

Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil^I

The Line of Care for breast and cervical cancer: a study about referral and counter referral in five health-care regional branches of Sao Paulo, Brazil

Silvia Helena Bastos de Paula^{II}, Anna Volochko^{III}, Regina Figueiredo^{IV}

Resumo

Pretende-se neste artigo discutir aspectos da integralidade do cuidado partindo das condições sob as quais as regionais de saúde de São Paulo articulam a referência para o cuidado oferecido às mulheres afetadas por câncer de colo uterino e de mama, como marcadores de efetividade da referência regional nesta linha de cuidado. É estudo de avaliação com utilização de métodos mistos, por recorte oriundo de estudo mais amplo apoiado com recurso de edital da FAPESP. A pesquisa foi feita em cinco regionais de saúde do Estado de São Paulo de março a dezembro de 2006. As solicitações de mamografia da rede primária de atenção não tinham referência estruturada, dependendo de contatos pessoais, com obstáculos diversos, especialmente no tocante ao câncer de colo uterino, ao tratamento de infecções genitais das mulheres e de seus parceiros, e à referência e contrarreferência precoce para colpocitopatologia, cirurgia e serviço oncológico que eram críticos. Após dez anos da realização desse estudo e edição de novas políticas sobre atenção oncológica, é necessário promover estudos que permitam comparar o efeito dessas iniciativas e o grau do sistema de referências e contrarreferências.

Palavras-chave: Linha de cuidado; Referência; Câncer de colo de útero; Câncer de mama.

Abstract

The aim of this work is to discuss aspects of the integrated care from the particularities under which the health-care regional branches of São Paulo articulate the referral of the care offered to women affected by cervical and breast cancer as indicators on the effectiveness of the regional referral system in this *line of care*. This is an evaluation study with mixed methodology and is a part of a bigger study sponsored by FAPESP. The study was performed in five health-care regional branches from the state of São Paulo from March through December 2006. The mammography requests from the health-care primary network do not have a structured referral system, they are dependent on personal contacts and diverse obstacles; specially concerning to cervical cancer, the treatment of genital infections of the women and their couples and the early referral and counter referral towards colposcopy, surgery and oncological services that were critical. Ten years after performing this study and with the issuing of new policies on oncological care, it is necessary to promote studies that allow us to compare the effect of those initiatives and the situation of the referral and counter referral system.

Keywords: Line of care; Referral; Cervical cancer; Breast cancer.

^I Resultados referentes à linha de cuidado de câncer de colo e mama do Projeto "Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP", realizado pelo Convênio Fapesp, CNPq e PP SUS, nº 05/58542-7³².

^{II} Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos58@gmail.com) é enfermeira, doutora em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP), mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e membro do Núcleo de Práticas de Saúde e da Linha de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva.

^{III} Anna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica, doutora em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

^{IV} Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

Pretende-se discutir aspectos da integralidade do cuidado partindo das condições sob as quais as regionais de saúde de São Paulo articulam a referência para o cuidado oferecido às mulheres afetadas por câncer de colo uterino e de mama, analisados como marcadores de efetividade da referência regional nesta linha de cuidado.

Partiu-se da premissa de que para atenção básica operar a integralidade é necessário se estabelecer adequada rede física e instrumentos que tornem possível a comunicação entre níveis no atendimento às necessidades de saúde da mulher pelo acesso a serviços resolutivos do nível secundário em termos da realização de consultas e exames especialistas, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos e acesso a tratamento adequado, o que depende do funcionamento da referência e contrarreferência. A atenção integral à saúde, objeto do Sistema Único de Saúde,

por meio de rede hierárquica e por região, que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica e soma-se às ações em outros níveis de assistência, compondo rede articulada para garantir o acesso ao “cuidado à saúde”¹⁷.

O câncer no Brasil é reconhecido como problema de saúde pública desde 1919, e até meado do século 20 era visto como doença que afetava principalmente as mulheres, pois era percebido na sua relação com órgãos reprodutores femininos. A partir de 1975, com a criação dos sistemas de informação, foi observada a alta prevalência de câncer de mama, o que pode ter contribuído para a sua inclusão na agenda de políticas públicas de saúde, em 1984. Hoje este agravo é prioridade da política de saúde e recebe investimento em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do país, desde a atenção primária com o rastreamento, até a atenção especializada no tratamento da doença³⁰.

Estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2016-2017²⁶ apontam 560 mil casos novos de câncer. Entre mulheres, o tipo mais frequente é o câncer de mama (28,1% de casos novos) e o terceiro mais frequente é o câncer de colo uterino (7,9% de casos novos). Em São Paulo, estima-se que ocorrerão 15.570 casos novos de câncer de mama no biênio em curso e o índice será 69,70/100 mil, e 2.120 casos novos de câncer de colo uterino com índice de 9,5/100 mil habitantes.

Até 1990, o câncer de colo – em 70% dos casos – era diagnosticado na fase invasiva. Com a oferta de exames Papanicolaou nos serviços de atenção primária, o diagnóstico, atualmente, em 44% dos casos, é feito na fase precursora de lesão neoplásica maligna. A morbidade e mortalidade por câncer de colo uterino têm tendência de queda nos últimos anos, porém, a sua relação com infecção pelo HPV, que causa mutilações e mortalidade, não se encontra controlada, mesmo se tratando de um agravo evitável por prevenção primária. A maior incidência de morte por carcinoma de colo acomete mulheres acima de 45 anos com 76,13 % dos casos registrados, o que determina a idade avançada como um fator de risco para a mortalidade e exige cuidados para um rastreamento organizado e pronto tratamento dos casos diagnosticados com alterações citológicas²³.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde com equidade, de acordo com suas necessidades, e para oferecer atenção íntegra. As redes são formadas por relações e pactos entre pessoas, serviços e sistemas que atuam de forma interdependente e com responsabilidade partilhada entre os pontos da rede¹³. A RAS só funciona se houver usuários, políticos, gestores e trabalhadores comprometidos, e essa é condição indispensável para atenção aos agravos decorrentes de câncer de mama e de colo uterino que, por sua natureza, envolvem a rede de atenção básica, as redes secundárias e terciárias e a rede oncológica. Especialmente nas Unidades

Básicas ou nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) que são porta de entrada do usuário no sistema de saúde, se constituem em espaços importantes de práticas multiprofissionais e por estarem mais próximas do lugar onde vivem as pessoas, trazem mais possibilidades de contato dos profissionais da saúde com a comunidade²⁶.

A referência e contrarreferência em apoio à rede de atenção básica de saúde são meios de operar o sistema, articulando os diversos níveis de complexidade tecnológica no sistema local, estadual e federal. A Lei Orgânica da Saúde⁷ prevê que entre as diretrizes do SUS deve ocorrer: o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, II); a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7º, inciso II). Assim, toda gestão das referências passa pelo nível local, que depende dos demais entes federal e estadual, com diferentes funções na organização e funcionamento do SUS, admitida por especialistas como a única política social realmente instituída no país.

