



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Graduação em Saúde Coletiva

**ACESSO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NAS MULHERES COM CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL.**

GABRIELLE DIAS WANZELLER DA SILVA

Orientadora: Prof. MsC. Carla Pintas Marques

Brasília - DF

2021

Gabrielle Dias Wanzeller da Silva

**ACESSO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NAS MULHERES COM CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL.**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. MsC. Carla Pintas Marques

Brasília - DF

2021

Gabrielle Dias Wanzeller da Silva

**ACESSO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NAS MULHERES COM CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde
Coletiva apresentado a Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília para obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.
Orientadora: Prof.^a MSc. Carla Pintas Marques

Data da defesa: 20 de maio de 2021.

Comissão Examinadora

MsC Carla Pintas Marques

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Dra. Ana Conceição Ribeiro Dantas Saturnino

Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde

Dr. José Antônio Iturri de La Mata

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Não perca a esperança. O amanhã é desconhecido. O conselho vem muitas vezes com o nascer do sol (O Senhor dos Anéis).

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus por ter me presenteado com a vida e ter me dado oportunidades maravilhosas.

Aos meus pais, pois sem eles eu não seria nada. Almir Wanzeller e Odete Dias, vocês são minha base e os grandes amores da minha vida.

E também a minha família (tios, tias, primos e avós), por todo suporte e por toda rede de apoio no decorrer dos seis anos de graduação.

Agradeço em especial a minha prima, companheira de todas as minhas aventuras, Ana Beatriz Castro Gonçalves.

Aos meus amigos de vida, as alegrias vividas nesse período de graduação são todas ligadas as eles. Caroline Nunes, minha amiga, minha maior apoiadora desde o início, a pessoa que passava horas comigo para me incentivar a continuar, Laysla Karen, Pedro Henrique e Micaela Alexandra, meus companheiros de jornada, meus amigos mais queridos, sempre me apoiaram e torceram por mim, vocês são minhas inspirações diárias.

Aos meus amigos de estágio, Amanda Silva e Gabriela Loraine que estavam me acompanhando desde o primeiro estágio até o dia da graduação. E ao meu amigo de tcc, Gabriel Bertolot, pois sem ele a jornada final seria muito mais difícil.

Agradeço a todos os amigos e colegas que fizeram parte da minha vida acadêmica que não foram citados aqui.

Agradeço ao meu namorado João Gabriel, por todo seu carinho, paciência e ajuda nessa etapa da minha vida. Obrigada por nunca ter me deixado desistir.

Agradeço a minha orientadora, Carla Pintas, pois sem ela esse trabalho nunca teria acontecido, me apoiou nas inúmeras mudanças de tema, muito obrigada professora, a senhora é um exemplo a ser seguido.

E o último agradecimento vai para a Universidade de Brasília que me acolheu nesses seis anos e me transformou na pessoa que eu sou hoje. Uma das melhores oportunidades da minha vida foi ter ingressado na UnB e minha maior saudade será conviver diariamente em seus *campi*.

RESUMO

O estudo se propôs a analisar a dificuldade enfrentada por mulheres ao acesso a atenção especializada captadas na campanha do Outubro Rosa e diagnosticadas com câncer de colo de útero no Distrito Federal no ano de 2019. Na primeira etapa do estudo, avaliou-se a faixa etária dessas mulheres por região de saúde do Distrito Federal, tomando como referência a idade preconizada nas Diretrizes do Rastreamento de Câncer de Colo de Útero disponibilizado pelo Instituto Nacional de Câncer José de Alencar (INCA) que é de 25 a 64 anos. Na segunda etapa, foi analisado o prazo entre a coleta do exame citopatológico, entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento dessas mulheres, tendo como referência a Lei Federal nº 12.372/2012 que dispõe sobre a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciar o tratamento do usuário diagnosticado com neoplasia maligna em até 60 dias. Observou-se que nenhuma Região de Saúde do Distrito Federal conseguiu cumprir com o prazo estipulado. A média de tempo para a confirmação diagnóstica foi de 125,13 dias. Os principais problemas identificados na análise da trajetória das mulheres do Distrito Federal que foram diagnosticadas com o câncer de colo de útero estavam relacionadas ao ciclo de tempo de oferta dos serviços especializados, demonstrando uma rede de serviços de saúde possivelmente insuficiente, fragmentada e não articulada.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero. Serviços de saúde. Acesso.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the difficulty faced by women in accessing specialized care captured in the Outubro Rosa campaign and diagnosed with cervical cancer in the Federal District in 2019. In the first stage of the study, the age of these women by region was assessed of the Federal District, taking as reference the age of the age recommended in the Cervical Cancer Screening Guidelines provided by the National Cancer Institute José de Alencar (INCA) who is to 25 to 64 years old. In the Second Stage, the period between the collections of the cytopathological examination, the diagnostic confirmation, and the beginning of the treatment of these women were analyzed, having as a reference the Brazilian Federal Law 12.372/2012, which provides for the obligation of the Unified Health System (SUS) to start the treatment of the user diagnosed with malignant neoplasia within 60 days. It was observed that no health Region in the Federal District was able to comply with the stipulated deadline. The average time in the analysis of the trajectory of women in the Federal District who were diagnosed with cervical cancer were related to the time cycle of offering specialized services, demonstrating a possibly insufficient, fragmented, and non-articulated health service network.

Keywords: Cervical cancer. Health services. Access.

LISTA DE SIGLAS

AGR	Acordo de Gestão Regional
APS	Atenção Primária à Saúde
CADSUSWEB	Cadastro Nacional de Usuários do SUS
CCU	Câncer de colo de útero
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HPV	Papilomavírus humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNI	Programa Nacional de Imunização
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
SCPA	Permissão de Acesso do Ministério da Saúde
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
UBS	Unidade Básica de Saúde
URD	Unidades de Referência Distritais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Média de idade das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.	26
Tabela 2. Tempo médio decorrido da coleta do citopatológico no Outubro Rosa até a confirmação diagnóstica, por Região de saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020...	28
Tabela 3. Tempo médio decorrido entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento, por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.	29
Tabela 4. Distribuição encaminhamentos para serviços hospitalares especializados, por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília. 2020.	31

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1. Mapa com as Regiões de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.21

Figura 2. Trajetória Assistencial da atenção de câncer23

Gráfico 1. Distribuição das Regiões de Saúde do Distrito Federal e quantitativo de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero por região. Brasília, 2020....24

Gráfico 2. Distribuição por faixa etária das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília. 2020.....25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA	11
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4. OBJETIVO	17
4.1 OBJETIVO GERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. METODOLOGIA	18
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero, também conhecido como câncer cervical, é causado pela infecção de alguns tipos de Papilomavírus Humano (HPV). Essa infecção é muito frequente e adquirida por contato sexual desprotegido, em alguns casos podem ocorrer alterações celulares que, por ventura, podem evoluir para o câncer. Essas alterações ocorrem pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão que podem acarretar na invasão a outros órgãos adjacentes (BRASIL, 2005).

