

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Priscila Guedes de Carvalho

Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em atenção oncológica no município do Rio de Janeiro: percurso na assistência entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento

Rio de Janeiro

2016

Priscila Guedes de Carvalho

**Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em
atenção oncológica no município do Rio de Janeiro: percurso na assistência entre
confirmação do diagnóstico e início de tratamento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Avaliação e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde (PPGPS).

Orientador(a): Prof^a Dr^a Gisele O'Dwyer

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C331m Carvalho, Priscila Guedes de
Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em atenção oncológica no município do Rio de Janeiro: percurso na assistência entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento. / Priscila Guedes de Carvalho. -- 2016.
98 f. : tab. ; graf.

Orientador: Gisele O'Dwyer
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Neoplasias do Colo do Útero - diagnóstico. 2. Neoplasias do Colo do Útero – terapia. 3. Detecção Precoce de Câncer. 4. Serviços de Saúde da Mulher. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.994

Priscila Guedes de Carvalho

Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em atenção oncológica no município do Rio de Janeiro: percurso na assistência entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Avaliação e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde (PPGPS).

Aprovada em: 30 de março de 2016.

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Gisele O'Dwyer (Orientadora) – ENSP/FIOCRUZ

Prof^ª Dr^ª Inês Nascimento de Carvalho Reis – ENSP/FIOCRUZ

Suplente: Prof^ª Dr^ª Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues – ENSP/FIOCRUZ

Prof^ª Dr^ª Cynthia Magluta - IFF/FIOCRUZ

Suplente: Prof^ª Dr^ª Denise Leite Maia Monteiro – UERJ

Rio de Janeiro

2016

Ao meu pai, por todas as lições de honestidade e por me ensinar o valor do conhecimento.

À minha querida Márcia, por cuidar de mim com tanta dedicação e amor.

Saudades.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pelo amor e apoio incondicionais, pelo incentivo durante todo o mestrado e por tornar possíveis minhas escolhas de vida.

À minha família, em especial Bruno e Raffa, pelo carinho e por entenderem minha ausência.

Ao Gustavo pelo amor, companheirismo, dedicação, por compreender os momentos de ansiedade e comemorar minhas conquistas durante o mestrado. Sem esse entendimento e parceria teria sido muito mais difícil.

À querida Gisele O'Dwyer pela generosidade com que me acolheu, pelo aprendizado constante e pela orientação no caminho trilhado para a construção deste trabalho;

Às Professoras Dra. Cynthia Magluta e Dra. Inês Reis por aceitarem gentilmente participar da banca de qualificação do projeto e da defesa desta dissertação.

À direção do Hospital do Câncer II (INCA) e às chefes e companheiras de jornada Priscila Marietto e Liliane Manaças pelo incentivo e por tornarem possível a realização desta pesquisa.

Aos profissionais do Hospital do Câncer II (INCA), em especial aos companheiros da Farmácia e da Central de Quimioterapia pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos professores do curso de Mestrado em Saúde Pública da ENSP pela contribuição na minha formação, por permitirem o contato com novas disciplinas e por ampliarem minhas perspectivas a partir de novos olhares.

Aos queridos amigos da turma do Mestrado em Saúde Pública da ENSP por compartilharem suas trajetórias e conhecimentos, pelas contribuições neste trabalho, pelos almoços e cafés animados e por tornarem minha experiência no mestrado mais leve e proveitosa.

Aos amigos que conquistei nessa vida, pela torcida, pela preocupação e por entenderem minha ausência nas festas!

Ao amigo Thiago, pela parceria desde os tempos da graduação, por ser exemplo e orgulho; e à amiga Thaís, presente que o INCA me deu, por dividir as angústias e alegrias do mestrado.

Às mulheres entrevistadas, por aceitarem narrar suas dores e histórias, mesmo em meio ao sofrimento.

Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história.

(ARENDR, 2000, p. 65).

RESUMO

O presente estudo se propôs a analisar o percurso na assistência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, residentes do município do Rio de Janeiro, que foram encaminhadas para tratamento em unidade de referência na atenção oncológica. A justificativa para a realização deste trabalho é a permanência de altas taxas de incidência e mortalidade relacionadas ao câncer de colo de útero no Brasil, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Foi avaliado se a primeira intervenção terapêutica das usuárias portadoras de neoplasia maligna de colo de útero ocorreu em até 60 dias, prazo fixado pela Lei Federal 12.372/2012 para início de tratamento. Foram verificadas as informações sobre data de diagnóstico e início de tratamento em 174 prontuários médicos das mulheres matriculadas na unidade de referência no ano de 2014, que informaram endereço de residência no município do Rio de Janeiro. Observou-se que a maior parte dos tratamentos (88%) foram iniciados após o prazo de 60 dias e que 65,5% das mulheres foram diagnosticadas com doença localmente avançada. A média para início de tratamento calculada foi de 115,4 dias. A abordagem qualitativa foi realizada a partir da análise do cuidado em saúde na perspectiva de cinco mulheres atendidas na unidade de referência. Foram analisadas as narrativas das trajetórias na assistência desde o momento da descoberta do diagnóstico até o início do tratamento, a partir de aspectos do cuidado integral em saúde. Os principais problemas apreendidos na análise das trajetórias foram os relacionados à disponibilidade dos serviços e à integração das ações nos diversos níveis de atenção, associada à falta de informação sobre a doença e o objetivo da realização do exame preventivo.

Palavras-chave: câncer de colo do útero, detecção precoce de câncer, serviços de saúde da mulher, acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

This study aims to analyse the health assistance pathway of women diagnosed with cervix cancer living in Rio de Janeiro city sent to a referral oncology unit. This study is relevant once incidence and mortality related to cervix cancer in Brazil are persistently high, specially among women with low socioenomic level and during productive years. It was evaluated if the first therapeutic intervention occurred within 60 days after diagnosis, treatment initiation deadline stated by Brazilian Federal Law 12.372/2012. Information related to date of diagnosis and treatment initiation were accessed on 174 medical charts from the referral unit for all women enrolled in 2014 and living in Rio de Janeiro city. Majority of treatments (88%) were initiated after the 60 days deadline and 65,5% of women were diagnosed with advanced clinical stage. Mean time for treatment initiation was 115,4 days. Qualitative data was collected for five women from the referral unit. The pathway between diagnosis until treatment initiation was analysed, considering a complete health care perspective. The main problems abserved were related to health servives availability and integration among all levels of health care, associated with lack of information about cervix cancer and the importance of Papanicolau smears.

Keywords: cervical cancer, early detection of cancer, women's health services, health services accessibility

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro de 2005 a 2015.....	33
Quadro 1 - Estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON ou autorizados como serviço isolado de radioterapia no município do Rio de Janeiro em 2014.....	35
Quadro 2 - Estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON ou autorizados como serviço isolado de radioterapia no Estado do Rio de Janeiro (exceto capital) em 2014.....	36
Quadro 3 - Estadiamento do câncer de colo uterino definido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2009).....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Pacientes matriculadas com CID C53 por município do Estado do Rio de Janeiro em 2014.....	45
Tabela 2 -	Número de pacientes matriculadas com CID C53 por região de saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2014.....	47
Tabela 3 -	Número de pacientes matriculadas com CID C53 por Área Programática do município do Rio de Janeiro em 2014.....	48
Tabela 4 -	Prontuários excluídos da análise e as respectivas justificativas do total de 360 pacientes selecionadas, 2014.....	49
Tabela 5 -	Número de pacientes por confirmação de diagnóstico, ano 2014.....	51
Tabela 6 -	Número de pacientes por estadiamento da doença no ano de 2014.....	53
Tabela 7 -	Tempo médio em número de dias para início de tratamento a partir da data de diagnóstico das pacientes residentes no município do Rio de Janeiro em 2014.....	54
Tabela 8 -	Número de tratamentos realizados de acordo com o prazo de 60 dias fixado pela Lei 12732/2012 das pacientes matriculadas em 2014.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABPTGIC	Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia
AP	Área Programática
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CEMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
CEP/INCA	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
CID-10	Código Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças sexualmente transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HC I	Hospital do Câncer I
HC II	Hospital do Câncer II
HCIII	Hospital do Câncer III
HCIV	Hospital do Câncer IV
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus humano
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira
IG/UFRJ	Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REUNI-RJ	Central de Regulação Unificada
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SER	Serviço Estadual de Regulação
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISREG	Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	13
2	OBJETIVOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ATENÇÃO ONCOLÓGICA E SAÚDE DA MULHER.....	20
3.2	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E ATENÇÃO BÁSICA.....	26
3.3	BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DE PAPANICOLAOU....	29
3.4	CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	32
4	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	37
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO: O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.....	37
4.1.1	O Hospital do Câncer II	37
4.2	DESENHO DO ESTUDO, COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA.....	38
4.2.1	Desenho do estudo	38
4.2.2	Coleta de dados	40
4.2.3	Sujeitos de Pesquisa	41
4.3	ESTUDO DAS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS: ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	41
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1	ANÁLISE DO TEMPO ENTRE DATA DE CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DE TRATAMENTO.....	45
5.2	TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DAS MULHERES ENTREVISTADAS.....	56
5.2.1	Prevenção e detecção precoce	66
5.2.1	Tratamento adequado e em tempo oportuno	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
	APÊNDICE A – Trajetórias Assistenciais das mulheres entrevistadas	87
	APÊNDICE B – Dados da participante da pesquisa e roteiro de questões	92
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O câncer de colo de útero é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres. Estima-se que no mundo mais de um milhão de mulheres sofram da doença. Em 2012, 528.000 novos casos foram diagnosticados e 266.000 mulheres morreram em virtude deste tipo de câncer, cerca de 90% delas em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O câncer de colo de útero ocorre em todo o mundo, mas as maiores taxas de incidência são encontradas na América Central e do Sul, África Oriental, Sul e Sudeste da Ásia e no Pacífico Ocidental. Ao longo das últimas três décadas, as taxas de câncer do colo do útero têm caído na maioria dos países desenvolvidos, em grande parte como resultado dos programas de rastreamento e tratamento das lesões precursoras. Em contraste, as taxas da maioria dos países em desenvolvimento têm aumentado ou permanecido inalteradas. Mesmo nos países desenvolvidos são encontradas diferenças nas taxas de incidência, onde as mulheres que residem na zona rural ou em áreas menos favorecidas estão em maior risco de desenvolver câncer cervical invasivo (WHO, 2014).