O sistema de referência e contrarreferência visa a estabelecer um fluxo regulado e ordenado de usuários(as) entre os pontos de atenção à saúde, vislumbrando-se práticas resolutivas e orientadas pelo princípio da integralidade. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com a finalidade de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades de saúde de modo equânime e íntegro¹⁹.

O Programa Integral de Saúde da Mulher⁹ foi proposto no Estado de São Paulo em 1983 e iniciado em 1985. A Política Nacional de Saúde da Mulher incorpora os enfoques de gênero, etnia, integralidade e promoção da saúde (Brasil, 2004). Por sua amplitude e complexidade, este

programa pode ser decomposto em várias linhas de cuidados, que, necessariamente devem se articular para realizarem a integralidade. Entre elas, destacam-se a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo cérvico-uterino e identificação precoce do câncer de mama; assistência ao climatério e outros, inscritos no rol dos direitos sexuais e reprodutivos¹⁸.

Os obstáculos para o diagnóstico oportuno e acesso aos meios de tratamento são as principais causas para a alta mortalidade, que, além de determinar pior prognóstico para as mulheres, aumentam o custo do tratamento para o sistema de saúde. O câncer de mama representa, entre as neoplasias do sexo feminino, a de maior importância em razão da alta incidência e o elevado coeficiente de mortalidade no Município de São Paulo, com maior incidência entre os 50 e 59 anos²⁹. Ao se considerar as diretrizes de programação do Pacto de Saúde do Ministério da Saúde¹⁰, a cobertura prevista para esta população é de 80%, o que resulta em população de referência para este procedimento.

Quanto ao câncer de colo uterino, a principal estratégia de prevenção tem sido o procedimento da coloração de Papanicolaou na citologia oncológica, que consiste em processo de múltiplas etapas destinadas a mostrar a morfologia, os graus de maturidade e de atividade metabólica das células¹. Segundo o INCA²³, o exame de Papanicolaou identifica, em 80% dos casos, alterações celulares que podem se transformar em câncer. Se houver lesões em estádios iniciais, o que acontece na maioria dos casos de mulheres que fazem exames periodicamente, a cura é de 100%. O câncer do colo do útero é mais prevalente entre mulheres com iniciação sexual precoce e com múltiplos parceiros, também estando relacionado à infecção pelo HPV e a fatores como tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais.

O enfoque da integração dos sistemas e redes de saúde abrange diversos aspectos inter-relacionados, tais como: regulação dos serviços;

processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação; e apoio logístico. Diversos desses aspectos são considerados por Hartz e Conrandiopoulos²⁰ como elementos decisivos para garantir a integração das redes de saúde.

O tema da referência e do acesso para integralidade tem se constituído em preocupação permanente na gestão do SUS, aperfeiçoada pela criação dos princípios orientadores do processo de regulação da atenção estabelecidos pelo Pacto pela Saúde, de 2006¹⁶, da Portaria 1.559, de 2008⁶, da Política Nacional de Regulação do SUS e no Decreto 7.508, de 2011⁴, que dispõe sobre a organização do SUS e assevera que “Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região”¹⁵ e a Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015^{5,8}, que trata de critérios e aspectos orientadores, mas não impositivos, para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, e revoga a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002, que foi criada logo depois da instituição do SUS, mas já não atendia ao que se entende como necessidade de serviços no SUS¹³.

A regulação dos serviços é tarefa indelegável do gestor do sistema de saúde e compreendem os seguintes processos: o planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população; estabelecimento de responsabilidades e de metas quantitativas e qualitativas da atenção para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; e acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados para a correção dos processos de trabalho.

Para este artigo tomou-se como referência a linha de cuidado em saúde da mulher nos cuidados de prevenção e controle de câncer de mama

e colo de útero e os fatores que favorecem ou que são barreiras à referência e contrarreferência.

Método

Estudo avaliativo com utilização de métodos mistos. Recorte oriundo de estudo mais amplo “Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP”, apoiado com recurso de edital da FAPESP/CNPq – SUS nº 05/58542-7³². A pesquisa foi realizada em cinco regionais de saúde do Estado de São Paulo, de março a dezembro de 2006.

As regionais foram selecionadas por agrupamentos considerando-se semelhanças em relação à capacidade instalada de saúde, ao esforço do gestor para garantir os mecanismos de referência e às condições de vida e riqueza, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Foram classificadas e selecionadas para o estudo: Campinas – CPN (grupo 1 – elevados esforços de referência e melhores condições de vida e riqueza); Piracicaba – PRC (grupo 2 – elevados esforços de referência e condições medianas de vida e riqueza); São José do Rio Preto - SJRP (grupo 3 – elevados esforços de referência e mediana oferta de serviços e condições de vida e riqueza); Mogi das Cruzes – MC (grupo 4 – níveis médios de esforços de referência e mediana oferta de serviços e baixas condições de vida e riqueza); e São José dos Campos – SJC (grupo 5 – baixos níveis de esforços para referência e baixa oferta de serviços de saúde e medianas condições de vida e riqueza), em consenso estabelecido com os parceiros dessa pesquisa – Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS-SES-SP) e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP)³².

A região com maior concentração de municípios com mais de 100.000 habitantes é parte da região metropolitana de São Paulo (Regional de Mogi das Cruzes), seguida da Região de Campinas, São José dos Campos, Piracicaba e São

José do Rio Preto. Vale destacar que 95% dos municípios da Região de São José do Rio Preto têm menos de 50.000 habitantes.

Neste trabalho se busca uma primeira aproximação com a questão da referência para o câncer de mama e câncer de colo com base nos princípios de universalidade e integralidade do SUS e pela análise dos seguintes indicadores de processo: referência para mamografia em mulheres de 40 anos ou mais; referência para tratamento quimioterápico, radioterápico e internações; realização de exame de Papanicolaou para a população de 25-59 anos, e referência para tratamento de lesões de alto grau.

Foram levantados dados primários com entrevistas e secundários de relatórios e do Sistema de Informação do SUS - DATASUS (dados de referência SIAB, SIA e SIH, SIM)¹². O material empírico foi produzido por meio de entrevistas e analisado pela técnica de análise temática, segundo Bardin², seguindo os passos de definição de unidades de análise; categorização (codificação, classificação de categorias); seleção de conteúdos que represente as categorias; análise e críticas com base no material teórico e nas observações de campo. As entrevistas realizadas com gestores regionais e municipais de temas definidos para a análise das entrevistas, pactos de referência, instrumentos de referência e contrarreferência e Programação Pactuada Integrada (PPI) incorporaram linhas de cuidado do câncer de colo de útero e de mama, programadas pelos municípios de acordo com os aspectos de necessidade, a partir da atenção básica, com a perspectiva da integralidade: diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-natal.

