da Conquista Bahia”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um roteiro de entrevista semiestruturado com informações (que serão gravadas) sobre a rede de atenção à saúde na microrregião e acerca da coordenação do cuidado em saúde, discorrendo sobre o papel da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com os diferentes níveis de atenção na rede regionalizada, destacando, ainda, os seguintes

aspectos: planejamento, gestão, e regulação assistencial; financiamento dos serviços; sistema de apoio de diagnóstico; sistema de informação e; participação social.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFBA.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre a gestão regionalização da rede de atenção à saúde e os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde local e brasileiro.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e dissertação. Para minimizar o risco da quebra de sigilo pelo número restrito de participantes da pesquisa, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pela pesquisadora, tais como a restrição do uso de citações e a não identificação dos entrevistados na apresentação dos resultados.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador-orientador e da pesquisadora-mestranda, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo.

---

Noêmia F. S. Fernandes  
Pesquisadora-mestranda

---

Adriano Maia dos Santos  
Pesquisador-orientador

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE  
 MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Trabalhadores da Saúde da Rede Especializada (Grupo 2)**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Estratégias para Integração Assistencial e Garantia de Acesso aos Serviços Especializados na Linha de Cuidado para o Controle de Câncer de Colo do Útero na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia”, desenvolvida pela mestranda Noêmia Fernanda Santos Fernandes, sob orientação do Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. . A pesquisa é parte de uma pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UFBA, intitulada “Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)”, aprovado, também, pela FAPESB.

Este estudo está sendo realizado na Região de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: “Analisar as estratégias de planejamento e gestão do cuidado para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica em rede regionalizada na Região de Saúde de Vitória da Conquista Bahia”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista semi-estruturada, composto por profissionais de saúde da rede especializada (ginecologistas) desta cidade, para debatermos juntos sobre a rede de atenção à saúde no município e na região, em relação à Linha de Cuidado ao Câncer de Colo

do Útero, sobretudo para entender a integração dos serviços e a coordenação do cuidado.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o (a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFBA.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação entre a Estratégia de Saúde da Família e os diferentes níveis de atenção à saúde na Bahia, num contexto de regionalização da rede de atenção à saúde, e os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde local e brasileiro.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e dissertação. Embora exista o risco da quebra de sigilo pelo número restrito de participantes da pesquisa, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pelo pesquisador, tais como a restrição do uso de citações e a não identificação dos entrevistados na apresentação dos resultados.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador-orientador e do pesquisadora-mestranda, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo.

---

Noêmia F. S. Fernandes  
Pesquisadora-mestranda

---

Adriano Maia dos Santos  
Pesquisador-orientador

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Trabalhadores da Saúde da  
APS (Grupo 3 e 4)**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Estratégias para Integração Assistencial e Garantia de Acesso aos Serviços Especializados na Linha de Cuidado para o Controle de Câncer de Colo do Útero na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia”, desenvolvida pela mestranda Noêmia Fernanda Santos Fernandes, sob orientação do Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. A pesquisa é parte de uma pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UFBA, intitulada “Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)”, aprovado, também, pela FAPESB.

Este estudo está sendo realizado na Região de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: “Analisar as estratégias de planejamento e gestão do cuidado para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica em rede regionalizada na Região de Saúde de Vitória da Conquista Bahia”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, composto por profissionais de Unidades de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) desta cidade, para debatermos juntos sobre a rede de atenção à saúde no município e na região, em relação à Linha de Cuidado ao

Câncer de Colo do Útero, sobretudo para entender a integração dos serviços e a coordenação do cuidado.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o (a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFBA.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação entre a Estratégia de Saúde da Família e os diferentes níveis de atenção à saúde na Bahia, num contexto de regionalização da rede de atenção à saúde, e os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde locorregional e brasileiro.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e dissertação. Embora exista o risco da quebra de sigilo pelo número restrito de participantes da pesquisa, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pelo pesquisador, tais como a restrição do uso de citações e a não identificação dos entrevistados na apresentação dos resultados.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador-orientador e do pesquisadora-mestranda, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo.

---

Noêmia F. S. Fernandes  
Pesquisadora-mestranda

---

Adriano Maia dos Santos  
Pesquisador-orientador

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE F**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**PESQUISA:** Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)

**ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – GRUPO 4****(Agentes Comunitários de Saúde - ACS)****Perfil do Grupo Focal**

Código do Grupo: GF- _____	Data do Grupo: / / _____
Município: _____	Início: _____ Final: _____
Duração: _____	
Local: _____	Número de participantes: _____
Grupo participante: _____	

Moderador: _____
Relator: _____

Nome do participante	Formação	Idade	Tempo na APS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