No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o número de novos casos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil em 2016 é de 16.340¹. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na região Norte. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste a terceira e na região Sul a quarta posição¹. No ano de 2013, os dados gerados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registraram 5.430² óbitos no Brasil relacionadas a este tipo de neoplasia. O câncer do colo do útero é considerado uma questão de saúde pública no Brasil por sua elevada magnitude e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce (PARADA *et al*, 2008).

Trata-se de uma doença evitável e sensível às ações de atenção básica, uma vez que para seu controle são utilizadas tecnologias já estabelecidas para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em aproximadamente 100% dos casos diagnosticados na fase

¹ Consulta ao dado epidemiológico atualizado no Portal do Instituto Nacional do Câncer, endereço eletrônico <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-tipos.asp>. Acesso em: 18 dez. 2015.

² Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância. Acesso em: 18 dez. 2015.

inicial (BRASIL, 2010). O alto potencial de prevenção e cura se justifica pela progressão lenta da doença, com etapas bem definidas e facilidade de detectar precocemente as alterações, o que viabiliza um diagnóstico rápido e tratamento eficaz. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma cobertura de rastreamento da população-alvo de no mínimo 80%, associada à garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (BRASIL, 2010).

A doença afeta principalmente as mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que configuram representações de morbimortalidade evitáveis e injustas, além de refletirem a iniquidade em saúde (RICO e IRIART, 2013; SONEJI e FUKUI, 2013). Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implantação de ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). Portanto, é de fundamental importância a elaboração, o aprimoramento e a implementação de políticas públicas na Atenção Básica (AB), enfatizando a atenção integral à saúde da mulher que garantam ações relacionadas ao controle do câncer do colo do útero, como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país (BRASIL, 2013a).

A infecção pelo HPV (Papilomavírus humano) é a principal causa do desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo do útero) e do câncer do colo do útero. Estima-se que haja 200 genótipos do HPV, sendo que 18 destes estão intimamente relacionados com o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Os quinze tipos de HPV com maior potencial oncogênico incluem 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82. Os genótipos 16 e 18 são responsáveis por 90% dos casos (McGRAW e FERRANTE, 2014).

A infecção pelo HPV por si só, não representa uma causa suficiente para o surgimento da doença, faz-se necessária sua persistência. Há outros aspectos relacionados ao HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), além de outros fatores como: imunidade, genética, início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, multiparidade, precocidade da idade materna no primeiro parto, uso prolongado de contraceptivos hormonais, coinfeção por HIV (vírus da imunodeficiência humana); que parecem influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também sua progressão para lesões precursoras ou câncer invasivo. (McGRAW e FERRANTE, 2014; INCA, 2014).

A idade também pode interferir nesse processo, já que a maioria das infecções por HPV

em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, à medida que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente. Outro fator importante que também eleva o risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero é o tabagismo. Esse risco é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta principalmente, quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce (JENSEN *et al*, 2012; INCA, 2014).

Sendo assim, a prevenção primária do câncer de colo do útero está principalmente relacionada à prevenção da infecção pelo HPV, pelo uso de preservativos nas relações sexuais. Porém, o uso de preservativos fornece apenas prevenção parcial. A infecção também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, da região perineal, da perianal e da bolsa escrotal. (BRASIL, 2013a).

Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos. A comparação desse dado com a incidência anual mundial de aproximadamente 530 mil casos de câncer do colo do útero indica que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV. O tipo histológico mais comum do câncer do colo do útero é o carcinoma de células escamosas, representando entre 85% a 90% dos casos, seguido pelo tipo adenocarcinoma (BRASIL, 2013a; INCA, 2014; WHO, 2014; BRASIL, 2016).

No Brasil observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença é maior a partir desta faixa etária. A prevenção do câncer do colo do útero, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem uma implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina, principalmente das mulheres na faixa etária alvo; investimento em tecnologia e recursos humanos, organização e estruturação da rede de serviços, disponibilidade dos tratamentos, além da melhoria dos sistemas de informação (BRASIL, 2011a).

A estratégia definida pelo Ministério da Saúde (MS) para rastreamento do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras é o exame citopatológico (teste de Papanicolaou), para mulheres a partir de 25 anos, que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos de idade e interrompidos após essa idade quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais consecutivos considerados normais (BRASIL, 2011a).

Dados publicados pelo INCA sobre a avaliação de indicadores do ano de 2013 mostram que do total de 8.951.266 exames citopatológicos do colo do útero registrados no SISCOLO

(Sistema de Informações do Câncer de Colo do Útero), 78,7% foram realizados no grupo etário alvo (25 a 64 anos de idade), apresentando pouca variação entre as regiões do país. Cerca de 16% dos exames foram realizados em menores de 25 anos, onde 550 mil exames foram realizados por jovens menores de 20 anos. Tal constatação chama atenção, visto que o rastreamento neste grupo etário não é recomendado, em virtude da maior ocorrência de sobrediagnóstico e sobretratamento associado ao aumento de morbidade obstétrica e neonatal. A realização do rastreamento em mulheres com mais de 64 anos representou 5,6% do total de exames, com proporção menor na Região Norte (3,5%) e maior na Região Sul (6,4%). Desta forma, torna-se necessário direcionar esforços para que seja garantida a oferta de exames ao grupo de 25 a 64 anos, faixa etária em que as mulheres mais se beneficiam deste exame (INCA, 2015).

Considera-se, portanto, que o padrão predominante do rastreamento no Brasil é oportunístico, ou seja, o exame preventivo é realizado quando a mulher busca o serviço de saúde por outras demandas. Esse padrão tem como resultado a realização de exames em mulheres fora do grupo etário, representando 20% a 25% dos exames realizados. Aproximadamente metade desses exames são realizados com intervalo de um ano ou menos, quando a recomendação do MS é o intervalo de três anos (após dois exames anuais sem alterações). Este perfil de rastreamento expressa um contingente de mulheres que realizam controle além do recomendado pelas diretrizes nacionais e outro contingente com ausência de controle (BRASIL, 2016).

O prognóstico no câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico em fases avançadas. Embora o acesso ao exame preventivo tenha aumentado no Brasil, este não foi suficiente para diminuir a tendência de mortalidade da doença. O diagnóstico tardio revela, sobretudo, carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos fora das grandes capitais. Essa realidade é atribuída aos seguintes fatores: dificuldades no acesso aos serviços e programas de saúde; pouca capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em absorver a demanda; dificuldades dos gestores municipais e estaduais quanto à definição de fluxos na assistência que possibilitem encaminhamento adequado das mulheres com exame alterado (BRITO-SILVA *et al*, 2014; PANOBIANCO *et al*, 2012).

De acordo com informação divulgada no portal do INCA³, o país avançou na sua

³ Informação disponível no endereço eletrônico: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterio/definicao. Acesso em 10 fev. 2016.

capacidade de realizar diagnóstico precoce. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Atualmente esses diagnósticos de doença invasiva são 56% dos casos.

No entanto, há alguns fatores relacionados à realização do exame citopatológico que estão associados à iniquidade e falta de integralidade da assistência. O procedimento em si torna-se a ação mais importante, deixando em segundo plano as questões sociais e culturais da população, bem como as características dos serviços de saúde. Sendo assim, os fatores subjetivos também devem ser levados em consideração quando se trata da adesão das mulheres à realização do teste de Papanicolaou (ANDRADE *et al*, 2013 e GASPERIN *et al*, 2011).

Outro aspecto a ser considerado é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevivência dos pacientes, sendo aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento (SANTOS e MELO, 2011).

O Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou relatório técnico em 2011, baseado nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), e evidenciou que os tratamentos oncológicos providos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não ocorriam dentro do tempo adequado (TCU, 2011). Visando estabelecer prazos que garantam o tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer em momento oportuno, foi publicada a Lei Federal nº 12.732/2012 que fixou prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir da data da confirmação do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor para que o paciente com neoplasia maligna inicie o primeiro tratamento no SUS.

O interesse por esse tema surge a partir da minha inserção como profissional da assistência no INCA/Hospital do Câncer II (HCII), mais precisamente na Central de Quimioterapia, desde julho de 2013. As inquietações geradas ao longo da minha atuação como farmacêutica neste serviço, o contato com algumas histórias de vida das mulheres que buscavam tratamento na instituição, além da observação de um número significativo de mulheres que eram encaminhadas à unidade para tratamento em estágio avançado da doença – com possibilidades reduzida de cura e potenciais consequências físicas, psicológicas e sociais – são o ponto de partida em busca de uma reflexão sobre a situação atual da saúde da mulher. Neste contexto, me causa perplexidade a constatação de que o câncer de colo de útero é o terceiro mais frequente da população feminina brasileira e que boa parte das mulheres são diagnosticadas quando a doença já está em estágio avançado, apesar da progressão lenta da doença, amplo conhecimento sobre a história natural da patologia, rastreamento relativamente simples e

possibilidade de cura próxima de 100% dos casos diagnosticados em fase inicial. Esta reflexão embasa a opção por um estudo que caracterizasse o percurso das mulheres com câncer do colo do útero na assistência no âmbito do SUS.

A pesquisa pretende responder às seguintes questões norteadoras: como é o percurso na assistência das mulheres no município do Rio de Janeiro, desde o momento do diagnóstico até o tratamento? Quais são os possíveis fatores que interferiram na detecção precoce da doença? Em que medida as mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero tiveram suas demandas atendidas, em relação ao acesso e organização dos serviços de saúde, em sua trajetória na rede de atenção? Após a confirmação do diagnóstico, o tratamento ocorreu no momento oportuno?