Resultados

Os dados foram analisados segundo a referência teórica que fundamenta o SUS, e a da integralidade, comparando as diferentes realidades regionais e municipais, visando à melhoria da rede de atenção à saúde às mulheres afetadas

por câncer de mama e de colo de útero. Os resultados serão apresentados em duas etapas: quantitativa e qualitativa.

Indicadores da linha de cuidado do câncer de mama

As modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer de mama são cirurgia oncológica, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia.

a) Concentração de mamografias

De acordo com Quadro 1, São José dos Campos foi a regional com a maior concentração

de mamografias entre as regionais estudadas, com 0,17 mamografias por mulher de 50 a 69 anos, seguida pela de Campinas – 0,13; São José do Rio Preto – 0,12; Mogi das Cruzes – 0,11 e Piracicaba com 0,08. Como se pode ver, a meta da cobertura recomendada de 0,5 ficou muito aquém em 2003. Na regional de São José dos Campos, 58,33% dos municípios tiveram cobertura abaixo da média da regional com 7 municípios sem registro de mamografia e 41,67% apresentaram cobertura acima da regional, tendo São Sebastião apresentado a maior concentração de mamografias.

Quadro 1 – Concentração de mamografias - médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regiões selecionadas do Estado de São Paulo, 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	48,57	81,82	84,62	58,33	94,06
Superior (%)	51,43	18,18	15,38	41,67	5,94
Média	0,13	0,11	0,08	0,17	0,12
Limites % mín-máx	0,00 - 0,55	0,00 - 0,41	0,00 - 0,13	0,00 - 0,22	0,00 - 0,35
Municípios abaixo da média	27 mun. <	7 mun. <	18 mun. <	7 mun. <	91 mun. <
Municípios acima da média	Bragança Paulista >	Itaquaquecetuba >	Piracicaba >	São Sebastião >	Jales >

A inclusão de mamografias na atenção à saúde da mulher no SUS se deu em 1999, com a distribuição de 50 mamógrafos em comodato para estados de todo o país, decorrente da criação do Programa Viva Mulher, que, até então, só realizava prevenção de câncer de colo uterino. Com a inclusão da mamografia, pensou-se no primeiro momento tratar de casos já em fase avançada e só em 2000/2001 se tratou de identificar câncer em estágio inicial¹¹.

A mamografia é o exame recomendado para investigação de alterações nas mamas e para o rastreamento do câncer de mama. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 60% das mulheres de 50 a 69 anos no país tinham feito mamografia nos dois anos anteriores à data da pesquisa. Essa proporção teve variedade segundo regiões, sendo de 38,7% na Região Norte; 47,9% na Nordeste; 55,6% na Centro-Oeste; 64,5% na Sul; e 67,9% na Região Sudeste.

São Paulo conta atualmente com 433 mamógrafos e capacidade para realizar 4,4 mamografias para 240 mil mulheres pelo SUS. Segundo a OMS, a oferta desejável é no mínimo de 1/240 mil mulheres. Ainda assim, o câncer de mama no estado apresenta-se como importante causa de morte entre mulheres, o que exige inovação para promover o acesso e agilidade nas intervenções pós-diagnóstico inicial com responsabilidade partilhada, tanto dos serviços primários quanto dos demais pontos da rede no cuidado longitudinal dessas mulheres. A estruturação adequada de Centro de Alta complexidade em oncologia (CACON) no estado, constitui uma área crítica da saúde neste estado, mesmo depois da revisão dos parâmetros de programação que prevê nas Regiões Sudeste e Sul, será observada a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 1.300.000 (um milhão e trezentos mil) habitantes²².

b) Internações por câncer de mama

No Quadro 2 observa-se que na Regional de São José do Rio Preto, 64,36% dos municípios tiveram média de internações abaixo da regional, com 45 municípios sem registro de internação e 35,64% acima da média regional, com o município de Meridiano apresentando 856,16 internações por 100.000 mulheres de 50 a 69 anos, o maior valor do estudo, configurando-se em referência para a região. Em São José dos Campos, 83,33% dos municípios estão abaixo da média regional, com 5 municípios sem internações e 16,67% acima. Caraguatatuba apresentou o maior percentual de internações (227,55) por motivo de câncer de mama.

Na Regional de Piracicaba, 73,08% dos municípios têm menos internações que a média regional, com 7 municípios sem internações e 26,92% com mais internações que a regional, e Cordeirópolis apresentando índice de internações de 410,85/100.000 mulheres de 50-69

anos. Na Regional de Campinas, 57,14% dos municípios têm menos internações que a média da regional, mas apenas 4 municípios não registraram nenhuma internação e 42,86% tiveram mais internações que a média da regional. Lindoia apresentou o maior valor 503,78/100.000 mulheres de 50-69 anos.

Apesar de apresentar a menor média, Mogi das Cruzes apresenta menor desigualdade quanto a internações, com 45,45% abaixo do valor da regional e 54,55% acima dele. O menor valor ocorreu no município de Salesópolis, com 31,93/100.000 mulheres de 50-69 anos, e o menor em Santa Isabel, com 162,12 /100.000 mulheres de 50 - 69 anos.

A regional de São José do Rio Preto apresenta o maior índice de internação por câncer de mama: 142,02/100.000 mulheres de 50 a 69 anos, seguidos por São José dos Campos - 137,33; Piracicaba - 131,21; Campinas - 125,91; e Mogi das Cruzes com 49,24. Verifica-se que todas as regionais, exceto Mogi das Cruzes, que tem menos da metade das internações das demais, cada uma tem um valor semelhante e elevado (Quadro 2).

c) Sessões de quimioterapia por câncer de mama

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos no tratamento de câncer, denominada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral, específica para destruição de células malignas. A quimioterapia é classificada em curante, adjuvante (que age diminuindo a incidência de metástases a distância), neoadjuvante ou prévia, que visa à redução parcial do tumor, objetivando permitir o complemento terapêutico, cirúrgico e/ou radioterápico e paliativo, que não tem finalidade curante, mas almeja melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente²².

Quadro 2 – Índice de internações por câncer de mama em cinco regiões de saúde de São Paulo, 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101municípios
Inferior (%)	57,14	45,45	73,08	83,33	64,36
Superior (%)	42,86	54,55	26,92	16,67	35,64
Média	125,91	49,24	131,21	137,33	142,02
Limites	0,00 - 503,78	31,93 - 162,12	0,00 - 410,8	0,00 - 227,55	0,00 - 856,16
Municípios abaixo da média	4 mun. <	Salesópolis<	7 mun. <	5 mun. <	45 mun. <
Municípios acima da média	Lindoia >	Santa Isabel >	Cordeirópolis >	Caraguatatuba >	Meridiano >

De acordo com o Quadro 4, na Regional de São José do Rio Preto é também onde ocorre a maior diferença intermunicipal. Em 69,31% dos municípios a média está abaixo dos valores da regional e em alguns municípios não há sessões de quimioterapia registradas, enquanto em 30,69% a média é maior que a da regional, com o município de Urupês alcançando o valor máximo do estudo (10.351,93 sessões).