Existem duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo menos frequente e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos). Ambos são causados por uma infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV (INCA, 2021).

É uma doença de desenvolvimento lento, mas que possui um diagnóstico muito simples pelo exame preventivo de Papanicolaou ou citopatológico. Este exame é o principal método de rastreamento utilizado no Brasil. Seguindo todas as orientações de cobertura, diagnóstico e tratamento, o resultado de redução da incidência desse tipo de câncer, foi de 80% em alguns países desenvolvidos (INCA, 2021).

A estimativa mundial aponta que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em todo o mundo, com uma estimativa de 570 mil casos novos, representando 3,2% de todos os cânceres. Esse valor corresponde a um risco estimado de 15,1/100 mil mulheres (INCA, 2019).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2019), na América Latina e no Caribe, o câncer de colo de útero se encontra como o maior causador de mortes entre as mulheres – 80% dos casos, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres.

As maiores taxas de incidência do câncer de colo de útero são observadas nos Estados Unidos, Canadá, Uruguai, Porto Rico, Jamaica e Barbados, porém a taxa de mortalidade não cresce de forma tão significativa como cresce no Haiti, Jamaica Suriname e Trinidad e Tobago e Brasil. A cada ano, mais de 1,8 milhão de novos casos acometem as mulheres dessas regiões (OPAS, 2019).

A maioria das mulheres que são acometidas pela doença, encontram-se em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Durante o passar dos anos, a doença tem diminuído seus índices consideravelmente, em muitos países desenvolvidos, justamente, pela eficácia de seus programas de rastreamento e tratamento de lesões precussoras. Entretanto, as taxas de países em desenvolvimento estão inalteradas ou até mesmo sofreram um aumento. Por ser uma enfermidade de tão simples detecção e fácil tratamento, o CCU afeta, principalmente as mulheres de baixo nível socioeconômico e que possuem dificuldades para obter acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2018).

De acordo com o INCA (2017), o câncer de colo de útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres e também a quarta causa mais frequente de morte feminina no Brasil. Para o Distrito Federal, o INCA estima que, no biênio 2020-2022, são esperados 260 novos casos de câncer do colo do útero no Distrito Federal.

Mesmo apresentando uma alta incidência, essa categoria de câncer tem grande chance de obter sucesso na prevenção e no tratamento, se detectado precocemente, podendo ocasionar na cura. Os resultados tardios são muito menos efetivos e muito mais agressivos, comparado a um tratamento de fase inicial. Podendo ser oneroso em questão do aumento dos índices de mortalidade e aumento dos custos com os cuidados de saúde, como internações e medicamentos (CARVALHO, 2018).

De acordo com Brito-Silva (2014), a alta capacidade de prevenção e cura do câncer de colo de útero se atribui a sua característica de evolução lenta com etapas fáceis de serem definidas e a facilidade em que suas lesões são diagnosticadas, viabilizando um diagnóstico rápido e um tratamento extremamente eficaz. Reduzindo em até 90% da incidência desse tipo de neoplasia.

Esses dados conseguem dimensionar a magnitude dessa patologia no Brasil, pois mesmo sabendo que o rastreamento precoce pode evitar o desenvolvimento de lesões para um câncer invasivo, ainda, cerca de 70% dos casos de câncer de colo de útero, no Brasil, se descobrem em fase avançada. Evidenciando que, a capacidade do sistema de saúde, em relação ao rastreamento e controle da doença, é deficitária (PANOBIANCO, 2012).

De acordo com Carvalho (2018), muitas mulheres só procuram o serviço de saúde quando já apresentam sintomas de alguma infecção ginecológica, demonstrando que essas pacientes não estão orientadas da forma correta sobre o objetivo do exame preventivo e sobre sua periodicidade. Apresentando sintomas como, sangramento vaginal e corrimento de odor fétido, que são indicativos da doença em estágio avançado, sinalizando um diagnóstico tardio e menores possibilidades de cura.

Brito-Silva (2014), afirma que alguns aspectos estão vinculados ao diagnóstico tardio, como a baixa capacitação dos profissionais, a incapacidade das unidades de saúde em acolherem a demanda e a dificuldade que os gestores possuem em restabelecer um fluxo de assistência em todos os níveis de atenção. É muito evidenciada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim desmotivando a procura pela população. Pode-se afirmar que essa dificuldade está atrelada a dinâmica de atendimento nas unidades básicas e a sua burocratização, levando muito tempo de espera, demora para a marcação de exames e para seguimento de consultas.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece que o diagnóstico e o tratamento de pacientes oncológicos devem ser oferecidos no prazo de no máximo 30 dias e o mesmo paciente tem direito a submeter-se ao primeiro tratamento pelo SUS, no prazo de até 60 dias, contados a partir do primeiro diagnóstico, surgiu a possibilidade de verificar como está sendo ofertado esse encaminhamento no Distrito Federal para as pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em termos de mortalidade, no Brasil, em 2017, ocorreram 6.385 óbitos, e a taxa de mortalidade bruta por câncer de colo do útero foi de 6,17/100 mil (INCA, 2014). No Brasil, o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, após apenas do câncer de mama e do colo retal.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2017), a estimativa de novos casos no Brasil é de 16.370 para cada ano do biênio 2018-2019, com risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2019, ocorreram 6.596 óbitos decorrentes dessa enfermidade.

Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo de útero (CCU) é o primeiro mais incidente na região Norte (21,20/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (15,92/100 mil) e Nordeste (17,62/100 mil), ocupa a segunda posição e nas regiões e Sul (17,48,60/100 mil), a quarta posição e Sudeste (12,01/100 mil) a quinta. Analisando as taxas de incidência de países em desenvolvimento, o Brasil se encontra com números abaixo da média, porém em comparação com grandes potências, como Estados Unidos e Canadá, seus números sobem expressivamente (INCA, 2019).

Estima-se que para cada ano de 2020 a 2022, o número de novos casos de câncer de colo de útero no Brasil, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. De acordo com dados fornecidos pelo INCA (2019), o câncer de colo de útero é raro em mulheres até trinta anos, tendo o seu pico de incidência da faixa etária de quarenta e cinco a cinquenta anos em mulheres que já passaram por três ou mais gestações.

Outros fatores que podem aumentar a probabilidade de uma mulher desenvolver a doença são, o início precoce das atividades sexuais, múltiplos parceiros, tabagismo e o uso prolongado de anticoncepcionais (INCA, 2019).