Visando responder estas perguntas, apresento esta pesquisa de caráter quali-quantitativo, estruturada na seguinte forma: início pela presente introdução, onde o objeto da pesquisa é delineado, além da caracterização do cenário atual de morbimortalidade do câncer de colo uterino. São apresentadas ainda as justificativas e motivações para a realização deste estudo. Segue o Capítulo 2, com a apresentação do objetivo geral e dos objetivos específicos da pesquisa. Em sequência, no Capítulo 3, temos a exposição do Referencial Teórico, onde são apresentadas as Políticas Públicas para a Atenção Oncológica e Saúde da Mulher, o contexto do rastreamento da doença na Atenção Básica, as barreiras para a realização do exame preventivo, além de alguns aspectos da situação atual do município do Rio de Janeiro em relação à prevenção e controle da doença. No Capítulo 4 são apresentadas as estratégias metodológicas do estudo. No Capítulo 5 são expostos e discutidos os resultados da pesquisa. As considerações finais deste trabalho são apresentadas no Capítulo 6.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral da presente dissertação é analisar o percurso na assistência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, residentes do município do Rio de Janeiro, que foram encaminhadas para tratamento em unidade de referência na atenção oncológica.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Verificar se o tratamento do câncer do colo do útero ocorreu em momento oportuno, a partir da data do diagnóstico, em conformidade com a Lei Federal nº 12.732/2012;
- Caracterizar as trajetórias na assistência das mulheres que estão em tratamento da doença na unidade de referência em atenção oncológica;
- Identificar os possíveis motivos que interferiram na detecção precoce do câncer de colo de útero;
- Verificar se as respostas dos serviços de saúde para o enfrentamento do problema estão de acordo com as diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no que diz respeito à organização dos serviços de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ATENÇÃO ONCOLÓGICA E SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a abordagem do câncer como problema sanitário a ser enfrentado pelo Estado teve início na década de 1930. Porém, apenas em 1941, após uma reforma na saúde, de cunho centralizador, o Departamento Nacional de Saúde foi reorganizado e 13 serviços nacionais foram instaurados, dentre eles a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), destinado a orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país. Suas ações foram centralizadas em cinco pontos principais: a investigação sobre etiologia, a epidemiologia, a profilaxia, o diagnóstico e a terapêutica da doença, a execução de ações preventivas de natureza coletiva e individual; a propaganda das políticas dos exames periódicos de saúde para a obtenção de diagnóstico precoce; o tratamento e vigilância dos recuperados e, por fim, o internamento dos pacientes que necessitavam de amparo. O SNC incorporou definitivamente o câncer na agenda das ações de saúde pública (TEIXEIRA, FONSECA, 2007; PARADA *et al.*, 2008).

Em 1954, o Brasil sediou o VI Congresso Internacional de Câncer, em São Paulo, onde o câncer teve destaque como problema de saúde pública, além da introdução do conceito de controle envolvendo a prevenção, a educação, o diagnóstico e tratamento. Em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro, para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino. Esta iniciativa foi, possivelmente, a primeira dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (BRASIL, 2011a). Após a extinção da Fundação das Pioneiras Sociais em 1991, o Centro Ginecológico foi incorporado ao INCA, e em 1998 recebeu a denominação de Hospital do Câncer III do INCA que permanece até então (atualmente esta unidade é especializada em câncer de mama) (TEIXEIRA, FONSECA, 2007).

Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS (BRASIL, 2011a).

Parada *et al.* (2008) destacam que após um período de retrocesso nas políticas de controle do câncer na década de 70, foi criado em 1986, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), com

o objetivo de retomar o controle da doença. O Pro-Onco elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, com o objetivo de identificar as ações necessárias para a expansão do controle do câncer do colo do útero: integração entre os programas existentes, além da integração destes com a comunidade para atender às mulheres efetivamente; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; e articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento (BRASIL, 2011a).

Em relação às políticas públicas direcionadas a saúde da mulher, nas primeiras décadas do século XX, estas estavam limitadas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, expressavam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outras propostas e programas promovidos pelo governo federal (BRASIL, 2011b).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que teve grande influência do movimento feminista na época e que marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesta esfera. Implícito neste programa estava uma densa crítica quanto ao tratamento dos problemas relacionados à saúde da mulher nas políticas e serviços de saúde. Estas questões eram tratadas de forma reducionista, fora dos contextos culturais e diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres (MATTOS, 2001).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2011b). Neste contexto, paralelamente no âmbito do Movimento Sanitário, se configurava o eixo teórico que viria embasar a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990.

Após a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988 e sua

regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O artigo 41 desta lei identifica o INCA como órgão de referência no estabelecimento de parâmetros e avaliação da prestação de serviços oncológicos ao SUS. Coube ao INCA assumir o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país (TEIXEIRA e FONSECA, 2007; PARADA *et al.*, 2008).

Em 1996, o MS em parceria com o INCA, implantou o Programa Viva Mulher, de âmbito nacional, envolvendo cinco capitais brasileiras, tendo como população-alvo as mulheres pertencentes à faixa etária mais restrita, entre 35 e 49 anos. A meta do programa era tentar reduzir em 50% a incidência de câncer do colo do útero no Brasil, e o objetivo era prestar um serviço rápido e eficiente, informando e incentivando as mulheres a realizarem os exames para detecção precoce país (TEIXEIRA e FONSECA, 2007). Em 1998, foi realizada a fase de intensificação da coleta durante a 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame Papanicolaou. No período de 1999 a 2001, as ações do “Programa Viva Mulher” foram expandidas aos 27 Estados, através de convênio que possibilitou estruturação das Coordenações Estaduais. Em 1999, foi desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (BRASIL, 2011b).

Em 2002, ocorreu a segunda mobilização nacional para detecção precoce da doença, com o propósito de captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico. Após esses dois momentos de intensificação, as ações foram consolidadas nos Estados e Distrito Federal, com destaque para alguns avanços como: padronização nacional dos laudos de exames; disseminação da técnica de Cirurgia de Alta Frequência (CAF); ampliação da oferta do exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais e a consolidação do SISCOLO (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que o SISCOLO foi desenvolvido para dar suporte à avaliação da cobertura da população alvo, da qualidade dos exames, da prevalência das lesões precursoras, da situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. No entanto, os dados gerados pelo SISCOLO apresentam limitações importantes, já que indicam somente a quantidade de exames citopatológicos realizados para atender a população alvo e não informam efetivamente os dados de cobertura da população. Não é considerada a repetição de exames para uma mesma mulher, em outras palavras, o indicador proposto avalia

somente a quantidade de exames e não o número de mulheres examinadas. As mulheres atendidas na saúde suplementar também não eram contabilizadas pelo SISCOLO, e desta forma, localidades que apresentam uma cobertura alta de planos de saúde privados poderiam apresentar resultados mais baixos em relação àquelas localidades com maior dependência da rede SUS, uma vez que para o cálculo deste indicador é utilizado o número total da população feminina. Em termos práticos, esta ferramenta não se mostrou capaz de avaliar de forma efetiva a cobertura da população alvo (BRASIL, 2010; INCA, 2013).

Apenas em 2013, com melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), sistema de informações que integrou e substituiu os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA). O sistema de informações passou por mudanças essenciais, dentre elas a possibilidade de identificação da usuária. Esta é a principal melhoria, tornando possível o cálculo de cobertura dos exames, dado fundamental para uma avaliação efetiva e planejamento de ações mais direcionadas às populações com piores dados de cobertura (INCA, 2013; BRASIL, 2016).

Os esforços para consolidar ações nacionais de controle do câncer tiveram como resultado o lançamento da Portaria 2439/GM, em 2005, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Com abordagem inovadora, a política estabeleceu diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos. Além disso, deu ênfase ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama, já que considera estas duas neoplasias como componentes fundamentais a serem previstos nos planos estaduais e municipais de saúde. A PNAO propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, como uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Prevê ainda a elaboração de um conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer, conforme o Artigo 1º: “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2005).

A importância da detecção precoce do câncer de colo de útero está reafirmada desde o Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (BRASIL, 2011b). O tema da prevenção e rastreamento do câncer do colo de útero também é referenciado em outras políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (2006

e 2011) e a Política Nacional de DST/AIDS (1999), o que caracteriza o aspecto transversal das ações de controle dos cânceres do colo do útero (PARADA *et al*, 2008).

Em virtude da persistência da relevância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil e de sua magnitude social, a Portaria GM nº 310 de 10 de fevereiro de 2010 instituiu um Grupo de Trabalho para realizar a análise do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e para formular propostas para o aprimoramento de suas ações. O relatório final deste Grupo de Trabalho apresentou propostas pautadas em cinco eixos principais: (1) fortalecimento do rastreamento organizado na atenção básica e da gestão descentralizada do programa de rastreamento; (2) garantia de qualidade do exame citopatológico; (3) garantia de tratamento adequado das lesões precursoras; (4) intensificação das ações de controle do câncer do colo do útero na Região Norte – região que apresenta maior incidência da doença – e (5) avaliação de alternativas de ações para o controle do câncer do colo do útero.

No ano de 2011, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do Câncer são fortalecidas pelo MS e pela instituição dos Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, onde destaca-se a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama. A referida rede foi criada com intuito de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras. Além disso, a rede é responsável por definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que tenham como aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS.

Ainda em 2011, o INCA publica a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, como resultado do trabalho em conjunto dos representantes do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ); Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG/UFRJ); Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (BRASIL, 2016).

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 874/GM, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas, substituindo a Política Nacional de Atenção Oncológica de 2005. Esta política amplia o escopo da atuação do Ministério da Saúde e fortalece o entendimento do câncer como uma doença

crônica, uma vez que reconhece a necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo Câncer, além da possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos. Considera ainda a necessidade de qualificar a gestão pública, através da implementação do controle, da regulação e da avaliação das ações e serviços para a prevenção e controle da doença, assim como determina a responsabilidade do governo federal em estimular a atenção integral e a articulação de ações diversas nos três níveis de gestão do SUS (BRASIL, 2013b). A portaria está em consonância com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial o terceiro eixo do plano que aborda o cuidado integral e destaca o câncer de colo de útero, com ênfase no aperfeiçoamento do rastreamento, acesso universal ao exame e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011c).

No ano de 2014, o MS iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o vírus HPV. A vacina é a quadrivalente, que oferece proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Estudos demonstraram o papel promissor da vacinação contra o HPV, reforçando a expectativa de que a vacina traga uma contribuição relevante nas ações de prevenção câncer de colo uterino. No entanto, permanecem imprescindíveis as ações de prevenção e de detecção por meio do rastreamento em mulheres assintomáticas como estratégias de controle da doença. (INCA, 2014; BRASIL, 2016).

Para 2016 é esperada a publicação da segunda edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. A publicação faz parte de um conjunto de materiais técnicos em consonância com as ações da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e tem como objetivo subsidiar os profissionais da saúde nas práticas assistenciais e servir de apoio aos gestores na tomada de decisão em relação à organização e estruturação da linha de cuidados da mulher com câncer do colo do útero. Em fevereiro de 2016, foi publicada pelo INCA a versão eletrônica das diretrizes atualizadas para consulta pública (BRASIL, 2016).

Ainda que haja reconhecimento dos esforços do Ministério da Saúde em ampliar e qualificar a cobertura do exame preventivo, na melhoria dos sistemas de informação, bem como os avanços da atenção básica no SUS nos últimos 20 anos, a detecção precoce, o tratamento no momento oportuno e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil, se apresentam como desafios a serem superados.