O índice de sessões de quimioterapia alcançou valores muito elevados em todas as regionais estudadas, com São José do Rio Preto liderando com 3.719,38/100.000 mulheres de 50 a 69 anos, seguida por São José dos Campos – 3.645,14 e com valores bem mais baixos, Piracicaba – 2.852,34; Campinas – 2.474,47 e Mogi das Cruzes – 2.242,58. Vale ressaltar que se estima que a estrutura de referência e hospital-escola seja um fator que influi nos números de procedimentos realizados.

Quadro 3 – Sessões de quimioterapia por câncer de mama - médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas, Estado de São Paulo, 2003

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	São José Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	78,57	50,00	76,92	83,33	69,31
Superior (%)	21,43	50,00	23,08	16,67	30,69
Média	2.474,47	2.242,58	2.852,34	3.645,14	3.719,38
Limites	507,04 - 6.184,90	1.437,98 - 3.231,49	0,00 - 4.852,34	0,00 - 4.792,28	0,00 - 10.351,93
Municípios abaixo da média	Nazaré Paulista <	Guararema <	2 mun. <	2 mun. <	15 mun. <
Municípios acima da média	Tuiuti >	Poá >	Araras >	São José Campos >	Urupês >

d) Sessões de radioterapia por câncer de mama

A radioterapia é o uso clínico de radiação ionizante com a finalidade de causar danos letais a células malignas. Dose pré-calculada de radiação é aplicada em zona que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada. As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Ao interagirem com os tecidos, tais radiações dão origem a elétrons rápidos que ionizam o meio e criam efeitos químicos como a hidrólise da água e a ruptura das cadeias de ADN. Um aparelho de radioterapia tem capacidade de atender em média 6 pacientes por hora, se utilizado 10 minutos de aplicação por atendimento.

A regional com o maior índice de sessões de radioterapia por câncer de mama foi Piracicaba, com 162,47/100.000 mulheres de 50 a 69 anos, seguida pelas de São José do Rio Preto – 149,72; Mogi das Cruzes – 138,14; Campinas – 133,19; e São José dos Campos, com 122,47.

e) Mortalidade por câncer de mama

Em relação à mortalidade por câncer de mama verifica-se discreta tendência de queda

em todas as regiões, exceto a de Campinas, que é classificada como de elevados esforços de referência e oferta de serviços, com melhores condições de vida e riqueza. Em relação ao câncer de mama, a redução da mortalidade depende então de referência e contrarreferência a centros de diagnóstico por imagens e a centros oncológicos especialistas. Essas pacientes necessitam no pós-operatório de ações de recuperação, como fisioterapia e natação, bem como próteses mamárias.

Linha de cuidados para o câncer de colo de útero

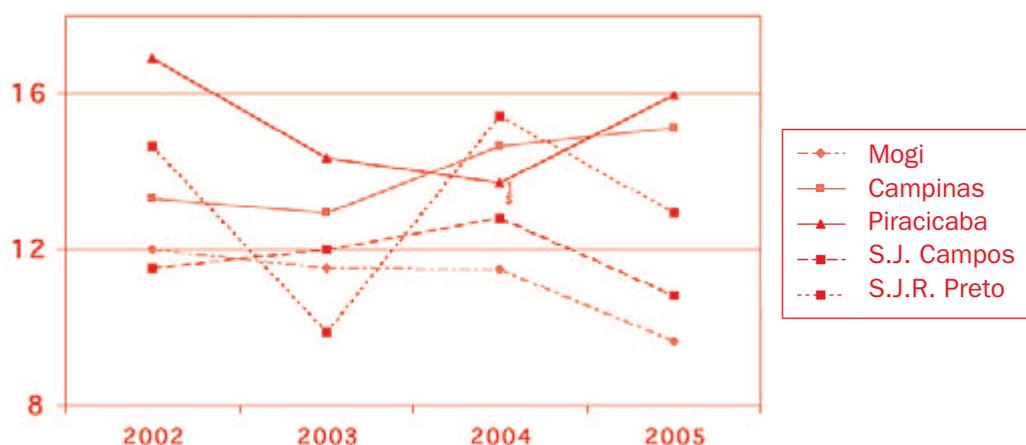
Até 1990, o câncer de colo de útero, em 70% dos casos, era identificado em fase invasiva. Atualmente, com a oferta de exame de Papanicolaou nos serviços de atenção primária, o diagnóstico atualmente em 44% dos casos é feito na fase precursora de lesão maligna²³.

A morbidade e mortalidade por câncer de colo uterino apresentaram tendência de queda nos últimos anos, porém, a sua relação com infecção pelo papilomavírus humano (HPV), que causa mutilações e mortalidade, não se encontra controlada, mesmo se tratando de um agravo evitável por ações de prevenção primária. A

Quadro 4 – Sessões de radioterapia por câncer de mama - médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas, Estado de São Paulo, 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios
Média	133,19	138,14	162,72	122,47	149,72
Limites	0,00 - 501,00	0,00 - 648,64	0,00 - 265,49	0,00 - 978,47	0,00 - 727,27
Municípios abaixo da média	9 mun. <	Biritiba-Mirim <	8 mun. <	2 mun. <	58 mun. <
Municípios acima da média	Vargem >	Salesópolis >	Sta. Maria Serra >	Jambeiro >	Macedônia >

Figura 1. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama nas cinco regiões do estado de São Paulo estudadas, 2002-2005.



maior incidência de morte por carcinoma de colo de útero encontra-se em mulheres acima de 45 anos, com 76,13% dos casos registrados, o que determina a idade avançada como um fator de risco para a mortalidade e exige cuidados para um rastreamento organizado e pronto tratamento dos casos alterados diagnosticados.

A linha de cuidados com o câncer de colo de útero se inicia na Atenção Primária, com ações de promoções e preventivas de sexo seguro e cuidados referentes à identificação precoce e tratamento oportuno de infecções sexualmente transmissíveis na mulher e seus parceiros(as), que são as verdadeiras ações preventivas do câncer de colo de útero.

Foram considerados como casos de câncer de colo uterino todos os casos assim mencionados, somados aos de câncer de útero sem outra especificação. Esse último refere-se em geral a casos de câncer invasivo em estágio avançado, na maioria, originários do colo uterino, provavelmente diagnosticados tardiamente.

As normas do Programa Integral de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de

São Paulo têm meta de cobertura estabelecida sob pacto com os municípios em 80% da população-alvo de mulheres de 25 a 59 anos, e 100% de mulheres que apresentem lesões avançadas do tipo em que se recomenda pronto tratamento pela realização de exame de Papanicolaou em todas as usuárias de Unidades Básicas de Saúde, com ou sem queixas de escorrimentos. O protocolo de exame de Papanicolaou era, nos casos novos, o de fazer um exame que, se negativo, seria repetido no próximo ano e, se novamente negativo, seria agendado em intervalos trianuais, sempre que o resultado fosse negativo. Em casos de alterações mais importantes, a orientação era tratar a cervicite e repetir o exame entre 6 e 12 meses depois do tratamento. Obedecidas às normas, esperar-se-ia uma cobertura de 0,4 por mulher de 25 a 59 anos da população²⁹.