No Brasil, o ponto inicial para começar o controle do câncer de colo de útero, foram as iniciativas de profissionais que trouxeram para o nosso meio médico a citologia e a colposcopia, em meados de 1940. Desde então, várias iniciativas vêm sendo tomadas para fortalecer e aprimorar o controle do crescimento de casos de câncer de colo uterino no Brasil. Porém, a primeira iniciativa tomada em âmbito

nacional, aconteceu na década de 1970, onde o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer. Desde então, com o passar dos anos, muitas iniciativas e programas foram instituídos com o objetivo de melhorar e centralizar o acesso, como o Programa Nacional de Controle do Câncer, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) na década de 1980 (INCA, 2016).

Com a implementação do SUS em 1988, o INCA ficou responsável pela formulação das políticas de prevenção e controle do câncer. Diante da experiência desenvolvida e das ações que ocorreram no decorrer dos anos 90 até começo da década de 2000, pode-se observar que a atenção oncológica recebeu um enfoque no câncer de colo de útero e no câncer de mama, pois foi entendido a importância da detecção precoce desse tipo de neoplasia (INCA, 2016).

Na segunda metade da década, importantes publicações entraram para o cenário da prevenção e controle da incidência do câncer de colo de útero no Brasil, trazendo mais informações e mais qualificações para o trabalho, padronizando a qualidade da atenção e do acompanhamento do controle da doença (INCA, 2016).

As ações para a prevenção do CCU, ocorrem por meio de ações em saúde, vacinação e detecção precoce. A vacinação iniciou-se em 2014, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), em meninas adolescentes contra o HPV. A vacina é quadrivalente e oferece proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus, que são os responsáveis por mais da metade dos casos de câncer de colo de útero (INCA, 2016).

A detecção precoce é feita através do exame Papanicolaou, que pode detectar lesões precursoras e que pode evitar a progressão para o desenvolvimento de uma neoplasia maligna. Os serviços de saúde, conseguindo fazer uma cobertura eficiente da população-alvo de pelo menos 80%, em relação ao rastreamento, diminuiria substancialmente o diagnóstico de câncer invasivo (INCA, 2016).

De acordo com o INCA (2021), as diretrizes para o rastreamento de CCU no Brasil se concentram na realização do exame citopatológico e sua periodicidade. Esse exame é oferecido a mulheres com idade de 25 a 64 anos e que já tenham iniciado sua vida sexual, podendo incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer. A recomendação que o Brasil segue é a repetição do exame

Papanicolaou de três em três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano. Dentro dessa diretriz, existem alguns casos especiais, como mulheres portadoras do vírus HIV ou mulheres imunodeprimidas, pois essas possuem uma maior vulnerabilidade imunológica, podendo assim desenvolver lesões percussoras de forma muito mais usual.

A detecção precoce de mulheres assintomáticas é primordial e essencial para o êxito do controle de casos. Assim, a definição da população alvo, do método e intervalo que essas mulheres são rastreadas e a qualidade da infraestrutura nos três níveis de assistência, vão garantir que o Brasil consiga obter sucesso em relação a diminuição da incidência de câncer de colo de útero (BRITO-SILVA, 2014).

O Brasil conseguiu aprimorar sua cobertura em relação aos exames citológicos, porém ainda apresenta altos índices de mortalidade por CCU. Esse fato pode ser explicado pela falta de captação de mulheres, sendo elas as consideradas de risco, as que nunca fizeram o exame, ou até, as que precisam dar continuidade no seu tratamento, uma vez que o sistema de saúde não está conseguindo realizar esse rastreio de forma eficiente (SILVA, 2016).

Mulheres que fazem o acompanhamento com a periodicidade correta e apresentam rastreamento citológico negativo, entre 50 e 64 anos, apresentam uma diminuição de 84% no risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 84 anos, em relação as mulheres que não foram rastreadas. Assim mostrando a significância de ser fazer o acompanhamento no tempo correto (FIOCRUZ, 2018).

Entretanto, no Brasil constata-se que a maioria das mulheres que realizam o exame citopatológico estão abaixo de 35 anos, equivalendo 20 a 25% dos exames sendo realizados em mulheres fora da faixa etária alvo. O risco maior de desenvolvimento da doença é a partir dos 35 anos. Ou seja, as mulheres que encontram-se utilizando o serviço, são as mulheres que estão sendo encaminhadas por outras demandas. Esse perfil do rastreamento infere que uma parcela das mulheres faz o controle além do recomendado e outra não está fazendo nenhum tipo de controle. E ainda, a maioria dos exames ocorre em um intervalo de tempo menor do que o preconizado nas Diretrizes de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (CARVALHO, 2018).

Em 2019 foram registradas 358 internações relacionadas ao câncer de colo de útero no Distrito Federal. Em 2020, 457, com um crescimento de 27, 65 % em relação ao ano de 2019. Ainda no ano de 2020, 99 mulheres vieram a óbito em decorrência dessa neoplasia, um número maior do que o levantado no ano de 2019, que foi de 74 óbitos. Diante desses dados, o Governo do Distrito Federal está promovendo mais ações de conscientização relacionadas ao exame de Papanicolaou, que é o preventivo para essa enfermidade (AGENCIA BRASÍLIA, 2021).

Muitos fatores estão associados à baixa adesão da população feminina do Distrito Federal em relação a realização dos exames preventivos. Encontram-se relacionados aos serviços em si, quanto as crenças sobre saúde que essa população possui. Experiências negativas relativas a antigas exposições ao sistema de saúde, padrões culturais e valores sociais, além das características sociodemográficas, influenciam de forma significativa no rastreamento dessas mulheres (MACEDO, 2011).

Ainda de acordo com Macedo (2011), no Distrito Federal, assim como os índices do aumento de casos crescem nas regiões menos desenvolvidas do Brasil, em Brasília também ocorre essa divisão. Observam-se muitas áreas rurais e periféricas, onde as taxas de escolaridade e desenvolvimento socioeconômico são baixas, evidenciando a carência na qualidade de serviços de saúde e baixo conhecimento da doença pela população. No Distrito Federal, os serviços terciários de ginecologia oncológica encontram-se na Ceilândia, Taguatinga, Asa Norte e Gama, nem sempre são acessíveis para algumas populações.

Grande parte da captação feita no Distrito Federal em relação a mulheres com CCU, é feita no período da campanha do Outubro Rosa. Movimento celebrado anualmente com o objetivo de promover, disseminar informações e conscientizar a população sobre o câncer de mama e de colo de útero, proporcionando maior acesso aos serviços de diagnóstico e contribuindo para a redução da mortalidade (AGENCIA BRASÍLIA, 2021).