3.2. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E ATENÇÃO BÁSICA

A abordagem sobre os atributos da Atenção Básica (AB) reconhecida no Brasil foi desenvolvida por Starfield (2002) e considera as seguintes características específicas: ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ponto inicial da atenção e filtro para os demais serviços especializados, a responsabilidade longitudinal pelo paciente, fortalecimento do vínculo e a continuidade da relação entre o indivíduo e a equipe de saúde ao longo da sua vida, a garantia do cuidado integral, a coordenação de ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, a orientação para a comunidade e a centralidade na família.

Nesse sentido, a AB acompanha o usuário longitudinalmente, mesmo quando há a demanda por um serviço especializado ou uma internação, e é a responsável pela coordenação e articulação das ações dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população.

No que diz respeito à prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas nesse nível de atenção, desde aquelas voltadas para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, até as dirigidas para a detecção precoce, dentre as quais podem ser destacadas: ações preventivas de educação em saúde – informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento; identificação da população feminina na faixa etária prioritária; identificação de mulheres com risco aumentado; sensibilização e convocação para exame; realização da coleta da citologia; recebimento dos laudos; identificação das mulheres com resultados alterados ao rastreamento para vigilância do caso; orientação e encaminhamento das mulheres para confirmação de diagnóstico e tratamento nos níveis de maior complexidade; avaliação da cobertura de citologia na área; avaliação da qualidade da coleta; além do planejamento e execução de ações voltadas para a melhoria da cobertura do exame. A AB é responsável ainda por manter a usuária em acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (mantendo as ações de sua competência), e assim prevenindo recidivas (BOTTARI *et al*, 2008, BRASIL, 2011a).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume um papel fundamental, já que tem como princípio a garantia de acesso à atenção básica, bem como o estabelecimento de vínculo e cuidado integral com a população adscrita. A prática inerente de articulação entre prevenção e promoção da saúde gera um cenário favorável ao modo de rastreamento do câncer do colo do útero. A atuação dos agentes comunitários de saúde é essencial, contribuindo na

identificação da população-alvo e na captação das mulheres que deixam de realizar os exames preventivos do câncer de colo do útero (GASPERIN *et al*, 2011 e VALE *et al*, 2010).

As ações governamentais no sentido de fortalecer as estratégias de prevenção e controle do câncer de colo de útero na Atenção Básica ganham reforço a partir de 2012, com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelo Ministério da Saúde. O programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso da população aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, além de investimentos no desenvolvimento dos trabalhadores da AB. As equipes da AB são incluídas no programa através da adesão da gestão municipal. Após processo de avaliação externa, as equipes são avaliadas progressivamente por ciclos e o repasse dos recursos passa a ser vinculado ao desempenho das equipes (BRASIL, 2012b).

Dentre os indicadores de qualidade que fazem parte da avaliação, conforme publicação do Manual Instrutivo do PMAQ em 2012, no âmbito da saúde da mulher, há o de cobertura do exame citopatológico. Este indicador é denominado “Razão entre exames citopatológicos do colo do útero” e expressa a produção e a oferta de exames citopatológicos do colo do útero em relação à população feminina com 15 anos ou mais em determinado local e período. O cálculo utiliza no numerador o número de exames citopatológicos do colo do útero, em determinado local e período e como denominador a população feminina cadastrada na faixa etária de 15 anos ou mais, no mesmo local e período. Todas as bases para o cálculo deste indicador utilizam as informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Neste caso, não há identificação das mulheres que realizaram o exame, não sendo possível verificar com exatidão os dados de cobertura. No entanto, é importante salientar que o rastreamento do câncer de colo de útero está contemplado dentro das diretrizes para a melhoria da Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

O câncer de colo de útero possibilita a avaliação da Atenção Básica por ser uma condição marcadora (ou traçadora), visto que é uma doença prevalente em nosso meio e que apresenta etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos, demonstrando que há um aporte de conhecimento científico que permite estabelecer os fatores de risco, formas de detecção e tratamento. Além disso, é objeto de um programa nacional estruturado para seu controle (BOTTARI *et al*, 2008).

Em estudo realizado por Sala *et al* (2011) que avaliou os processos de integralidade na Atenção Básica no município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços, a partir de critérios (porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar,

e orientação comunitária), foi visto que os usuários reconhecem o serviço de atenção básica como espaço privilegiado de ações preventivas e de controle de saúde. Dentre as ações preventivas que foram avaliadas positivamente destaca-se a prevenção do câncer de colo de útero, onde mais de 90% dos usuários responderam “sempre” quando questionados acerca da possibilidade de obter este serviço, tanto na ESF quanto em UBS tradicional.

No entanto, em estudo recente (TOMASI *et al*, 2015) foi revelado que apenas metade das unidades básicas de saúde no Brasil apresentou estrutura adequada para o rastreamento do câncer de colo de útero por meio do exame citopatológico e somente 30% das equipes foram classificadas com processo de trabalho adequado para sua detecção. Demonstrou ainda que prevalência de adequação da estrutura foi maior entre as UBS cujo modelo assistencial era a ESF e entre aquelas que haviam aderido ao PMAQ. Os dados do estudo sugerem que a adoção da ESF como modelo de atenção básica contribui para a melhoria da estrutura dos serviços de saúde, logo, para a prestação de serviços voltados à prevenção e controle do câncer de colo de útero.

Em outro estudo, Brito-Silva *et al* (2014) realizaram uma avaliação da integralidade na dimensão do acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero. Foram identificadas diversas barreiras relacionadas à dificuldade de acesso aos serviços na Atenção Básica (disponibilidade e flexibilidade de agenda para marcação de consultas, excesso de burocracia, atendimento realizado somente mediante ao agendamento, entre outros) e busca ativa insuficiente da população-alvo. A lógica da entrada das usuárias no sistema permanece baseada na demanda espontânea.

Vale *et al* (2010) também enfatizam que o rastreamento para o câncer de colo de útero é predominantemente oportunístico, o que explica a maior adesão ao teste de Papanicolaou pelas mulheres mais jovens, já que estas procuram o atendimento ginecológico para demandas como gravidez e uso de contraceptivos, por exemplo, o que não acontece com as mulheres mais velhas. Desta forma, as ações de busca ativa da população-alvo associadas ao monitoramento da realização dos exames são fatores que podem contribuir para aumentar a cobertura do exame citopatológico em mulheres acima de 50 anos.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2013 define a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade,

eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2013a).

No contexto de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.473 (2011) instituiu quatro compromissos prioritários, dentre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama. Para garantir o cumprimento deste compromisso, também em 2011, foi lançado o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres. O plano define metas e ações específicas a serem implementadas e é composto por eixos estruturantes e ações transversais, estratégicas para a consolidação da política e do bom funcionamento dos programas nacionais para o controle desses cânceres.

3.3 BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DE PAPANICOLAOU

A adesão ao exame transcende a oferta do serviço, visto que inclui a necessidade de uma abordagem transversal à problematização dos conceitos de saúde-doença das mulheres e dos profissionais, de vulnerabilidade, da identificação de fatores de risco no estilo de vida, do cultivo de hábitos que promovam qualidade de vida, do desenvolvimento de consciência que envolva o autocuidado, de esclarecimentos, suporte social e emocional. Torna-se prioritária a reflexão sobre esses elementos, no sentido de que sejam incorporados em todas as práticas voltadas para a saúde da mulher e não apenas no momento da realização do exame (AGUILAR e SOARES, 2015).

Estudos de abordagem qualitativa realizados com usuárias da atenção básica e profissionais de saúde apontam que as razões para a não realização desse exame no país são multifatoriais, onde destacam-se: a representação e o conhecimento acerca da doença, presença de pudores e tabus, desconforto ao realizar o exame (medo da dor), a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos mesmos, condições socioeconômicas e culturais, inserção da mulher no mercado de trabalho, as atitudes dos parceiros, a falta de motivação e de interesse em realizar o exame, muitas vezes pela sobrecarga do cotidiano, dificuldades na relação entre

profissional e usuária, a precarização histórica da educação em saúde, entre outros (AGUILAR e SOARES, 2015; ANDRADE *et al*., 2013, RICO e IRIART, 2013; SONEJI e FUKUI, 2013; DIÓGENES *et al*, 2011).

Desta forma, evidencia-se que além da dimensão operacional do problema, relacionada com acesso e qualidade dos serviços, as políticas de prevenção do câncer do colo do útero devem perpassar sua dimensão simbólica, levando em consideração a interação entre a informação técnica fornecida pelos programas de rastreamento, as ações dos serviços e as concepções e práticas das usuárias. O reconhecimento desse universo simbólico deve subsidiar a atuação do profissional quanto à realização do exame, para que seja possível implementar estratégias que facilite a detecção precoce e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessas mulheres (AGUILAR e SOARES, 2015; RICO e IRIART, 2013).

O câncer de colo de útero, além dos estigmas do câncer, é uma doença que atinge um órgão repleto de simbolismos para a mulher, uma vez que se relaciona com questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução. Ao receber o diagnóstico de câncer, a mulher vivencia a expectativa de um futuro incerto, tratamentos longos e agressivos, assim como o medo da morte e da mutilação (PANOBIANCO *et al*, 2012).

São muitos também os estudos que apontam que ainda existem mulheres no Brasil que desenvolvem e morrem de câncer de colo de útero pelo simples fato de desconhecerem a finalidade do exame Papanicolaou, apesar deste tipo de câncer apresentar altos potenciais de prevenção por meio do rastreio oportunístico. Este desconhecimento sobre a importância da realização do exame faz com que as mulheres não o associem como uma prática de saúde, o que pode comprometer a ida ao serviço pela usuária. Essas evidências remetem para a necessidade das equipes de atenção básica, principalmente ESF, proporem estratégias educativas que envolvam as usuárias, com o objetivo de disseminar informações adequadas sobre os serviços disponibilizados às mulheres da comunidade (AGUILAR e SOARES, 2015; ANDRADE *et al*, 2013).

Aguilar e Soares (2015) relatam a experiência dos profissionais de saúde que trabalham na realização do exame (médicos e enfermeiros). Esses profissionais afirmam que muitas mulheres não sabem o principal motivo da realização do exame e relacionam à prevenção de DST e outras doenças. Ressaltam também que, em virtude desse desconhecimento, há necessidade de campanha maciça na mídia acerca de esclarecimentos sobre prevenção de câncer de colo de útero.