10.			
-----	--	--	--

**Observações do entrevistador** (eventos imprevistos, impressões sobre o grupo focal, questões-chave etc.): \_\_\_\_\_

1. Quando uma mulher tem necessidade de cuidados ginecológicos, qual o local que ela procura primeiro na rede municipal? Fale como isso tem acontecido...
2. Quais os principais desafios desta equipe para atendimento às demandas de saúde das mulheres? Por quê? O que se faz para superá-los? Como as atividades na Unidade de Saúde são organizadas (planejamento, reuniões) e como os problemas/soluções são debatidos? A equipe possui autonomia necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência?
3. Como as demandas das mulheres são ouvidas pela equipe? Como isso é feito e quais os profissionais que participam?
4. Em relação ao exame citopatológico (preventivo), como as mulheres conseguem marcação nas unidades de APS? Fale como se dar o fluxo de marcação e acesso aos profissionais de saúde para as consultas ginecológicas (preventivo) [*critérios, dias e horário, número de vagas, urgências e retornos, critérios de prioridade*]
5. Em relação à coleta do exame durante a consulta, os profissionais da APS, vocês consideram que eles estão preparados para realização deste procedimento? Fale um pouco sobre isso...
6. Como vocês percebem o desenvolvimento das ações das equipes de APS para controle do CCU (acesso das mulheres, tempo de espera para marcação, infraestrutura disponível, busca ativa das mulheres etc.).
7. Depois de coletado o material do exame citopatológico, fale como as mulheres recebem este resultado (tempo entre coleta e resultado, mecanismo para entrega do resultado etc.).
8. Diante de resultado de diagnóstico do preventivo alterado, como e quais as informações são disponibilizadas? (Qual profissional que dá o diagnóstico e quais os procedimentos diante do diagnóstico).
9. Em caso de dúvida sobre tratamento clínico, organização dos serviços etc., como as mulheres conseguem resolver?
10. Fale como tem sido o trabalho do ACS nas ações de CCU.
11. Fale especificamente do trabalho do médico e do enfermeiro nas ações de CCU.

12. Como a equipe tem feito quando uma usuária necessita de cuidados especializados e hospitalares (dentro e fora do município) por conta da alteração no exame preventivo? Qual o percurso mais comum? Existem outras.
13. Como acontece o agendamento com o especialista na rede para continuidade do cuidado à mulher com alteração no exame preventivo?
14. Quando alguém necessita do sistema de transporte sanitário na cidade e na região, como deve fazer? Como a equipe de APS se articula com o sistema de transporte? Qual a condição desse transporte, detalhe, por favor.
15. Depois de atendido na rede de serviços especializados, há contrarreferência do serviço? Como a equipe faz para dar seguimento ao cuidado? Como a usuária faz para conseguir uma nova consulta (revisão) na Unidade de APS?
16. Fale sobre os fluxos (caminhos/itinerários) da usuária na rede em relação a Linha de Controle ao CCU. (Porta de entrada, ESF, atenção especializada, apoios e rede hospitalar) - encaminhamentos da APS para os serviços especializados/ Vocês consideram adequados? Por quê? Como deveria ser? Por que é assim?
17. Como os ACS são preparados/sensibilizados para o trabalho na Linha de Cuidado do CCU? Existem parcerias com instituição que viabilizam a mudança na formação? Quais os resultados dessas estratégias?
18. Fale sobre o tratamento às mulheres que necessitaram de tratamento quimioterápico ou radioterápico (local de tratamento, mecanismo de acesso, qualidade da atenção etc.).
19. Comente sobre as principais facilidades e dificuldades vivenciadas pela equipe para desenvolver os cuidados ao CCU e pelos diversos serviços da rede da região.

### **Considerações finais**

20. Por favor, façam considerações adicionais que julgarem importantes sobre a APS e sobre a rede de serviços de saúde municipal e regional.

## APÊNDICE G



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**PESQUISA:** Estratégias de planejamento e gestão para integração assistencial e garantia de acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica na Região de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)

**ROTEIRO DE GRUPO FOCAL – GRUPO 3**

**(Enfermeiros e Médicos - APS)**

**Perfil do Grupo Focal**

Código do Grupo: GF-	Data do Grupo: / /
Município: _____	Início: _____ Final: _____
Duração: _____	
Local: _____	Número de participantes: _____
Grupo participante: _____	
Moderador: _____	
Relator: _____	

Nome do participante	Formação	Idade	Tempo na APS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**Observações do entrevistador** (eventos imprevistos, impressões sobre o grupo focal, questões-chave etc.): \_\_\_\_\_