Panobianco (2012) acredita que o paciente que compreende melhor o processo de adoecimento, consegue enfrentar o seguimento do tratamento de forma mais segura e suas chances de aderir com mais qualidade o recurso terapêutico, aumenta. E quem pode promover esse tipo de elucidação para o paciente, são os profissionais

da saúde. Os enfermeiros têm papel crucial nesse processo. Eles podem mudar a percepção das pessoas em relação a doença por meio de ações educativas. Assim essas mulheres conseguirão compreender melhor a sua patologia, os efeitos dessa patologia, as suas consequências e suas chances de cura. Assim sendo, identificar problemáticas, o auxílio ao paciente e aos seus familiares, o repasse de informações, e a empatia oferecida por profissionais da saúde, ajudam essas mulheres em relação a tomada de decisão e ao sucesso de seu tratamento.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o seguimento para serviços especializados nas mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero na Campanha Outubro Rosa no ano de 2019 no Distrito Federal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as regiões de saúde do Distrito Federal com maior número de diagnóstico de câncer de colo de útero na Campanha Outubro Rosa no ano de 2019.
- Identificar a faixa etária das mulheres que participaram da Campanha Outubro Rosa em 2019 no Distrito Federal, por região de saúde, com diagnóstico de câncer de colo de útero.
- Verificar se o prazo estipulado pela Lei 12.732 de novembro de 2012 está sendo cumprido pelo sistema de saúde do Distrito Federal. Em relação as mulheres com câncer de colo de útero que participaram da campanha Outubro Rosa em 2019.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo, utilizando-se de dados primários e secundários referentes as mulheres com câncer de colo de útero que participaram da campanha do Outubro Rosa em 2019 no Distrito Federal. Os dados primários foram retirados do prontuário eletrônico - Trakcare^R e os dados secundários do Sistema de Informação do Câncer - SISCAN.

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é um sistema disponibilizado pela plataforma do DATASUS, em versão web. Está integrado ao sistema de Cadastro e Permissão de Acesso do Ministério da Saúde (SCPA), ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUSWEB) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) desde 2013. Onde são integrados os sistemas de informação do câncer de colo de útero (SISCOLO) e o de câncer de mama (SISMAMA). Busca registrar a solicitação de resultados e exames como: Histopatológico de colo do útero e mama e citopatológico de colo de útero e mama, assim, podendo fazer um acompanhamento, monitoramento e avaliação dos casos, sendo classificado como uma importante ferramenta de gestão ampliando e qualificando a assistência oncológica no SUS (SISCAN, 2011).

De acordo com o INCA (2021), o SISCAN é utilizado por vários estabelecimentos que prestam serviços de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), como laboratórios de citopatologia e histopatologia. Em vários níveis de governo, tanto estaduais, como regionais, municipais e até intramunicipais, fazendo assim a melhor integração de informações para a detecção precoce do câncer de colo de útero.

O InterSystems Trakcare^R é um sistema unificado de informações de saúde, onde já vem formatado e pré configurado para melhor atender as exigências de mercado. Esse software foi contratado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e tem por objetivo agrupar todas as informações de prontuário do paciente, facilitando o acesso e garantindo a segurança e eficácia dos dados para os profissionais nas unidades de saúde informatizadas pela rede (TRAKCARE, ca.2021).

A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2020 e faz referência às participantes da campanha “Outubro Rosa”, que ocorreu no Distrito Federal no

período de outubro a dezembro de 2019 como parte das atividades previstas no organograma da SES-DF.

O movimento de conscientização para o controle do câncer de mama, foi criado no início da década de 1990 pela Fundação Susan G. Komen for the cure, nos Estados Unidos. O objetivo da campanha é compartilhar mais informações a respeito do câncer de mama e, adicionado recentemente, sobre o câncer de colo de útero, assim promovendo a conscientização sobre a doença e proporcionando maior acesso aos serviços de saúde, em relação a diagnóstico e tratamento, contribuindo para a redução da mortalidade (INCA, 2021).

De acordo com Assis (2020), a campanha do Outubro Rosa foi introduzida no Brasil no início dos anos 2000, com a iluminação, em cor de rosa, do monumento Mausoléu do Soldado Constitucionalista em São Paulo. O rosa utilizado no nome da campanha faz menção a cor do laço que é utilizado como símbolo por indivíduos, organizações e empresas, buscando a melhora da campanha de prevenção e diagnóstico do câncer de mama e, desde então segue sendo uma das campanhas mais populares da área da saúde, cada vez mais engajando a população a aderir-la.

Foram registradas no SISCAN um quantitativo de 19.637 mulheres que realizaram o exame citopatológico no período de outubro a dezembro de 2019, sendo que 377 mulheres apresentaram alterações no colo de útero compatíveis com câncer de colo de útero. Os exames foram colhidos em 102 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas por todo o Distrito Federal no período da campanha “Outubro Rosa”.

Como critérios de inclusão neste estudo foram consideradas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e com resultado confirmado no exame citopatológico para Câncer de Colo de Útero. Os critérios de exclusão foram as mulheres fora da faixa etária estabelecida (25 a 64 anos) e as que apresentavam outros resultados no exame citopatológico que não de Câncer de Colo de Útero.

Para coleta dos dados e apresentação dos resultados foram utilizados os programas Microsoft Excel 2016 e Microsoft Word 2016.

Este estudo foi submetido e aprovado no CEP da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), segundo Parecer Nº 3.468.072 e também submetido e aprovado no CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com Parecer Nº 3.711.429 pois é parte integrante do Projeto MARCO (Manejo do Risco de Câncer Cervical): Avaliação de novas estratégias de rastreamento e triagem baseadas em HPV. O Projeto MARCO foi aprovado em 18/11/2019 do Distrito Federal. Esse estudo avaliará a eficácia e viabilidade econômica de estratégias de rastreamento primário e triagem baseadas em HPV comparados com a citologia cervical, em mulheres submetidas ao rastreamento de rotina, em duas cidades brasileiras e tem como colaborador o Instituto Nacional do Câncer (NCI/NIH/EUA) e Ministério da Saúde do Brasil.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos de acordo com os dados levantados através dos bancos de dados SISCAN E TRAKCARE e foram agrupados em duas categorias distintas: extensão do campo de acesso das mulheres diagnosticadas e distribuição dos encaminhamentos para centros especializados. Foi considerado na análise de dados a divisão das Regiões de Saúde do Distrito Federal em: Região Norte, Central, Centro-Sul, Sudeste, Leste, Oeste e Sul.

As regiões de saúde do Distrito Federal compreendem, a Região de Saúde Oeste composta por Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia; a Região Leste composta por Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral; a Região Central composta por Asa Sul, Vila Telebrasília, Asa Norte, Vila Planalto, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Noroeste e Sudoeste/Octogonal; a Região Centro-Sul composta por Guará, Cidade Estrutural, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Setor de Indústrias e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA); a Região Norte composta por Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal; a Região Sul composta por: Gama e Santa Maria e pôr fim a Região Sudeste composta por Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniquireas, Recanto das Emas e Samambaia.

Figura 1. Mapa com as Regiões de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.