Corroborando o exposto anteriormente, nota-se que ainda é comum a procura por

atendimento ginecológico quando a mulher apresenta sintomas ou já está doente, e não de forma regular como estratégia de cuidado à saúde sexual. Este comportamento reflete concepções reducionistas pautadas na doença, resultado da influência do modelo biomédico ainda vigente em nosso país. A procura acontece ainda, quando há campanhas, porque o atendimento é mais ágil e acessível com horário diferenciado (ANDRADE *et al*, 2013). As ações coletivas e individuais na perspectiva deste enfoque são contraditórias, uma vez que estão direcionadas a responder somente às demandas das pessoas que procuram pelos serviços. Este cenário demonstra o tamanho do desafio da ESF, que foi eleita para reorientar modelos tecnoassistenciais em saúde, mas que ainda tem um longo caminho a percorrer para melhorar os indicadores de cobertura do exame de Papanicolau (AGUILAR e SOARES, 2015).

Uma trajetória de experiências restritivas no âmbito da sexualidade, falta de informação sobre a anatomofisiologia feminina e cuidado da saúde sexual, concepções do câncer atribuídas à proximidade da morte, experiências prévias de maus tratos ou humilhação sofridos pelas mulheres durante a realização do exame, sem explicação do seu significado, além de falhas no acesso aos serviços, são fatores que contribuem para a externalização de sentimentos como vergonha, dor, medo e constrangimento por parte das mulheres em relação ao exame Papanicolau (AGUILAR e SOARES, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013, RICO e IRIART, 2013; DIÓGENES *et al*, 2011).

Para além da compreensão do universo simbólico feminino de cada mulher que interfere na realização do exame de prevenção do câncer de colo do útero, há as questões relacionadas com a organização dos serviços de saúde. Estudos apontam que as mulheres com maior risco para desenvolver as lesões cervicais são aquelas que têm menos acesso aos serviços e programas de saúde. É necessário que os serviços de saúde estejam organizados para realizar regularmente o exame da população adscrita, principalmente a faixa etária alvo (RICO e IRIART, 2013).

Alguns estudos também relacionam fatores como barreiras geográficas, distância entre a residência e os serviços de saúde, dificuldades de transporte, burocracia nas instituições (tempo para marcação de consultas e de espera no atendimento), além de pouca articulação entre os diversos pontos na rede de atenção (AGUILAR e SOARES, 2015). Portanto, os gestores devem estar atentos quanto à qualidade dos serviços e buscar a excelência dos mesmos. Devem promover a capacitação dos profissionais para que atuem com conhecimento técnico, mas também atribuídos de discernimento e empatia. O trabalho dos profissionais deve produzir impacto na vida das mulheres, permitindo que estas tenham uma maior compreensão sobre a importância da adesão ao exame preventivo (ANDRADE *et al*, 2013).

3.4. CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) tem como uma de suas diretrizes no quadriênio 2014-2017, a garantia da continuidade, a qualidade e a humanização do cuidado com vistas à redução das iniquidades por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde. No escopo dessa diretriz há a estratégia específica que oferta exames citopatológicos do colo do útero e da mama para rastreamento do câncer. Isso demonstra o empenho do município em estar alinhado com as diretrizes nacionais de prevenção e controle de câncer (RIO DE JANEIRO, 2013).

O Rio de Janeiro apresenta, assim como o Brasil, um padrão extremamente heterogêneo no que se refere à distribuição geográfica da população e dos estabelecimentos de saúde. No município, a localização geográfica dos estabelecimentos de saúde define uma distribuição desigual de serviços, alternando padrões de escassez em algumas áreas (periferia) e excesso em outras (zona central). Este padrão gera um grande fluxo de pacientes em busca de atendimento. Visto isso, torna-se mais difícil o acesso aos serviços quando é necessário percorrer grandes distâncias, além de dificultar a adequação dos serviços às necessidades dos usuários (SANTOS e MELO, 2011). Este cenário se confirma ao observarmos a distribuição de unidades CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) no município do Rio de Janeiro, de acordo com o Quadro 1.

Santos e Melo (2011) em estudo sobre a trajetória dos óbitos por câncer de colo uterino no município do Rio de Janeiro verificaram que o câncer do colo do útero tem relação com as condições socioeconômicas da população, mantendo-se entre áreas subdesenvolvidas e com restrição no acesso aos serviços de saúde. Ressaltam ainda, que os fatores de risco da doença estão intimamente relacionados com o cotidiano de mulheres de baixa condição econômica. No referido estudo foi observado que as taxas mais altas de óbito estão concentradas na Zona Oeste e em parte do subúrbio da Leopoldina.

Os dados mais recentes sobre o rastreamento da doença no município do Rio de Janeiro são do SISCOLO do ano de 2012. No referido ano foi registrada a realização de 193.129⁴ exames na faixa etária alvo (25 a 64 anos). Como o SISCOLO não registra o número de

⁴ Dados do SISCOLO disponíveis em:

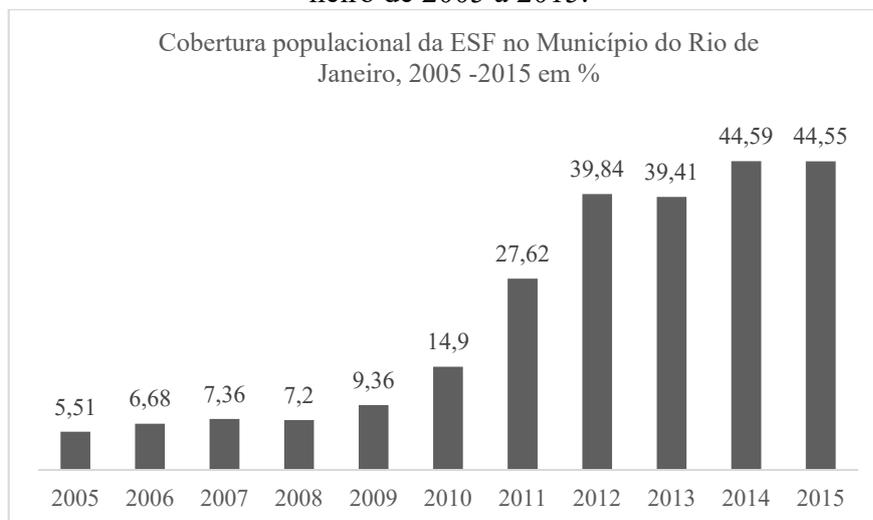
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoef_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/plm_razao-exames-cito-populacao-por-municipio>. Acesso em: 16 jan. 2016.

mulheres atendidas, não é possível avaliar o real desempenho das atividades de rastreamento no município.

De acordo com dados do INCA, a estimativa de novos casos de neoplasia maligna do colo do útero e do útero (porção não especificada) para o município do Rio de Janeiro em 2014 foi de 580, que representa 37% da estimativa para o Estado do Rio de Janeiro (1.570 novos casos). A taxa bruta de incidência por 100 mil mulheres em 2014 na capital foi de 16,55, inferior a observada no estado do Rio de Janeiro e no Brasil no mesmo ano (18,09 e 20,01, respectivamente) (INCA, 2014).

Uma vez que a atuação da AB no rastreamento da doença tem impacto direto nesses resultados, cabe registrar que a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro apresentou cobertura de 45,55% da população com 852 equipes no ano de 2015. O Gráfico 1 a seguir mostra a evolução da cobertura populacional da ESF no município do Rio de Janeiro de 2005 a 2015.

Gráfico 1. Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro de 2005 a 2015.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)⁵ do Ministério da Saúde (tabulação pela autora).

Sobre os estabelecimentos de referência que realizam o tratamento do câncer pelo no estado e município do Rio de Janeiro, a Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, torna pública a lista de estabelecimentos habilitados como CACON e UNACON por Unidade da Federação (Quadros 1 e 2). Esta portaria redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento,

⁵ Disponível para consulta no endereço < <http://sage.saude.gov.br/#>>

monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia, além de definir as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. Em seu segundo artigo, estabelece que a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no eixo temático do câncer é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, CACON, UNACON e Complexos (Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, Logísticos e de Governança).

O município do Rio de Janeiro é privilegiado em relação às outras capitais brasileiras, em número de estabelecimentos habilitados como CACON e UNACON, perdendo apenas para a cidade de São Paulo. Além disso, conta ainda com INCA, que é a instituição responsável por dar suporte ao MS nas ações nacionais de prevenção e controle do câncer.

Quadro 1. Estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON ou autorizados como serviço isolado de radioterapia, no município do Rio de Janeiro em 2014.

Bairro	Estabelecimento	Habilitação
Centro	Hospital dos Servidores do Estado	UNACON com Serviço de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica
Andaraí	Hospital Geral do Andaraí	UNACON
Bonsucesso	Hospital Geral de Bonsucesso	UNACON com Serviço de Hematologia
Jacarepaguá	Hospital Cardoso Fontes	UNACON
Ipanema	Hospital Geral de Ipanema	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
Lagoa	Hospital Geral da Lagoa	UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica
Penha Circular	Hospital Mário Kroeff	UNACON com Serviço de Radioterapia
Tijuca	Hospital Universitário Gaffrée/UniRio	UNACON
Vila Isabel	Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	UNACON com Serviço de Radioterapia e Hematologia
Ilha do Fundão	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	CACON
Ilha do Fundão	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/UFRJ	UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica
Centro	Hemorio/Fundação Pró-Instituto de Hematologia	UNACON exclusiva de Hematologia
Centro	Instituto Nacional de Câncer/INCA -Hospital de Câncer I	CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica
Santo Cristo	Instituto Nacional de Câncer/INCA -Hospital de Câncer II	CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica
Vila Isabel	Instituto Nacional de Câncer/INCA -Hospital de Câncer III	CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica

Fonte: Anexo V – Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (tabulação da autora).

Quadro 2. Estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON ou autorizados como serviço isolado de radioterapia, no Estado do Rio de Janeiro (exceto capital) em 2014.

Município	Estabelecimento	Habilitação
Cabo Frio	Hospital Santa Isabel	UNACON
Campos dos Goytacazes	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	UNACON
Campos dos Goytacazes	Hospital Universitário Álvaro Alvim	UNACON
Campos dos Goytacazes	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia LTDA./IMNE	UNACON com Serviço de Radioterapia
Itaperuna	Hospital São José do Avaí/Conferência São José do Avaí	UNACON com Serviço de Radioterapia e Oncologia Pediátrica
Niterói	Hospital Municipal Orêncio de Freitas	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica
Niterói	Hospital Universitário Antônio Pedro HUAP/UFF	UNACON com Serviço de Hematologia
Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro	UNACON com Serviço de Radioterapia
Petrópolis	Centro de Terapia Oncológica	UNACON com Serviço de Radioterapia
Teresópolis	Hospital São José/Associação Congregação de Santa Catarina	UNACON
Vassouras	Hospital Universitário Severino Sombra/Fundação Educacional Severino Sombra	UNACON
Volta Redonda	Hospital Jardim Amália Ltda. - HINJA	UNACON com Serviço de Radioterapia
Volta Redonda	Radiclin Sul Fluminense Oncologia e Radioterapia LTDA	UNACON com Serviço de Radioterapia

Fonte: Anexo V – Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (tabulação da autora).