Todavia, nem sempre esse protocolo é seguido e, muitas vezes, a coleta para o exame de Papanicolaou precede a consulta ginecológica e é realizada em mulheres com corrimento, dificultando a análise citológica do esfregaço. Outro problema técnico é não coletar material da

endocérvice, lugar do surgimento de adenocarcinomas, perdendo a oportunidade de diagnosticá-los em estágio inicial, quando ainda é uma lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I). Muitas vezes serão identificadas apenas quando avançam para uma lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III), ou até como carcinoma epidermoide invasor²³.

f) Concentração de exames de Papanicolaou

Analisando-se o Quadro 7 acerca da concentração de exames de Papanicolaou, verifica-se entre as regionais estudadas que São José do Rio Preto teve a maior proporção de exames de citologia (0,25/mulher), seguida pelas de Campinas (0,23) e Mogi das Cruzes (0,21). São José dos Campos e Piracicaba ficaram bem abaixo, com respectivamente 0,17 e 0,13. Todas as regionais apresentaram concentrações médias em 2004 bem abaixo da recomendada.

Quadro 5 – Concentração de exames Papanicolaou – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	33,33	66,64	57,69	41,67	43,56
Superior (%)	66,67	34,36	42,31	58,33	56,44
Média	0,23	0,21	0,13	0,17	0,25
Limites	0,00 - 0,62	0,00 - 0,35	0,00 - 0,51	0,00 - 0,74	0,00 - 2,18
Municípios abaixo da média	3 mun. <	2 mun. <	9 mun. <	Sta. Branca <	7 mun. <
Municípios acima da média	B.J. Perdões >	Arujá >	Analândia >	Monteiro Lobato >	Populina >

Os dados do SIAB, fonte das informações quanto à coleta de Papanicolaou, são dados de produção, não sendo possível saber a quantas pessoas se referem. É possível que residentes de municípios, onde não houve registro de coleta, utilizem unidades de saúde de outros municípios, ou, ainda, que haja sub-registro de informações de coletas feitas pelas demandas de trabalho com poucos funcionários. Por último não se sabe o número de mulheres atendidas nem a proporção de coletas de exames Papanicolaou feitas fora do âmbito do SUS.

g) Internações por câncer de colo uterino

No Quadro 6, a regional de Piracicaba apresentou a maior média de internações entre as estudadas, 107,39 internações por 100.000 mulheres de 25 a 59 anos; seguida por Campinas, com 79,11; São José do Rio Preto, com 36,12; Mogi das Cruzes, com 28,29; e Piracicaba, com 18,97. Não se tem informação sobre o procedimento executado nas internações que pode ter sido cirurgia, ou as primeiras sessões de quimioterapia e/ou radioterapia, ou mesmo internação terminal para terapia paliativa.

Quadro 6 – Internação por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	71,43	36,36	69,23	58,33	76,24
Superior (%)	28,57	66,64	30,77	41,67	23,76
Média	79,11	28,29	107,39	18,97	36,12
Limites	0,00 - 346,85	19,14 - 55,70	0,00 - 359,62	0,00 - 24,96	0,00 - 1273,89
Municípios abaixo da média	14 mun. <	Guarulhos <	9 mun. <	5 mun. <	68 mun. <
Municípios acima da média	Sta. Barbara D'Oeste >	Biritiba-Mirim >	Rio Claro >	S. J. Campos >	Monções >

A falta de incidência de casos de câncer de colo uterino não permite avaliação qualificada das internações nem dos procedimentos terapêuticos referentes a esse tipo de câncer, contados como índices específicos da população de mulheres de 25 a 59 anos.

h) Quimioterapia por câncer de colo uterino

Quanto às sessões de quimioterapias do Quadro 9, foram aplicadas em pacientes com câncer de colo de útero. A região de São José do Rio Preto apresentou o maior índice de sessões de quimioterapia feitas, de 37,03/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, seguidas pelas regionais de Piracicaba, com 33,22; São José dos Campos, com 30; Mogi das Cruzes, com 25,42; e Campinas, com 9,91.

Quanto às sessões de quimioterapia realizadas em pacientes com câncer de colo de útero, São José do Rio Preto foi a regional com o maior índice de sessões de quimioterapia feitas, de 37,07/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, seguidas pelas regionais de Piracicaba, com 33,22; São José dos Campos, com 30; Mogi das Cruzes, com 25,42, e Campinas, com 9,91.

Em São José do Rio Preto, 85,15% dos municípios tinham média abaixo da média regional e 83 municípios não tiveram sessões de quimioterapia, enquanto de outro lado, 14,85% tiveram acima da

média da regional, e o município de Marinópolis índice de 603,62/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

Na regional de Piracicaba, 80,77% dos municípios tiveram médias abaixo da regional, com 15 deles sem nenhuma sessão de quimioterapia, e 19,23% com médias acima, culminando com o município de Analândia, que teve 383,14 sessões.

Em São José dos Campos, 81,82% dos municípios tiveram médias de quimioterapia abaixo da média regional. Em 5 deles não houve sessões de quimioterapia e nos demais 18,85%; a média superou a da regional, e Caraguatatuba teve a maior média: 53,36 de sessões de quimioterapia.

Na regional de Mogi das Cruzes, um pouco menos da metade dos municípios (45,45%) teve menos sessões de quimioterapia que a média da regional, com 2 deles sem nenhuma sessão e pouco mais da metade (54,55%) teve médias superiores às da regional, o valor máximo ocorrendo no município de Biritiba-Mirim.

Na regional de Campinas, pouco mais de 80% dos municípios tiveram média de sessões abaixo da regional, com 32 municípios sem sessões de quimioterapia. Pouco menos de 20% dos municípios tiveram mais sessões de quimioterapia do que a regional, com o município de Bragança Paulista apresentando o maior valor – 116,86/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

Quadro 7 – Quimioterapia por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	80,95				
Superior (%)	19,05	54,55	19,23	18,85	14,85
Média	9,91	25,42	33,22	30,00	37,03
Limites	0,00 - 116,86	0,00 - 129,97	0,00 - 383,14	0,00 - 53,36	0,00 - 603,62
Municípios abaixo da média	32 mun. <	2 mun. <	15 mun. <	5 mun. <	83 mun. <
Municípios acima da média	Bragança Pta. >	Biritiba-Mirim >	Analândia >	Caraguatatuba >	Marinópolis >

i) Radioterapia por câncer de colo uterino

Quanto ao Quadro 8, das sessões de radioterapia, a regional de Piracicaba apresentou o maior índice de 43,63/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, seguida pela de São José dos Campos, com 37,30%; Mogi das Cruzes, com 35,81%; Campinas, com 32,95%; e São José do Rio Preto,

com 28,77%. Em Piracicaba, quase 70% dos municípios tiveram índice de sessões de radioterapia inferiores aos da regional e pouco mais de 30% maiores, com 15 municípios sem sessões de radioterapia e o município de Ipeúna apresentando o maior índice de 492,13/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

Quadro 8 – Radioterapia por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo, 2003.