Fonte: SES-DF (2020)

Desde a implementação do SUS, no Distrito Federal, vem sendo organizadas e planejadas as normas para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com Gottems (2017), as RAS são como articulações entre os estabelecimentos e serviços de saúde, buscando assim, organizá-los sistemicamente para que diferentes serviços consigam se adequar e melhor atender o usuário.

A separação das regiões administrativas de saúde utiliza parâmetros divisórios que levam em conta as necessidades daquela população específica e a facilidade da identificação e monitoramento dos serviços e dos usuários. Além de todos esses parâmetros, as populações são divididas de acordo com suas similaridades, para assim obter uma população-alvo mais homogênea (MENDES, 2010).

Hoje, as sete regiões que formam as Regiões de saúde do Distrito Federal foram avaliadas e consolidadas como as mais apropriadas unidades de gestão do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Esse novo modelo administrativo que foi adotado pelo Governo do Distrito Federal, para seu sistema de gestão, se consolidou a partir da publicação de dois decretos: Decretos nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, e nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016, que discorrem sobre a estrutura administrativa da SES-DF (GOTTEMS, 2017).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, foi assinado em 2019, o Acordo de Gestão Regional (AGR), onde foi fixado, entre a Administração Central da Secretaria de Saúde e as sete Regiões de Saúde, a contratualização para o estabelecimento de gestão baseados nos resultados. Ainda nesse acordo estabeleceu-se a inclusão das Unidades de Referência Distritais (URDs). Caracterizando hospitais especializados de cada região que ofertam serviços de apoio diagnóstico especializado e auxiliam as unidades de atenção básica da região.

Ainda existem muitas dificuldades atreladas aos exames de rastreamento e aos serviços de referência para o diagnóstico definitivo. Esse processo ocorre em detrimento a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção, causando desorganização do fluxo de atendimento, acesso limitado aos especialistas e atraso para a confirmação diagnóstica e início do tratamento efetivo. Foi associado que quanto mais tempo levar da detecção dos sintomas até o início do tratamento, o risco de o paciente precisar de um tratamento mais agressivo é maior (BARROS, 2019).

Figura 2. Trajetória assistencial da atenção de câncer de colo de útero.



De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2007), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável.

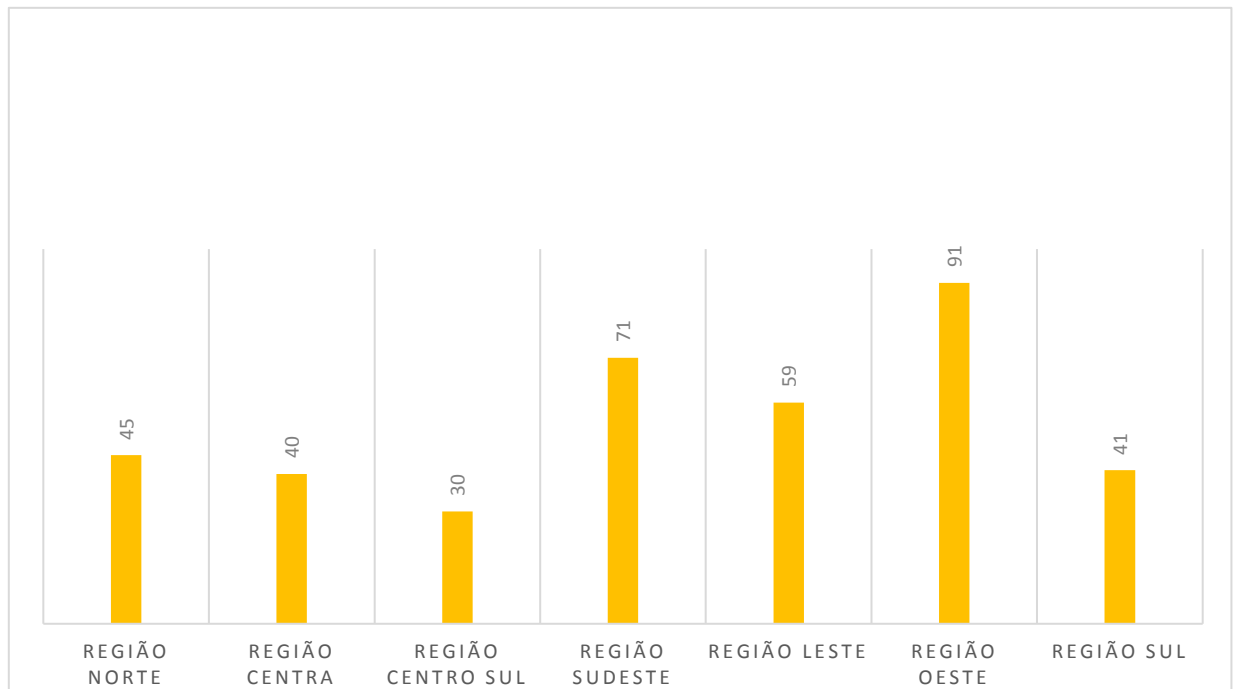
O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (INCA, 2016).

Ainda segundo o INCA (2016), o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: I) Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; II) Alcançar a meta de cobertura da população alvo; III) Garantir acesso a diagnóstico

e tratamento; IV) Garantir a qualidade das ações; V) Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Os dados coletados foram referentes ao ano de 2019 da Campanha de Outubro Rosa realizado no Distrito Federal e o seguimento para atendimento de primeira e segunda consulta são referentes ao ano de 2020. Durante o período de realização do Outubro Rosa, outubro a dezembro de 2019, foram coletados exames de Papanicolau de 19.637 mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos e 377 mulheres apresentaram diagnóstico de câncer de colo de útero. No Gráfico 1, pode-se verificar que o maior número de mulheres se encontra nas regiões Sudeste (71) e Oeste (91).

Gráfico 1. Distribuição das Regiões de Saúde do Distrito Federal e quantitativo de mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero por região. Brasília, 2020.