4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1. CENÁRIO DO ESTUDO: O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações têm caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica⁶. O INCA possui cinco unidades assistenciais, subdivididas por especialidades, todas localizadas no município do Rio de Janeiro: no prédio principal, localizado na Praça da Cruz Vermelha, o Hospital do Câncer I, que atende a maioria das especialidades, além do tratamento dos pacientes pediátricos e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO); no bairro do Santo Cristo, o Hospital do Câncer II (HC II), que atende os pacientes da Ginecologia e Oncologia Clínica (Tecido Ósseo-Conectivo); e no bairro de Vila Isabel estão localizadas as unidades Hospital do Câncer III (HCIII), que atende a Mastologia e o Hospital do Câncer IV (HCIV), unidade de cuidados paliativos. A partir de 21 de julho de 2011, o instituto passa a ser chamado Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, em homenagem ao vice-presidente do Brasil de 2003 a 2011, falecido em março desse mesmo ano.

4.1.1. O Hospital do Câncer II

Em 1992, a partir da reformulação orientada pela Lei Orgânica da Saúde que criou o SUS, os Hospitais de Oncologia e o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, respectivamente os atuais Hospitais de Câncer II (HCII) e III (HCIII), foram incorporados ao INCA. O HCII foi construído em terreno doado por Getúlio Vargas para o Instituto Brasileiro de Oncologia e o prédio inaugurado em 1967. Após sua integração ao INCA passou a ser a unidade responsável pelas atividades do Serviço de Ginecologia Oncológica do Instituto (TEIXEIRA, FONSECA, 2007).

Atualmente, é a unidade hospitalar do INCA responsável pelo atendimento a adultos

⁶ Informações gerais sobre o Instituto de Câncer José Alencar Gomes da Silva disponíveis em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituto>>. Acesso em: 31 out. 2015.

matriculados nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica. Recebe pacientes para tratamento ambulatorial, internações e cirurgias. Possui dois edifícios: um principal com sete andares e 83 leitos, onde se localizam: as Unidades de Internação; o Centro Cirúrgico; o Centro de Terapia Intensiva; a Unidade de Pós-Operatório; a Unidade de Diagnóstico com os serviços de Endoscopia; Laboratório de Patologia Clínica; Anatomia Patológica e Centro de Imagem; a Direção e os Serviços de Ginecologia e Enfermagem. Em prédio anexo, mais recente, com três andares, onde estão localizados os Ambulatórios de Ginecologia e Oncologia Clínica; a Emergência; a Central de Quimioterapia; o Arquivo Médico e os demais serviços assistenciais: Psicologia; Fisioterapia; Farmácia; Nutrição e Serviço Social⁷.

Quanto ao atendimento das pacientes da Ginecologia, desde 05 de agosto de 2013, o HCII passou a atender somente as pacientes encaminhadas por meio do Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro (SISREG). Atualmente, para que a paciente seja encaminhada ao INCA para tratamento de câncer do colo de útero, é necessária a apresentação da confirmação de diagnóstico através biópsia. O INCA não realiza biópsia para a definição de diagnóstico. As exceções são avaliadas caso a caso pelo corpo clínico da unidade. A paciente deve solicitar ao laboratório que realizou a biópsia as lâminas e blocos para serem revisados posteriormente pela Anatomia Patológica do INCA e avaliadas quanto à pertinência do laudo emitido.

O fluxo de atendimento da paciente é iniciado com uma consulta de avaliação no Serviço de Ginecologia. Após esta etapa, são definidos o estadiamento do tumor e a deliberação sobre qual tratamento a usuária será submetida: o tratamento cirúrgico para tumores em estágios iniciais ou o tratamento combinado de radioterapia e quimioterapia, para tumores em estágios avançados. Posteriormente, a paciente passa por avaliação do Serviço Social, consulta de acolhimento com a Enfermagem, seguida pela participação no Grupo de Suporte Psicológico e Consulta de Nutrição.

4.2. DESENHO DO ESTUDO, COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA

4.2.1. Desenho do estudo

O presente estudo tem caráter quali-quantitativo e foi desenvolvido em duas fases. A primeira fase teve como propósito avaliar, através da revisão de prontuários, se a partir da data

⁷ Informações gerais sobre o Hospital do Câncer II disponíveis em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=178. Acesso em: 09 dez. 2015.

do diagnóstico o primeiro tratamento ocorreu em tempo oportuno, usando como parâmetro o prazo de 60 dias fixado pela Lei 12732/2012 para início de tratamento de pacientes com neoplasia maligna confirmada. A construção do banco de dados foi realizada a partir da lista de pacientes matriculadas no ano de 2014, com código CID-10 informado no cadastro C53 (neoplasia maligna do colo do útero) e que informaram residência no município do Rio de Janeiro no ato da matrícula.

A segunda fase da estratégia metodológica é a caracterização das trajetórias assistenciais das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. O propósito do uso de metodologia qualitativa nesta pesquisa é analisar as questões envolvidas com a organização dos diversos serviços de saúde, na perspectiva das experiências das mulheres portadoras da doença.

As trajetórias na assistência foram analisadas com base em duas diretrizes da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero. A referida Linha de Cuidado tem o objetivo de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, o acesso ao rastreamento das lesões precursoras, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e em tempo oportuno. Está organizada a partir de algumas diretrizes, a seguir: prevenção e detecção precoce; Programa Nacional de Qualidade da Citologia; acesso à confirmação diagnóstica; e tratamento adequado e em tempo oportuno (BRASIL, 2013a). As diretrizes escolhidas para conduzir a análise foram: prevenção e detecção precoce e tratamento adequado e em tempo oportuno.

O uso das metodologias qualitativas no campo da avaliação de programas e serviços é uma contribuição relativamente recente em uma área historicamente marcada pela mensuração quantitativa e por um perfil científico embasado pelas ciências naturais. Estas metodologias, apesar da diversidade que existe entre referenciais teóricos, têm o propósito comum de analisar os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, informações, vivências e práticas relacionadas ao programa ou serviço que se avalia e que nele interagem. Este propósito é evidentemente compreensivo, ou seja, de reconstrução dos sentidos atribuídos pelos sujeitos tendo como apoio suas experiências e representações, que são delimitadas por um conjunto de interações, numa dada situação social e cultural, e que configuram um contexto único e não generalizável. Além disso estão associadas a um projeto político de garantir a voz e empoderar os diversos segmentos que participam da avaliação (DESLANDES, 2015).

Em texto que revisita as metodologias qualitativas, Deslandes (2015) identifica os projetos investigativos que utilizam tanto metodologias quantitativas quanto qualitativas, caso do presente estudo. Entre os propósitos diversos identificados para esse tipo de estudo, a

presente pesquisa tem a finalidade de dar subsídios e melhorar as proposições dos achados quantitativos com base na articulação com os achados qualitativos e vice-versa.

O grupo de usuárias estudado pressupõe uma trajetória que perpassa todos os níveis de complexidade e diversos pontos da assistência. O melhor exemplo desse contexto é o próprio tratamento conjugado de radioterapia e quimioterapia. As sessões de radioterapia devem ser iniciadas antes da quimioterapia. No entanto, o acesso aos serviços de radioterapia é regulado à parte por uma Central Unificada (em 2014, via SISREG). Sendo assim, a oferta determina a forma de tratamento e não o critério técnico.

Através das experiências das mulheres é possível dar voz às usuárias sobre seu percurso na assistência, suas dificuldades e suas opiniões sobre os serviços que fazem parte da linha de cuidado do tratamento do câncer de colo de útero. A prática avaliativa realizada a partir da percepção dos usuários pode subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e integradas ao contexto destes. Neste sentido, a análise das trajetórias assistenciais pode ser uma estratégia complementar aos estudos quantitativos desenvolvidos com a finalidade de descrever o perfil do usuário ou padrões de utilização de serviços de saúde (CABRAL, et al.2011).

4.2.2 Coleta de dados

A partir dos dados gerenciais do INCA, foi realizado o levantamento de todas as usuárias matriculadas pela Ginecologia no ano de 2014. Esse quantitativo foi de 1587 mulheres.

Desta primeira lista, foram selecionadas as mulheres matriculadas com CID C53 (neoplasia maligna do colo do útero) associado. Foram selecionadas 839 mulheres. Em seguida foram identificados os municípios de residência de todas as usuárias matriculadas com CID C53. Foram identificadas 360 mulheres que informaram residência no município do Rio de Janeiro. Portanto, a lista final de usuárias que deu origem ao banco de dados analisado na presente pesquisa foi constituída por todas as mulheres matriculadas no INCA em 2014, com CID C53 e que residem no município do Rio de Janeiro.

A segunda etapa do levantamento foi a construção do banco de dados a partir das informações coletadas nos 360 prontuários selecionados na etapa anterior: idade; data da matrícula na instituição; data de diagnóstico; data da revisão do laudo pela Anatomia Patológica do INCA; estadiamento clínico da doença pela avaliação da Ginecologia; data de início do tratamento efetivo e o tipo de tratamento (cirúrgico, radioterapia e quimioterapia conjugados, radioterapia exclusiva ou quimioterapia paliativa). A coleta de dados foi realizada entre

setembro e dezembro de 2015.

4.2.3. Sujeitos da pesquisa

Além da seleção de 360 prontuários de mulheres atendidas na instituição para a construção do banco de dados, as usuárias do HCII foram convidadas a participar da abordagem qualitativa deste estudo. Foi proposta a realização de entrevistas com a aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas (Apêndice B). O convite foi realizado por contato direto, individualmente, no momento em que estavam na unidade para tratamento na Central de Quimioterapia do HCII (parte do tratamento conjugado de radioterapia e quimioterapia). Após concordarem com a participação, as mulheres formalizaram a autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi solicitada a gravação da entrevista.

Foram entrevistadas 05 mulheres. As narrativas gravadas foram transcritas para a análise qualitativa das trajetórias assistenciais. A análise quantitativa (questões fechadas do questionário) não foi realizada em virtude do número reduzido de mulheres entrevistadas.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: (1) mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, (2) ser residente no município do Rio de Janeiro/RJ, (3) ter diagnóstico recente: matrícula no INCA a partir de 01 de janeiro de 2014 e (4) ter diagnóstico definido pelo CID C53 – Neoplasia maligna do colo do útero.