	Campinas 42 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J.Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	54,76	54,55	69,27	75,00	82,18
Superior (%)	45,24	45,45	30,77	25,00	17,82
Média	32,95	35,81	43,63	37,3	28,77
Limites	0,00 - 170,21	0,00 - 66,12	0,00 - 492,13	0,00 - 72,04	0,00 - 603,62
Municípios abaixo da média	14 mun. <	4 mun. <	15 mun. <	6 mun. <	81 mun. <
Municípios acima da média	Artur Nogueira >	Mogi das Cruzes >	Ipeúna >	Ubatuba >	Marinópolis >

Na regional de São José dos Campos, 75% dos municípios tiveram índice abaixo dos da Regional de Saúde, com 6 municípios sem radioterapia. E entre os 25% de municípios com índices acima da regional, Ubatuba teve o maior valor de 72,04/100.000 mulheres de 25 a 59 anos. Em Mogi das Cruzes, pouco mais da metade, de 54,55% dos municípios, teve índices de radioterapia abaixo da média da regional, com 4 municípios sem esse tipo de terapia; e 45,45% estavam acima da média da regional, com o município-sede apresentando o maior valor, 66,12. Em Campinas, praticamente as mesmas proporções de municípios da regional de Mogi das Cruzes apresentavam valores abaixo e acima dos da regional, com 14 municípios sem registro de radioterapia e o município de Artur Nogueira com os maiores valores de 170,21/100.000 mulheres de 25 a 69 anos.

São José do Rio Preto foi a regional com a menor média: 82,18% abaixo dela, e 81 municípios sem registro de radioterapia, mas também apresentou o município com o maior registro do

estudo: Marinópolis, com 603,62/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

j) Mortalidade por câncer de colo uterino

Pelo Quadro 9 pode-se constatar que a regional de São José do Rio Preto foi a que apresentou a menor mortalidade por câncer de colo uterino, de 4,9/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, e São José dos Campos a maior mortalidade 9,61, enquanto as demais, Piracicaba (6,38), Campinas (7,52) e Mogi das Cruzes apresentaram valores intercedentes.

Em São José do Rio Preto, quase 90% dos municípios tiveram mortalidade abaixo da média da regional, mas 90 municípios dela não tiveram nenhuma morte, e pouco mais de 10% superaram a média do município Álvares Florence, que apresentou a maior mortalidade – 105,04.

Na Diretoria Regional de Piracicaba, quase 70% dos municípios tiveram mortalidade abaixo da média da regional; e 16 deles não apresentaram nenhuma morte, embora o índice do município de Santa Gertrudes tenha sido o quádruplo da regional.

Quadro 9 – Mortalidade por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003

	Campinas 42 municípios	Mogi Cruzes 11 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J.Campos 12 municípios	S.J.Rio Preto 101 municípios
Inferior (%)	66,67	66,67	69,23	53,85	89,11
Superior (%)	33,33	33,33	30,77	46,15	10,89
Média	7,52	7,88	6,38	9,61	4,9
Limites	0,00 - 86,81	0,00 - 20,55	0,00 - 27,17	0,00 - 134,41	0,00 - 105,04
Municípios abaixo da média	20 mun. <	Salesópolis <	16 mun. <	5 mun. <	90 mun. <
Municípios acima da média	Pedra Bela >	Guararema >	Sta. Gertrudes >	Monteiro Lobato >	Álvares Florense >

Dois terços dos municípios de Campinas tiveram índice abaixo da daquela regional com 20 municípios sem mortes e 1/3 com valores superiores, com o máximo alcançado pelo município de Pedra Bela, com mais de 10 vezes. Praticamente o mesmo acontece na Região de Mogi das Cruzes, na qual o município de Salesópolis não apresentou mortes, e o de Guararema teve um índice de 20,55/100.000 mulheres de 50 a 69 anos. Em São José dos Campos, pouco mais da metade dos municípios da DIR teve mortalidade menor que a média regional, com 5 municípios sem mortes, mas o município de Monteiro Lobato apresentou índice mais de 13 vezes maior.

A mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, em quase 100% dos casos, se for diagnosticada na fase inicial. O curso de um tumor pode levar até 15 anos para que se dê o desfecho de óbito. O prognóstico no câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, e a mortalidade está intensamente associada ao diagnóstico tardio em fases avançadas. Segundo os registros de hospitais brasileiros de câncer, em média, a metade das pacientes tem diagnóstico inicial em estágio III ou IV (Brasil, 2004). Segundo estudo executado por Thuler e Mendonça³¹, com base em dados coletados em 96 centros oncológicos brasileiros, entre 1995 e 2002, 45,5% das pacientes já se encontravam nos estádios III-IV no momento do diagnóstico da neoplasia.

No numerador das internações, procedimentos terapêuticos e mortalidade por câncer de colo de útero somaram-se aos eventos referentes ao câncer de colo de útero e ao câncer de porção não especificada do útero, assumindo-se que a maioria é decorrente de câncer de colo de útero invasivo diagnosticado tardiamente, em estado avançado.

Referenciamento na linha de cuidado no câncer de mama e de colo uterino

Na opinião dos informantes da regional de esfera municipal, os esforços para pacto e referência se apresentam mais intensos e orientados para a política de descentralização do SUS.

“Os esforços são enormes, porque eu trabalho aqui há dezesseis anos e à medida que a gente vai avançando, principalmente com a gestão plena, o município vai se apropriando. (...) é o Município que fica com toda essa responsabilidade, é na sua porta que vêm as necessidades. Então você tem que se organizar para racionalizar e planejar de acordo” (Informante de Município que oferece referência).

Na opinião dos informantes de uma regional e de dois municípios pesquisados, é nas relações de pactos das referências da atenção básica para média e alta complexidade que existem grandes problemas quanto à linha de cuidado de saúde da mulher. Vale ressaltar que foi citado por diversas vezes nas entrevistas a falta de referência formal para câncer de colo e mama, e o frequente encaminhamento informal, além da busca direta de usuários por serviços de referência na capital.

O pacto de referências, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI) e a organização das referências regionais, foi comentado de modo superficial pelo informante da Diretoria Regional; além disso, o município que oferece serviços de referência, ao contrário, sabe que existe um processo de organização do sistema e afirma haver participado com informações para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) e afirma, ainda, que as ações de saúde da mulher deveriam ter prioridade no referido plano.