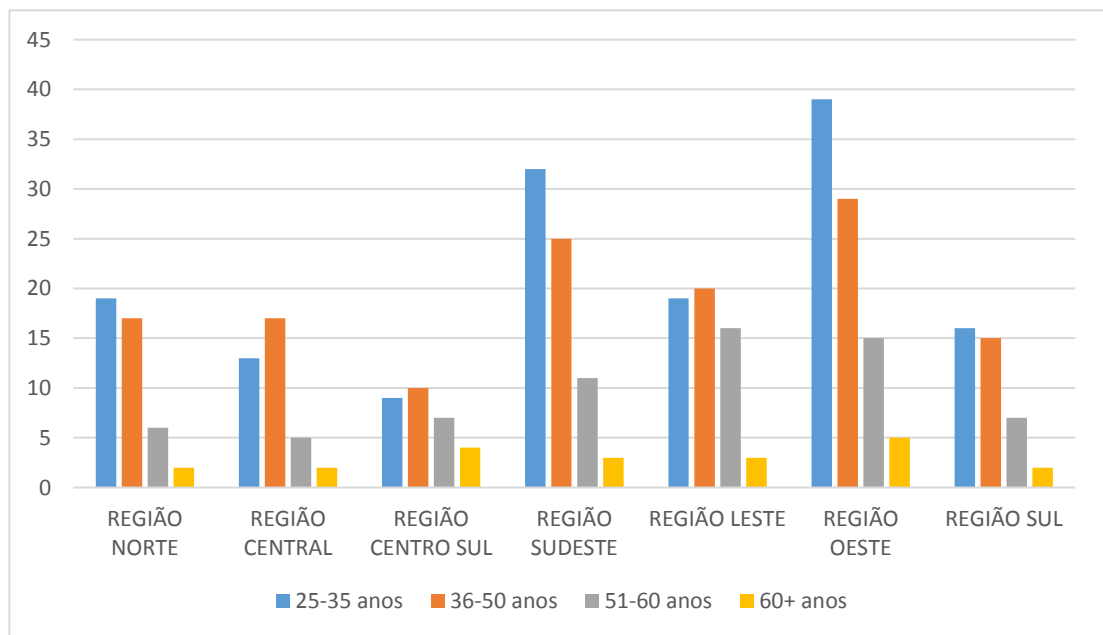
Fonte: SISCAN (2020).

Para desenvolver um bom planejamento governamental no Distrito Federal, devemos mapear e quantificar cada região administrativa para obter uma implementação eficaz e um bom monitoramento de políticas públicas. Durante os anos, a população do Distrito Federal vem crescendo exponencialmente, modificando a cada dia, o ranking de outras cidades administrativas que levavam o título de “cidade mais populosa”.

De acordo com dados fornecidos pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN (2020), hoje as regiões mais populosas são: Região Sudeste (829,672 mil habitantes) dividida em seis regiões administrativas, seguida da Região Oeste (507, 851 mil habitantes) dividida em duas regiões administrativas, contudo, Ceilândia contém duas cidades dentro do seu território.

Para desenvolver uma análise acurada sobre a temática, foi realizada a divisão das mulheres por faixa etária. Sendo selecionadas as seguintes faixas etárias: de 25 a 35 anos, 36 a 50 anos, 51 a 60 anos e 60 mais anos. Que seguem distribuídas por Região de Saúde conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição por faixa etária das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília. 2020.



Fonte: SISCAN (2020).

De acordo com Brito-Silva (2014) a faixa etária que mais realiza o exame citopatológico é de 20 a 35 anos, afirmando o modo de organização do serviço como de demanda espontânea, pois nesse modelo, a lógica do rastreamento não é aplicada na rotina dos serviços de saúde. Portanto, só serão ofertados quando os usuários procurarem o serviço. Reafirmando o que Carvalho (2018) explicita, caracterizando o rastreamento como oportunístico, explicando a realização dos exames por mulheres fora da faixa de risco.

As Regiões Sudeste e Oeste possuem o maior quantitativo de mulheres distribuídas na faixa etária de 25 a 35 anos e 36 a 50 anos. Das 377 mulheres com diagnóstico de CCU, 39% das tinham idade de 25 a 35 anos; 35,27% 36 a 50 anos; 17,77% 51 a 60 anos e 5,57% superior a 60 anos.

Cada vez, com mais frequência, os exames têm sido realizados por mulheres mais jovens, por necessidade de prescrição de métodos contraceptivos, gravidez e influência para que procurem atendimento ginecológico mais jovens. Consequente, o atendimento e o fluxo de exames atingem essa parcela mais jovem das mulheres e não conseguem atender as do grupo etário de maior risco de 40 a 60 anos (BRITO-SILVA, 2014).

De acordo com Silva (2016), a faixa etária mais acometida pelo carcinoma epidermóide foi a maior de 60 anos, o adenocarcinoma invasor em mulheres de 40 a 45 anos e adenocarcinoma *in situ*, de 35 a 39 anos. Diante desses dados, verifica-se que todos os tipos de câncer de colo de útero se revelam de maior incidência acima dos 35 anos.

A média de idade ficou entre 38,66 (Região Norte) e 44,3 (Região Centro Sul). Foram verificadas as maiores faixas etárias nas Regiões Central e Centro Sul, com a média de idade maior que 40 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Média de idade das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.

REGIÕES DE SAÚDE - DF	MÉDIA DE IDADE
Norte	38,66
Central	41,8
Centro Sul	44,3
Sudeste	39,35
Leste	42,67
Oeste	39,01
Sul	39,97
TOTAL	40,82

De acordo com Soares (2010), os estudos referentes a taxa de mortalidade de mulheres que apresentam câncer de colo de útero são maiores quando se está acima

dos 35 anos. O óbito pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém a maior incidência ocorre nas faixas etárias de 40 a 50 anos. Nesse contexto, o grande índice de incidência para o desenvolvimento de um carcinoma in situ está na faixa etária de 25 a 40 anos e, a forma mais agressiva da doença, o carcinoma invasor, na faixa etária de 41 a 50 anos.

O câncer invasivo de colo de útero ocorre em média em mulheres com 30 anos ou mais, pois a infecção por HPV, nessa faixa de idade é mais persistente, assim apresentando maior probabilidade do desenvolvimento de uma lesão pré-invasiva (INCA, 2016). Nesse contexto, a amostra obtida com a análise dos resultados da tabela de idade das mulheres atendidas na campanha do Outubro Rosa, gerou um resultado similar ao apresentado pelo INCA, com a média de idade das mulheres de 40,82 anos.

Para o cálculo de tempo entre a data do resultado e a confirmação diagnóstica, considerou-se a data da coleta do exame citopatológico e a data da confirmação diagnóstica. Verificaram-se registros eletrônicos de prontuários das 377 mulheres. Excluíram-se da análise 226 prontuários que não continham as informações necessárias para o cálculo de tempo entre a coleta do exame e a primeira consulta. Sendo assim, foram considerados 151 prontuários, equivalendo a 40,05% dos prontuários do estudo.

Com referência ao tempo médio para a realização da confirmação diagnóstica após a coleta do exame citopatológico, foi verificado que a Região Centro Sul obteve um tempo médio de 90 dias para a realização da confirmação, já a Região Leste levou um tempo médio de 175 dias (Tabela 2).

Tabela 2. Tempo médio decorrido da coleta do citopatológico no Outubro Rosa até a confirmação diagnóstica, por Região de saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.

REGIÕES DE SAÚDE - DF	TEMPO MÉDIO PARA A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA
Norte	91,33 dias
Central	144,43 dias
Centro Sul	90 dias
Sudeste	171,42 dias
Leste	175,6 dias
Oeste	108,6 dias
Sul	94,54 dias

Fonte: SISCAN (2020).