1. Quando uma mulher tem necessidade de cuidados ginecológicos, qual o local que ela procura primeiro na rede municipal? Justifique:
2. Quais os principais desafios desta equipe para atendimento às demandas de saúde das mulheres? Por quê? O que se faz para superá-los? Como as atividades na Unidade de Saúde são organizadas (planejamento, reuniões) e como os problemas/soluções são debatidos? A equipe possui autonomia necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência?
3. Como as demandas das mulheres são ouvidas pela equipe? Como isso é feito e quais os profissionais que participam?
4. Em relação ao exame citopatológico (preventivo), como as mulheres conseguem marcação nas unidades de APS? Fale como se dar o fluxo de marcação e acesso aos profissionais de saúde para as consultas ginecológicas (preventivo) [*critérios, dias e horário, número de vagas, urgências e retornos, critérios de prioridade*]
5. Em relação à coleta do exame durante a consulta, os profissionais da APS estão preparados para realização deste procedimento? (Há protocolos clínicos? Como são utilizados e como foram feitos?) Como os profissionais foram qualificados para este procedimentos? Há mecanismo para atualização e avaliação da qualidade dos procedimentos para coleta do exame citopatológico? Fale um pouco sobre isso...
6. Como vocês percebem o desenvolvimento das ações das equipes de APS para controle do CCU (acesso das mulheres, tempo de espera para marcação, infraestrutura disponível, busca ativa das mulheres etc.).
7. Depois de coletado o material do exame citopatológico, fale sobre o fluxo que tal material seguirá até o resultado do exame. Fale como as mulheres recebem este resultado (tempo entre coleta e resultado, mecanismo para entrega do resultado etc.).
8. Diante de resultado de diagnóstico do preventivo alterado, como e quais as informações são disponibilizadas? (Qual profissional que dá o diagnóstico e quais os procedimentos diante do diagnóstico).
9. Em caso de dúvida sobre tratamento clínico, organização dos serviços etc., como as mulheres conseguem resolver?
10. Fale como tem sido o trabalho do ACS nas ações de CCU.
11. Fale especificamente do trabalho do médico e do enfermeiro nas ações de CCU.
12. Como vocês fazem quando uma usuária necessita de cuidados especializados e hospitalares (dentro e fora do município) por conta da alteração no exame preventivo?

Como se dá a comunicação entre a equipe de APS, serviços especializados, de apoio e hospitalares?

- *Qual o percurso mais comum? Existem outras formas? Há interferências ou favorecimentos?*
- *Como são as referências e contrarreferências*
- *Existência de prontuário eletrônico e protocolos clínicos*
- *Central de agendamento de consultas, leitos e regulação*
- *As consultas e/ou exames podem ser marcados na Unidade de Saúde?*

13. Como acontece o agendamento com o especialista na rede para continuidade do cuidado à mulher com alteração no exame preventivo?

- *Há vagas suficientes? Como as vagas são distribuídas? Como se prioriza as necessidades? Como as vagas são distribuídas entre as Unidades de APS?*
- *Estratégias relacionadas ao planejamento e regulação do tratamento fora do domicílio*
- *Mecanismos de monitoramento das filas de espera. Há conhecimentos sobre o tamanho da lista de espera (pela equipe ou município)?*

17. Quando alguém necessita do sistema de transporte sanitário na cidade e na região, como deve fazer? Como a equipe de APS se articula com o sistema de transporte? Qual a condição desse transporte, detalhe, por favor.

18. Os profissionais da APS conhecem os serviços especializados disponíveis na cidade e na região para continuidade do cuidado à mulher com alteração no exame preventivo? Depois de atendido na rede de serviços especializados, há contrarreferência do serviço? Como vocês fazem para dar seguimento ao cuidado? Como a usuária faz para conseguir uma nova consulta na Unidade de APS?

19. Fale sobre os fluxos (caminhos/itinerários) da usuária na rede em relação a Linha de Controle ao CCU. (Porta de entrada, ESF, atenção especializada, apoios e rede hospitalar) - encaminhamentos da APS para os serviços especializados/ protocolos clínicos na rede/ Vocês consideram adequados? Por quê? Como deveria ser? Por que é assim?

20. Como os profissionais são preparados/sensibilizados para o trabalho na Linha de Cuidado do CCU? Existem parcerias com instituição que viabilizam a mudança na formação? Quais os resultados dessas estratégias?

- *Utilização de Sistemas de tecnologia de informação e comunicação (Telessaúde ou outros)*
- *Estratégias de Educação Permanente em Saúde*
- *Encontro com os especialistas*

18. Existem estratégias de diálogo clínico para melhorar a integração entre a APS e o serviço especializado?

19. Fale sobre o tratamento às mulheres que necessitaram de tratamento quimioterápico ou radioterápico (local de tratamento, mecanismo de acesso, qualidade da atenção etc.).

20. Comente sobre as principais facilidades e dificuldades vivenciadas pela equipe para desenvolver os cuidados ao CCU e pelos diversos serviços da rede da região.

**Considerações finais**

21. Por favor, façam considerações adicionais que julgarem importantes sobre a APS e sobre a rede de serviços de saúde municipal e regional.