A obtenção do TCLE, assim como as entrevistas, ocorreu em local privativo, no consultório multiprofissional no Setor de Quimioterapia, apenas na presença da pesquisadora. As entrevistas ocorreram nos meses entre setembro e dezembro de 2015.

4.3. ESTUDO DAS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS: ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

O cuidado integral exige que os serviços de saúde estejam organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem, buscando que estes sempre abertos a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada. Essa apreensão só se torna possível quando se assume uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades dos serviços de saúde (MATTOS, 2001).

Itinerários terapêuticos, como práticas avaliativas, se mostram como ferramentas potentes, pois permitem revelar como estão organizados os serviços de saúde e a capacidade

destes em responder às demandas, a partir da experiência e percepção dos usuários. Segundo Cabral *et al* (2011), os estudos sobre itinerários terapêuticos no Brasil são relativamente recentes e são poucos os que associam nessa discussão aspectos sobre o acesso e a utilização dos serviços, além dos fatores relacionados ao contexto do paciente. O foco de interesse predominante na utilização dessa metodologia refere-se às percepções do usuário sobre a doença e a influência destas sobre seu comportamento em relação à busca pelo atendimento e ao tratamento, a partir de uma abordagem socioantropológica.

O estudo sobre itinerário terapêutico é tido como uma tecnologia avaliativa centrada no paciente, pois se sustenta em metodologias que privilegiam a apreensão da experiência e da lógica das pessoas e seus familiares no enfrentamento da doença. Essas metodologias também permitem apreender como os serviços de saúde produzem respostas mais ou menos resolutivas e integrais às necessidades de saúde dos usuários e sugerem o olhar ampliado por parte dos profissionais de saúde sobre o universo cultural dos usuários, de forma a adequar práticas e a atingir resultados terapêuticos mais efetivos. Dentre as diversas possibilidades de avaliação dos itinerários terapêuticos, está a capacidade de mostrar as trajetórias assistenciais pelas diversas instituições de um Estado ou município, nos diferentes níveis de complexidade, os profissionais que prestaram atendimento e a resolutividade de cada um, revelando o movimento dos usuários nos espaços cotidianos e formais do SUS (BELLATO *et al*, 2011; CABRAL *et al*, 2011).

Há uma preocupação sobre de que forma e em qual momento as pessoas procuram ajuda para resolver demandas ou problemas de saúde, expressa em estudos diversos sobre planejamento, organização e avaliação da assistência. O objetivo é dar suporte à escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários continuamente e no momento oportuno, facilitando o vínculo com a equipe de saúde, além da adesão ao tratamento proposto. Apesar das expectativas dos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde, a trajetória percorrida pelos usuários na busca por atendimento não coincide necessariamente com fluxos pré-definidos. As escolhas dos pacientes evidenciam as construções subjetivas individuais e coletivas sobre o processo de adoecimento e formas de tratamento, que surgem a partir das influências de diversos fatores e contextos (CABRAL *et al*, 2011).

Bellato, Araújo e Castro (2011, p. 167) definem que a construção de itinerários terapêuticos “(...) tem possibilitado apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados”. De acordo com as referidas autoras, esses princípios expressam o

tensionamento entre as experiências do processo de adoecimento e busca pelo cuidado e a forma como os serviços de saúde podem responder a essas demandas, mais ou menos resolutivas. Desta forma, retratar o percurso dos pacientes em busca da resolução das suas necessidades em saúde pode evidenciar as implicações dos sistemas de saúde em seus itinerários e expor tudo aquilo que esses sistemas possibilitam em relação à resolutividade, bem como os efeitos que produzem na experiência individual dos usuários e de suas famílias.

No entanto, muitos estudos sobre itinerários terapêuticos não privilegiam a problematização das instituições de saúde que são acionadas nas buscas dos pacientes pelo cuidado. Pouco se aborda a discussão sobre a relação tensionada estabelecida entre as pessoas e instituições. Essa discussão se faz necessária, dada a dimensão de um sistema universal como o SUS, estruturado em níveis de atenção hierarquizados e configurado em uma rede complexa. O sistema pretende atender múltiplas necessidades de saúde nas diversas dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e segue, ao mesmo tempo, formas e modelos consolidados em programas e em diversos enfoques de propostas formalizadas política e administrativamente para o seu funcionamento. (BELLATO, ARAÚJO E CASTRO, 2011).

A construção dos itinerários terapêuticos propõe entrevistas em profundidade, uma vez que se constitui por um conjunto de ações que configuram as opções dos usuários, suas experiências, frustrações e sucesso na resolução das suas demandas em saúde (NASCIMENTO SILVA *et al*, 2011).

Tendo em vista a complexidade dessa abordagem, que é transversal às áreas da antropologia, da psicologia, da sociologia e da saúde, foi decidido redimensionar a estratégia metodológica, tomando o itinerário terapêutico como apoio e realizando apenas a descrição das trajetórias das pacientes atendidas no setor de Quimioterapia do HCII. Essas trajetórias indicaram os caminhos que as usuárias percorreram na assistência pelos serviços disponíveis desde o momento da descoberta do diagnóstico até o momento do tratamento na instituição. Esse mesmo enfoque foi proposto por Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz (2004) para avaliar a acessibilidade nos serviços de saúde. O objetivo foi perceber o cuidado do ponto de vista do usuário, observando com maior atenção as relações com a oferta dos serviços dentro do município do Rio de Janeiro.

Gerhardt, Rotoli e Riquinho (2011) ressaltam que as trajetórias assistenciais são um dos aspectos em destaque quando se fala em organização dos serviços de saúde. No caso dos pacientes portadores de câncer, são construídas trajetórias terapêuticas na busca de serviços

resolutivos e de qualidade, uma vez que são consideradas as possibilidades de cura. Dada constatação da magnitude do problema do câncer no Brasil, admite-se que os serviços de saúde não estão conseguindo suprir as demandas da população, principalmente em relação à disponibilidade de serviços de prevenção e detecção precoce, diagnóstico e tratamento adequado, além das dificuldades de acesso aos serviços.

Desta forma, apesar dos limites, a descrição das trajetórias na assistência torna-se oportuna, uma vez que as informações oferecidas são úteis e contribuem para o debate acerca desses percursos dos usuários quando buscam e são submetidos aos cuidados dentro dos serviços. Reconhecer esses percursos na relação entre demanda e oferta nos serviços de saúde possibilita a inclusão da perspectiva do usuário na avaliação em saúde centrada no usuário (NASCIMENTO SILVA *et al*, 2011).

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (CEP/INCA) – INCA como instituição coparticipante – em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 (CAAE nº 40510215.0.0000.5240). O estudo foi aprovado em 01/04/2015 através do parecer nº 1.007.515.

As usuárias entrevistadas registraram a autorização para a participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Foram informadas quanto aos objetivos e finalidades do estudo, bem como seus riscos e benefícios.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. ANÁLISE DO TEMPO ENTRE DATA DE CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DE TRATAMENTO

No ano de 2014 foram matriculadas pela Ginecologia do INCA 1587 pacientes. Deste total, 839 pacientes apresentaram no cadastro a referência código CID C53 – Neoplasia maligna do colo do útero

Foram identificados os locais de residência informados pelas 839 pacientes, através de consulta ao cadastro na instituição. Apenas 01 paciente matriculada informou endereço fora no Estado do Rio de Janeiro, no caso, o município de Rio Branco (Estado do Acre). O INCA atendeu no ano de 2014, 838 pacientes de 57 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Segue Tabela 1 que mostra a relação do número de pacientes matriculadas por município do Estado do Rio de Janeiro:

Tabela 1. Pacientes matriculadas com CID C53 por município do Estado do Rio de Janeiro em 2014.

Município	Número de pacientes matriculadas
Angra dos Reis	3
Araruama	5
Areal	2
Arraial do Cabo	1
Barra do Piraí	3
Barra Mansa	1
Belford Roxo	25
Bom Jardim	3
Cabo Frio	2
Cachoeiras de Macacu	3
Campos dos Goytacazes	15
Cantagalo	1
Carmo	1
Duque de Caxias	58
Engenheiro Paulo de Frontin	1
Guapimirim	5
Iguaba Grande	4
Itaboraí	13
Itaguaí	5
Itatiaia	1
Japeri	5
Macaé	5

Fonte: Dados de cadastro do INCA no ano de 2014

Tabela 1. Pacientes matriculadas com CID C53 por município do Estado do Rio de Janeiro em 2014 (continuação).

Município	Número de pacientes
Magé	16
Mangaratiba	5
Maricá	6
Mesquita	9
Miguel Pereira	1
Nilópolis	14
Niterói	17
Nova Friburgo	15
Nova Iguaçu	35
Paracambi	1
Paraíba do Sul	1
Paraty	8
Paty de Alferes	1
Petrópolis	12
Queimados	14
Quissamã	1
Resende	2
Rio das Ostras	5
Rio de Janeiro	360
São Fidelis	1
São Gonçalo	52
São João da Barra	3
São João de Meriti	34
São José do Vale do Rio	1
São Pedro da Aldeia	3
Sapucaia	7
Saquarema	20
Seropédica	10
Silva Jardim	1
Sumidouro	1
Tanguá	2
Teresópolis	8
Trajano de Moraes	2
Três Rios	7
Volta Redonda	1
TOTAL	838

Fonte: Dados de cadastro do INCA no ano de 2014

Os municípios encontrados foram agrupados por regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Número de pacientes matriculadas com CID C53 por região de saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2014.

Região de Saúde	Número de pacientes matriculadas
Baía da Ilha Grande	16
Baixada Litorânea	40
Centro-Sul	21
Médio Paraíba	8
Metropolitana 1	585
Metropolitana 2	91
Norte	25
TOTAL	838

Fonte: Dados de cadastro do INCA no ano de 2014

A região a Metropolitana 1, que compreende a Baixada Fluminense e o município do Rio de Janeiro encaminhou o maior número de pacientes. A capital encaminhou um total de 360 pacientes, representando 43% do total de pacientes encaminhadas ao INCA com o CID C53 no ano de 2014. Cabe ressaltar que o INCA atendeu pacientes de todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro, o que demonstra a importância do papel da instituição para o tratamento do câncer de colo de útero tanto na capital quando no Estado do Rio de Janeiro.