“em relação a exames, os municípios se queixam muitíssimo de demora nos resultados dos exames, por exemplo, o Papanicolaou, a colposcopia, então, é uma queixa assim geral, este tipo de coisa(..) Em relação a leitoss,

por exemplo, do ponto de vista obstétrico eu acho que existe uma cobertura razoável, acho que até satisfatória (...) mas do ponto de vista de cirurgias ginecológicas e de outros problemas que atingem a mulher, acho ainda muito deficitário” (Informante da Diretoria Regional).

“Teve um PDR e são focos prioritários (...) e aos partos, planejamento familiar, câncer de colo, câncer de mama (...) também violência sexual e doméstica“ (Informante do município que oferece referência) .

Em 2006, o primeiro obstáculo das ações de identificação precoce de câncer foram os *ras-
treamentos* mamográficos. Os mamógrafos, em regra, eram equipamentos de hospitais ou de centros diagnósticos por imagem privados, e seu acesso era muito restrito. Os requerimentos de mamografia a partir da rede primária de atenção não tinham referência estruturada, dependendo de contatos pessoais e obstáculos diversos, fazendo com que muitas mulheres desistissem de procurar o exame. Quando os sintomas aparecem, em geral já é tarde para intervenções terapêuticas com boa chance de cura ou de remissão.

Em relação à referência de exames para câncer, Papanicolaou, colposcopia e eletrocauterização:

“Todas as unidades fazem coleta, é adequado, inclusive nós, junto com a enfermeira(..) agora treinamos 300 profissionais da área de saúde e estão terminando o prático agora, até final de dezembro” (Informante da diretoria Regional) .

Há uma oferta suficiente de vagas na referência, mas em relação à quimioterapia e radioterapia a oferta é menor que a demanda.

“...é insuficiente porque nós vimos agora no mutirão de mamografia que mais de onze mil mulheres fizeram o exame, mas tem município que ainda tem demanda, então insuficiente” (Informante de município).

Os mutirões de mamografia feitos pela Secretaria de Estado da Saúde sinalizam o reconhecimento da dimensão e gravidade do problema, mas, além de haver críticas gerais relacionadas a ações de campanha, têm divulgação e abrangência ainda pequenas.

Outra questão é a qualidade das imagens produzidas com proporção apreciável de resultados inconclusivos e que não são repetidas. No caso de suspeita ou identificação de neoplasias, os encaminhamentos para confirmação diagnóstica também não estão estruturados e ocorrem demoras preocupantes.

Acerca dos instrumentos utilizados na referência para os encaminhamentos são sempre formais; no entanto, não têm padrões, mas seguem modelos de cada município. A Central de Vagas é acionada apenas em casos de exceção e a contrarreferência funciona muito bem apenas no município de Campinas; contudo, há estímulo das diretorias regionais para que isso ocorra de modo geral, uma vez que a atuação de serviços autônomos, como os das universidades, dificulta que sejam “assumidas” responsabilidades em concordância com os trâmites de atenção definidos na rede pública, fato que ocorre em várias outras regionais do Estado.

“Essa forma que a gente conversa sempre com o secretário de saúde, com a responsável pela área da mulher para conseguir buscar as mulheres para fazer exame, coleta de exame, depois não só, porque tem mulher que demora para buscar o resultado, né? Então, assim, os resultados tem que ser vistos pela unidade... e se tiver alguma alteração, ir atrás dessa mulher e seguir essa mulher no tratamento, se for um tratamento que o município não tenha condições de estar realizando, então, para ela ser encaminhada para os serviços de referência” (Informante da Diretoria Regional) .

No município que concentra os serviços de referência de uma regional, o informante se refere à importância da informação para tomar iniciativas de planejamento e avaliação de maneira a avançar no papel de prestador de serviços de atenção básica de forma universal e integral.

“ninguém tinha dados e informações para poder trabalhar (...) quanto a isso, falta, você não tem um sistema de monitoramento, um sistema que possa estar controlando. Então tem que trabalhar no diagnóstico situacional e, depois disso, estar brigando mesmo a nível de região, na CIR, a nível de PPI... e são instrumentos que a gente tem e serve de um norte para a gente planejar e investir melhor” (município que oferece referência).

Para o tratamento de doenças crônicas, como o câncer, o sistema deve ser articulado e trabalhar com transversalidade de modo que promova a continuidade do tratamento, garantindo, assim, acesso aos diversos serviços necessários. Segundo Lavras²⁴, a fragmentação do SUS se dá, entre outras razões, pela desarticulação entre gestores e gerência das instâncias de saúde e dos serviços, bem como da desarticulação nos próprios serviços, como, por exemplo, desarticulação das unidades básicas e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, causando falta de continuidade no tratamento.

Outro fator envolvido é a falta de comunicação entre diferentes profissionais que prestam cuidados ao mesmo indivíduo, causas de fragmentação. Percebendo-se essa fragilidade no cuidado ao câncer, com a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) foram instituídas redes de atenção, e uma delas foi a Rede Oncológica (RO), a qual visa oferecer essa integralidade no atendimento e tratamento do câncer em rede. As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde e pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos, por meio de sistemas de apoio e de gestão, mecanismos que busquem garantir a integralidade do cuidado²⁴.

Isso se pode perceber na síntese do Quadro 10. Existe, como foi citado por diversas vezes nas entrevistas, a falta de estrutura para a referência formal para câncer de colo e de mama, além de frequente encaminhamento informal e a busca direta de usuários por serviços de referência na capital. De outro lado, apesar da falta de condições de municípios menores na adoção de medidas preventivas para referência, há certo acomodamento no envio para os municípios maiores e pouco esforço na criação de mais equipamentos de saúde com promoção de mais autonomia.

Quadro 10 – Síntese da estrutura para referência para câncer de mama e de colo uterino nas regionais selecionadas do Estado de São Paulo, 2003

Linha cuidado	Mogi das Cruzes	Campinas	Piracicaba	São J. Campos	São J. Rio Preto
Mamografia	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Adequado	Insuficiente
Biópsia de mama	Insuficiente	Adequado	Adequado	Insuficiente	Insuficiente
Cirurgia de câncer de mama	Insuficiente	Insuficiente	Adequado	Insuficiente	
Cirurgia de câncer de colo	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
Quimioterapia	Inexistente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente

Entre os resultados obtidos que dificultam o acesso dos pacientes e o bom funcionamento dos sistemas de referência e contrarreferência nas áreas pesquisadas estão: 1) Limitada oferta de consultas e exames especialistas; 2) Inexistência ou precariedade da contrarreferência; 3) Organização das atividades de regulação ainda deficiente; 4) Baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; 5) Informalidade e precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação; 6) Falta de execução plena da PPI; 7) Baixa compreensão do funcionamento sistêmico entre hospitais universitários e serviços de maior complexidade.