O tempo médio que as regiões de saúde levaram para realizar a confirmação diagnóstica após o resultado obtido da Campanha do Outubro Rosa foi de 125,13 dias. Nenhuma das regiões de saúde cumpriu com o prazo estabelecido pela Lei nº 12.732/2012.

De acordo com a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, o paciente que possui citologia condizente a uma neoplasia maligna, tem o direito de realizar os exames para a confirmação desse diagnóstico dentro do prazo de 30 dias e se o paciente foi diagnosticado com neoplasia maligna, ele deve ser submetido ao primeiro tratamento no SUS, dentro do prazo de 60 dias.

Barros (2018) corrobora com tais achados quando nos trás a significância da atenção primária como porta de entrada da população ao sistema, sendo o processo terapêutico, iniciado na atenção básica e seguindo para atenção especializada. Evidencia-se que existe uma problemática no seguimento para a atenção especializada, demonstrando a dificuldade na articulação entre os níveis de atenção, um dos possíveis motivos para o atraso na confirmação diagnóstica na atenção especializada.

Esse mesmo autor acredita que após a ampliação da cobertura da atenção primária no SUS, essa nova demanda tenha aumentado a procura dos serviços de nível secundário e terciário, dificultando e atrasando mais ainda o acesso aos serviços de diagnósticos. A quantidade de novos pacientes requer maiores número de exames

e consultas, com isso, atrasos dificultam o agendamento dos exames, das consultas e resultam na má resolução dos casos (BARROS, 2018).

Também foi verificado o tempo médio decorrente entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento. Considera-se que já na confirmação diagnóstica há atendimento especializado e posterior tratamento (Tabela 3).

Tabela 3. Tempo médio decorrido entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento, por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020.

REGIÕES DE SAÚDE - DF	MÉDIA DE DIAS PARA A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	MÉDIA DE DIAS PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO
Norte	91,33 dias	119,11 dias
Central	144,43 dias	150,5 dias
Centro Sul	90 dias	221 dias
Sudeste	171,42 dias	100,5 dias
Leste	175,6 dias	105,87 dias
Oeste	108,6 dias	149,5 dias
Sul	94,54 dias	135,5 dias

Fonte: SISCAN (2020).

No seguimento da confirmação diagnóstica para o início do tratamento, a região Centro Sul apresentou o maior número de dias, embora tenha apresentado o menor número de dias para o encaminhamento da confirmação diagnóstica. Para o seguimento do tratamento, essa região apresentou média de 221 dias, ou seja, pouco mais de 7 meses. A região Sudeste obteve uma média de 100 dias para a realização do início do tratamento, caracterizando o menor número de dias dentre todas as regiões de saúde.

Todos esses atendimentos ocorrerem através do Sistema de Regulação. A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, que compreende 3 dimensões: 1) Regulação de Sistemas de Saúde, que objetiva definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; 2) Regulação da Atenção à Saúde: que objetiva garantir, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores

COAP, a prestação de ações e serviços de saúde e 3) Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial): que objetiva organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles segundo diferentes perfis de demanda e de oferta, e a regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na programação de ações e serviços de saúde e da disponibilidade de recursos financeiros (CONASS, 2016).

A Regulação Assistencial é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual, sendo direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, através do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário (CONASS, 2016).

Foram verificados os encaminhamentos realizados para serviços hospitalares especializados, por cada região de saúde, assim como o número de mulheres encaminhadas para esse seguimento. Considera-se que esses serviços hospitalares especializados são responsáveis pelo tratamento dessas pacientes.

A tabela abaixo demonstra o número de encaminhamentos para cada um dos serviços especializados para o tratamento de câncer de colo de útero. Foram encontrados os seguintes serviços: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IBDF), Hospital Regional do Paranoá (HRPA).

Tabela 4. Distribuição encaminhamentos para serviços hospitalares especializados, por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília. 2020.

Serviço	NORTE	CENTRAL	CENTRO SUL	SUDESTE	LESTE	OESTE	SUL	Total
HRAN	-	11	-	1	-	5	-	17
HRC	-	-	2	-	2	43	4	51
HRT	-	1	-	18	-	3	-	22
HMIB	-	10	12	-	9	-	2	33
HRG	3	1	-	-	1	-	16	21
HRSAM	1	-	-	1	-	-	-	2
HRS	20	-	-	-	-	-	-	20
IHBDF	-	2	-	1	-	-	-	3
HRPA	-	-	1	-	11	-	-	12
HRL	-	-	-	-	1	-	-	1
Policlínicas	3	4	5	-	7	2	-	21
UBS	-	3	-	4	-	1	-	8

Fonte: SISCAN (2020).

Os hospitais que mais receberam pacientes dando seguimento ao tratamento de câncer de colo de útero, iniciado na campanha do Outubro Rosa em 2019, foram os hospitais: Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). O Hospital Regional de Ceilândia (HRC) está localizado na Região de Saúde Oeste, com uma das maiores cidades do Distrito Federal, Ceilândia. E o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) está localizado na Região Central, com o Plano Piloto sendo a maior população do Distrito Federal. Ou seja, os atendimentos terciários acontecem nas duas maiores cidades do Distrito Federal.

Nessa distribuição, que considera o encaminhamento para tratamento, foi verificado que houve direcionamento de pacientes para Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Policlínicas. Esses serviços não compõe o nível terciário, responsável pelo tratamento e seguimento dessas pacientes. Há que se considerar algumas hipóteses para esse ocorrido, como por exemplo, retorno para reavaliação clínica, necessidade de redistribuição e até mesmo erro humano de qualquer ordem (digitação, não compreensão do tipo de atendimento necessário, entre outros).

As áreas de cobertura de uma região de saúde são configuradas a partir de aspectos que facilitem o acesso dos usuários, tanto do ponto de vista do transporte público, quanto do tipo de atendimento que essas unidades ofertam. O encaminhamento ocorre de acordo com o grau de complexidade que o tratamento requer. No caso do câncer de colo do útero, o serviço que dará continuidade ao tratamento, será o secundário e/ou terciário, que pode ser em um hospital, em uma

estrutura ambulatorial ou em serviços de apoio diagnóstico. Assim que o diagnóstico é confirmado, as lesões deverão ser tratadas de acordo com suas necessidades, realizando procedimentos que vão desde biópsias, colposcopias, excisão da lesão, cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

O acompanhamento dessas mulheres ocorreu no ano de 2019 e os dados foram coletados em novembro de 2020, portanto, espera-se que essas mulheres tenham tido todo o seu ciclo de atendimento realizado de forma eficaz na rede de saúde do Distrito Federal. Ficou evidente que a legislação não é cumprida pela SES-DF quando se estabelece o prazo de 30 dias para a realização de exames de confirmação desse diagnóstico e de 60 dias para ser submetida ao primeiro tratamento no SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia do Outubro Rosa é importante para o rastreamento do câncer de colo de útero, com importante impacto na população. Necessita da efetiva participação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde pois esses conhecem a população-alvo, acompanham a periodicidade dos exames e são responsáveis pelo encaminhamento dessas mulheres para o seguimento de seu tratamento.