Em síntese, foram apontados problemas de estrutura para referência: falta de leitos para câncer, superlotação de vagas e longa espera; teto financeiro baixo para atendimentos de alta complexidade; difícil comunicação interna das prefeituras quanto às discussões mensais que ocorrem nas regionais de saúde. Esses achados são corroborados no estudo de Mori²⁷, que chama a atenção para avanços relevantes na regulação, mas que não há apropriação das metas e/ou divulgação delas para os profissionais, de acordo com o pacto estabelecido para cada município, sugerindo negligência às normas estabelecidas pelas legislações vigentes, tornando difícil fazer considerações quanto ao cuidado da doença; bem como a avaliação de seus serviços e a alocação de recursos para eles e para necessidade de adequado sistema de contrarreferência, como condição para se construir redes. Chama-se a atenção ainda para a quase ausência desta prática e o difícil esforço de os profissionais transformarem em ação aquilo que é recomendado pelo sistema a favor da garantia da integralidade.

Ainda, Medeiros²⁵ encontrou indícios de persistência de situações em desfavor do acesso e referência para câncer de mama no SUS, situação ainda mais acentuada na estrutura de redes

em pequenos municípios. Por outro lado, estatísticas revelam avanços na prevenção e controle de câncer de colo uterino.

Considerações finais

Persiste nos dias de hoje a inadequação da atenção de média e alta complexidade em razão de demandas artificiais e estrangulamentos de oferta em algumas áreas³. No tocante ao câncer de colo de útero, o tratamento de infecções genitais das mulheres e de seus parceiros, e a referência e contrarreferência precoce à colpocitopatologia, cirurgia e serviço oncológico são críticos. Embora o ginecologista seja rotineiramente treinado para intervenções cirúrgicas de carcinoma *in situ*, de colo uterino ou outro câncer ginecológico, a diferença está no regime e oportunidade do acompanhamento e/ou tratamento oncológico (radioterapia ou quimioterapia) necessário.

Em relação ao câncer de mama, a redução da mortalidade depende, então, de referência e contrarreferência a centros de diagnóstico por imagem e a centros oncológicos especialistas. Essas clientes necessitam, no pós-operatório, de ações de recuperação, como fisioterapia e nataçãõ, bem como próteses mamárias.

Uma reivindicação presente em vários depoimentos foi a tomada de iniciativa do governo estadual na discussão e resolução acerca de uma política para resolver o problema da falta de infraestrutura dos municípios de pequeno porte.

A análise dos dados mostrou que a relação rede básica/serviços especialistas dá-se de modo desarticulado, com atenção fragmentada, baixa resolução, incertezas quanto ao atendimento, desinformação profissional sobre a rede de especialidade, encaminhamentos dependentes de critérios individuais e utilização não sistemáticas de documentos que tornam formal a referência e a contrarreferência. Conclui-se que há

mecanismos institucionais utilizados para encaminhamentos e respostas a eles, mas não configuram a existência de um sistema de referência e contrarreferência.

A integralidade da atenção fica restrita aos municípios-sede das regionais, que, por seu aporte maior de recursos e serviços, possui condições de disponibilizar à população local os diferentes níveis de atenção à Saúde. No entanto, como possuem redes que servem como referência aos demais municípios e assumem quase toda a responsabilidade pela atenção secundária e terciária, se mostram sobrecarregados e desenvolvendo estratégias para “dar conta” dessa demanda, desenvolvendo atitudes ora receptivas com relação a alguns municípios, ora de restrições de cotas, que têm de ser constantemente negociadas pelas diretorias regionais de saúde do Estado.

Por outro lado, apesar da falta de condições de municípios menores quanto à adoção de medidas preventivas ao sistema de referência, há certa acomodação no envio para os municípios maiores e pouco esforço na criação de mais equipamentos de saúde e promoção de mais autonomia.

Uma reivindicação presente em vários depoimentos foi a tomada de iniciativa do governo estadual na discussão e resolução acerca de uma política para resolver o problema da falta de infraestrutura dos municípios de pequeno porte.

Referências

1. Araújo Junior ML, Santana DA, Almeida LB, Ribeiro FP, Guimarães CB, Carvalho FL, Pires. Monitoramento da qualidade da coloração de Papanicolaou no Instituto Nacional de Câncer. RBAC. 2016; 48(1):58-62. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://sbac.org.br/rbac/wp-content/uploads/2016/05/ARTIGO-10_VOL-48_1_2016-ref-430-1.pdf
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70; 2013.
3. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. Femina. 2012; 40(1):31-36. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v40n1_31-36.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Lei n. 7.508 - Dispõe 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. Brasília; 2011. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1631 - Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília; 1 de outubro de 2015. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.559 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília; 1 agosto de 2008. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
7. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília; 19 de setembro de 1990. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-1990-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf)
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS; 2015. (Coleção para entender a Gestão do SUS -2015). [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874. Brasília; 16 de maio de 2013. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - câncer de colo uterino e mama. Brasília; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. 2001
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília 2003. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento

- e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
15. 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; 2011. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>.
17. Cecílio LC, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://ltc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20INTEGRALIDADE%20DO%20CUIDADO%20COMO%20EIXO%20DA%20GEST%C3%20HOSPITALAR.pdf>.
18. Corrêa S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta global e percursos brasileiros. In Berquó E. (organizadora). Sexo & vida. Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp; 2003.
19. Franco TB, Júnior HMM. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado. Linha de Cuidado e Integralidade da Atenção. Em: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (organizadores.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
20. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. 2004; 20[Sup2]:S331-S336. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26>.
21. Instituto Nacional de Câncer. Controle de câncer de mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, Ministério da Saúde; 2004. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em:
22. INCA. Estimativas 2016-2017: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; s/d. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>.
23. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(3):213-236. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v03/pdf/normas_recomendacoes.pdf.
24. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de redes Regionais de Atenção Saúde no Brasil. Soc Saude. 2011; 20(4):867-74. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>.
25. Medeiros C. Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios. 2013. 201p. [Tese Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2013.
26. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da Atenção Primária. Rev. Bras. Cancerol. 2012; 58(3):389-398. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf.
27. Mori NLR. Rede de atenção ao câncer de mama: a busca da integralidade na organização do sistema de referência e contrarreferência. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual Paulista – UNESP. Botucatu; 2013.
28. São Paulo [cidade]. Secretaria da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim CEInfo - Análise. São Paulo; 2006.
29. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Documento elaborado por técnicos da SES – Registro de Programação e Pactuação no Estado de São Paulo. São Paulo; 2003.
30. Teixeira LA, Fonseca CM. De doença desconhecida um Problema de Saúde Pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf
31. Thuler LCS, Mendonça G A Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(11):656-60. [acesso em 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>
32. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM et al. Referenciamento: compatibilizando universalidade e integralidade no SUS-SP (Convênio Fapesp – CNPq – SUS nº 05/58542-7). São Paulo: Instituto de Saúde; 2007. (Relatório Técnico de Pesquisa).