A análise apresentada pelo estudo evidencia a enorme complexidade da distribuição dos serviços de saúde no Distrito Federal. Melhorar a qualidade do acesso ao serviço especializado é um grande desafio enfrentado pelo SUS, pois exige mudanças profundas na organização da rede, entretanto é um ponto fundamental a ser considerado falando sobre a organização do acesso aos serviços de saúde para prevenção do CCU.

A campanha do Outubro Rosa atribui um enfoque no rastreamento de uma doença muitas vezes silenciosa, porém possível de ser diagnosticada e tratada precocemente. O rastreamento adequado deve ser reforçado através de maior informação e comunicação do serviço com a mulher, assim como o efetivo compromisso de toda a equipe de saúde e gestores em diminuir as taxas de incidência desse tipo de câncer no Distrito Federal.

A trajetória assistencial da paciente com câncer de colo de útero nos mostra ser muito cheia de percalços e com muito tempo de espera. A não captação precoce dessas mulheres com exames alterados, assim como a não oferta de adequado seguimento e acompanhamento nos mostra uma rede de serviços de saúde possivelmente insuficiente, fragmentada e não articulada.

Estudos dessa magnitude nos possibilitam rever o planejamento em saúde, estabelecer ações eficazes e precisas além de propor novas abordagens em saúde para a redução do número de casos de câncer.

A discussão estabelecida ao longo desse estudo demonstra que os sanitaristas possuem um papel importantíssimo no cenário relacionado ao Sistema Único de Saúde. Sua área de estudo abrange toda a rede de atenção e fortalecimento do

Sistema de Saúde do Brasil garantindo a integralidade e a equidade no trato de mulheres com câncer de colo de útero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASÍLIA. Mês com ações de prevenção ao câncer do colo de útero. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/03/16/mes-com-acoes-de-prevencao-ao-cancer-do-colo-de-utero/>. Acesso em: 8 mai. 2121.

AGÊNCIA BRASÍLIA. Ações do Outubro Rosa começam no GDF nesta 5ª (1º). Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/10/01/acoes-do-outubro-rosa-comecam-no-gdf-nesta-5a-feira-1/>. Acesso em: 8 mai. 2021.

ASSIS, Mônica De; SANTOS, R. O. M. D; MIGOWSKI, Arn. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro rosa: Breasts cancer early detection in the Brazilian media during the Breast Awareness Month. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-20, set./2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n1/e300119/> . Acesso em: 14 abr. 2021.

BARROS, Â. F. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-11, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100211&script=sci_arttext&tlnq=pt. Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005

BRASIL. LEI Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012; dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 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. Disponível em: Acesso em: 04 maio. 2021.

BRITO-SILVA, K. et al. Integrality in cervical cancer care: Evaluation of access. **Revista de Saúde Pública**, v. 48; n. 2, p. 240-248, 2014.

BLOG DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE. Outubro Rosa alerta sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/53552-outubro-rosa-alerta-sobre-prevencao-e-diagnostico-precoce-do-cancer-de-mama>. Acesso em: 14 abr.2021.

CARVALHO, P. G. DE; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 118, p. 687-701, 2018.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO SITRITO FEDERAL(CODEPLAN). Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/Sum%C3%A1rio-Executivo-Proje%C3%A7%C3%B5es-Populacionais.pdf>. Acesso em: 05 mai. 21.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Regulação. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/regulacao/> Acesso em: 10 mai. 21.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.515, DE 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Rastreamento do câncer do colo do útero: cobertura, periodicidade e população-alvo. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-cobertura-periodicidade-e-populacao-alvo/>. Acesso em: 8 mai. 2021. .

GOTTEMS, L. B. D. et al. A REGIONALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE NO DF: O CAMINHO PARA A “PONTA” VIRAR CENTRO. Brasília em Debate. 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/38783/2/ve_Leila_Gottens_etal_2017.pdf. Acesso em: 04 mai.2021.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2016.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf> . Acesso em: 07 mai. 2021

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER: Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019. 120 p.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Detecção Precoce**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/deteccao-precoce>. Acesso em: 19 abr. 2021.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Divulgação de estratégias de prevenção ao câncer de mama marcam Outubro Rosa no INCA**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/divulgacao-de-estrategias-de-prevencao-ao-cancer-de-mama-marcam-outubro-rosa-no-inca>. Acesso em: 15 abr. 2021.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Conceito e Magnitude**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 17 mar. 2021.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Outubro Rosa. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/outubro-rosa>. Acesso em: 11 mai.2021.

MACEDO, M. H. A. L. DAS S.; MAGALHÃES, I. M. Q. S. Prevenção de câncer de colo uterino: desafios de uma década. *Com. Ciências Saúde*, v. 22, n. 1, p. 121-127, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/prevencao_cancer_colo_uterino.pdf. Acesso em: 8 mai. 2021.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Câncer de colo de útero é o 3º mais comum entre mulheres na America Latina e Caribe, mas pode ser evitado. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2019-cancer-colo-do-utero-e-3o-mais-comum-entre-mulheres-na-america-latina-e-caribe>. Acesso em: 7 mai. 2021.

PANOBIANCO, M. S et al. Mulheres com Diagnóstico Anaçado do Colo do Útero: Enfrentando a Doença e o Tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 517-523, 2012. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/610>. Acesso em: 8 mai. 2021

SANTOS, R. DE S.; MELO, E. C. P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer me mama e colo uterino. **Escola Anna Nery**, v 15, n. 2, p. 410-416, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 mai. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Regiões de Saúde assinam acordo de gestão 2019. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude-assinam-acordo-de-gestao-2019/>. Acesso em: 4 mai. 2021.

SILVA, A. M. et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA PARAÍBA. **Temas em Saúde**, v. 16, n. 4, p. 180-197, 2016. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/01/16413.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2021.

SISCAN. Sistema de Informação do Câncer. [S. l.], [2011?]. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/arquivos/PORTAL/SISCAN/Arquivos%20Treinamento%20SISCAN/02%20SISCAN%20%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20fluxo%20geral.pdf>. Acesso em: 14 abr.2021.

SOARES, M.C. et al. **CÂNCER DE COLO UTERINO: CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1) p.90-96, mar, 2010.

TRAKCARE Sistema unificado de informações de saúde. [S. /], [ca.2021].
Disponível em: <https://www.intersystems.com/br/produtos/trakcare/>. Acesso em: 14
abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into ation. [Early
Detection \(module 3\)](#). WHO guide for efective pogrammes. Switzerland: WHO, 2007.