O fato do INCA ter atendido pacientes de 57 dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro (62%) também sugere uma sobrecarga nas unidades do SUS ou déficit no número de unidades especializadas que realizam o tratamento deste tipo de câncer no interior do Estado, entre outras causas. Tendo em vista que a questão do tempo é primordial para o início de tratamento do câncer, o encaminhamento de pacientes através do sistema de regulação para a capital (região com maior número de unidades habilitadas para o tratamento) se faz necessária para garantir que o início do tratamento ocorra no menor tempo possível.

Da relação das 360 pacientes que informaram o local de residência no município do Rio de Janeiro, também foram identificados os bairros correspondentes. Desta forma foi possível verificar o número de pacientes encaminhadas por Área Programática (AP).

A Área Programática 3.3 foi a que apresentou o maior número de pacientes encaminhadas em 2014, conforme demonstrado pela Tabela 3. AAP 3.3 é a que apresenta o maior número de habitantes do município do Rio de Janeiro e compreende os bairros da Região de

Madureira e adjacências: Vila Kosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros e Pavuna. Cabe registrar que a AP 3 (3.1, 3.2 e 3.3 juntas) se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas na cidade do Rio de Janeiro vive nessa região (RIO DE JANEIRO, 2014).

Este achado também foi encontrado no estudo de Santos e Melo (2011), onde foi observado que os casos de câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro se concentram em áreas subdesenvolvidas e com restrição no acesso aos serviços de saúde.

Tabela 3. Número de pacientes matriculadas com CID C53 por Área Programática do município do Rio de Janeiro em 2014.

Área Programática	Número de pacientes matriculadas
1.0	22
2.1	17
2.2	10
3.1	44
3.2	37
3.3	63
4.0	35
5.1	47
5.2	54
5.3	31
TOTAL	360

Fonte: Dados de cadastro do INCA no ano de 2014

A partir da definição das 360 matrículas, foi iniciada a coleta de dados para cálculo do tempo entre a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento. Foram coletados os seguintes dados: idade; data da matrícula na instituição; data de diagnóstico; data da revisão do laudo pela Anatomia Patológica do INCA; estadiamento clínico da doença; data de início do tratamento efetivo e o tipo de tratamento. Foram verificados os registros eletrônicos da Instituição (ferramentas institucionais Intranet e prontuário eletrônico Alert®), além dos prontuários físicos das pacientes.

Foram excluídas da análise do tempo entre data de diagnóstico e início de tratamento os prontuários que não atendiam aos critérios do estudo. Segue a tabela 4 com número de matrículas excluídas da análise e as justificativas.

Tabela 4. Prontuários excluídos da análise e as respectivas justificativas do total de 360 pacientes selecionadas, 2014.

Justificativa	Número de prontuários excluídos
Matrículas de anos anteriores a 2014, que foram incluídas inadvertidamente no relatório institucional.	02
Pacientes que realizaram a matrícula e internação subsequente em função de sintomas agudos indicativos de câncer de colo de útero. Registro de óbito antes da confirmação do diagnóstico e realização de qualquer intervenção.	04
Pacientes que iniciaram tratamento tardiamente, em virtude de condições clínicas adversas, de acordo com o registro médico no prontuário.	05
Matrículas de pacientes que realizaram a primeira intervenção terapêutica fora do INCA.	14
Pacientes que formalizaram matrícula, porém não foram encontrados registros de intervenções ou do desfecho de caso (pacientes sem seguimento).	14
Matrículas que ficaram com informações pendentes cujos prontuários físicos que não foram consultados a tempo, porque não se encontravam no Arquivo Médico do HCII (em movimentação em outras unidades do INCA ou encaminhados para arquivo externo).	31
Matrículas de pacientes que iniciaram tratamento fora da unidade e formalizaram matrícula apenas para realizar Braquiterapia (uma das etapas do tratamento combinado de radioterapia e quimioterapia)	34
Matrículas de pacientes relacionadas ao CID-10 C53 de forma equivocada	35
TOTAL	139

Fonte: Relação de pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, matriculadas no INCA pelo CID C53 no ano de 2014.

A braquiterapia é uma das etapas do tratamento combinado de radioterapia e quimioterapia. É também denominada radioterapia interna e consiste em uma modalidade de radioterapia em que a fonte radioativa é colocada em contato direto ou a uma distância muito próxima do tecido tumoral, permitindo que uma dose elevada de radiação seja liberada ao tumor com proteção das estruturas sadias adjacentes (PATANKAR, 2015). Desta forma, as pacientes que iniciaram o tratamento em outras unidades e formalizaram matrícula apenas para realizar braquiterapia (34 pacientes), retornaram para a unidade de origem após o referido procedimento.

Em decisão judicial foi determinado que, a partir de 10 de julho de 2014, todos os pacientes em tratamento nos hospitais localizados no município do Rio de Janeiro que necessitassem de radioterapia deveriam ser cadastrados em fila única no Sistema de Regulação (SISREG), cujo gestor é a Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro. Ficou sob responsabilidade exclusiva do gestor municipal tomar as providências quanto ao agendamento das avaliações iniciais destes pacientes junto aos prestadores de radioterapia. Essa decisão⁸ teve como objetivo a redução do tempo médio de espera pela radioterapia no município do Rio de Janeiro, em decorrência da insuficiência de vagas.

Desta forma, as pacientes acompanhadas inicialmente em outras unidades foram matriculadas no INCA apenas para realizar esta etapa do tratamento. O contrário também foi observado durante a coleta de dados e entrevistas. Pacientes matriculadas e acompanhadas inicialmente no INCA em 2014 realizaram a radioterapia em outras unidades do SUS e conveniadas no município do Rio de Janeiro, conforme a disponibilidade do Sistema de Regulação vigente no período.

Sobre as pacientes matriculas com CID-10 incorreto (35 pacientes), em 10 casos havia dúvida sobre o diagnóstico, sendo posteriormente confirmada neoplasia de endométrio (CID C54). Os demais casos (25 pacientes) foram de fato erros de digitação do código CID-10 no cadastro da usuária.

Após os referidos ajustes para selecionar as matrículas, conforme os critérios estabelecidos neste estudo, foram avaliadas as informações de 221 prontuários (61,4% dos prontuários identificados inicialmente). Os 221 prontuários foram divididos em dois grupos conforme o resultado do diagnóstico: pacientes diagnosticadas com neoplasia intraepitelial cervical (NIC), e pacientes diagnosticadas com lesões tumorais invasoras, conforme tabela 5.

⁸ DECISÃO judicial estabelece fila única para radioterapia no município do Rio de Janeiro. Agência de Notícias. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 06 ago. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/decisao_judicial_estabelece_fila_unica_para_radioterapia_no_municipio_do_rio). Acesso em: 10 set. 2015.

Tabela 5. Número de pacientes por confirmação de diagnóstico, ano 2014.

Diagnóstico	Número de pacientes	
	N	%
Neoplasia intraepitelial cervical	47	21,3
Câncer invasor	174	78,7
TOTAL	221	100

Fonte: Relação de pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, matriculadas no INCA pelo CID C53 no ano de 2014.

O câncer do colo do útero, em sua evolução, inicia-se a partir de uma lesão precursora. Essas lesões cervicais precursoras apresentam-se em graus evolutivos, do ponto de vista citohistopatológico, sendo classificadas pelo Sistema Bethesda (INCA, 2006) como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de graus I (lesão de baixo grau), II e III (lesões de alto grau), além do adenocarcinoma *in situ* (AIS).

As lesões precursoras do câncer de colo de útero podem regredir espontaneamente, porém existe a probabilidade de progressão. Sendo assim, a forma mais eficaz de controlar esse tipo de tumor é diagnosticar e tratar as lesões precursoras, além das lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos. As alterações intraepiteliais podem se transformar em processo invasor, num período médio de 5 a 6 anos. As mulheres que desenvolvem infecção persistente por HPV do tipo 16 têm cerca de 5% de risco de desenvolverem NIC III ou lesão mais grave em três anos e 20% de risco em dez anos. Quando a infecção persistente for por outros tipos de HPV oncogênico, esse risco reduz pela metade (BRASIL, 2016; BRASIL, 2013a; DIZ e MEDEIROS, 2009).

O câncer do colo uterino invasor evolui a partir da NIC, em cerca de 90% dos casos, porém nem toda NIC progride para um processo invasor. Os graus de maior gravidade da NIC são os II e III, que se não forem tratadas, podem ser consideradas os reais precursores da doença, em virtude da maior probabilidade de progressão para o câncer. A maioria das NIC I regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride à NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora (BRASIL 2011a; NEOPLASIAS, 2000).

Para fins deste estudo, não foram considerados os prontuários das pacientes diagnosticadas com lesões precursoras (NIC) para análise do tempo entre data de diagnóstico e início de tratamento. Essa escolha é justificada pela evolução mais lenta das lesões pré-invasivas (que nem sempre resultarão em câncer invasor), além das condutas para tratamento serem mais simples e demandarem menor complexidade da assistência, diferentemente do que acontece

quando já existe um processo invasor em curso. Portanto, para a análise do tempo entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento, foram utilizadas as informações coletadas nos 174 prontuários das pacientes diagnosticadas com câncer invasor.

As pacientes encaminhadas ao INCA com resultado de NIC (I, II e III) são acompanhadas e tratadas pelo Ambulatório de Ginecologia da unidade que está capacitado para realizar Cirurgia de Alta Frequência, quando há indicação. Após tratamento e cura das lesões precursoras, as usuárias são encaminhadas novamente para a UBS de origem, para continuidade do cuidado na Atenção Básica. O INCA é uma unidade de referência na assistência oncológica, habilitada como CACON, desta forma, uma de suas atribuições é oferecer formação profissional na área de Cancerologia Clínica e Cirúrgica, através dos Programas de Residência Médica.

A extensão da doença é definida pelo estadiamento do tumor, que considera a invasão nas estruturas adjacentes (corpo uterino, vagina, paramétrios, cavidade peritoneal, bexiga e reto) e por disseminação linfática (linfonodos pélvicos, retroperitoneais e fossa supraclaviculares) e hematogênica (metástases viscerais). O estadiamento preconizado pela FIGO 2009 (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) descrito no Quadro 3 é determinante para a escolha do tratamento no carcinoma invasor de colo uterino (WIEBE, DENNY e THOMAS, 2012; GREER, et al, 2010).

Quadro 3. Estadiamento do câncer de colo uterino definido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2009).

Estádio	
Ia	O câncer invasor é identificado somente microscopicamente. Todas as lesões macroscópicas, ainda que com invasão superficial, são do estágio Ib.
Ia1	A invasão do estroma em profundidade não excede 3 mm e não é maior que 7 mm de extensão
Ia2	A invasão do estroma mede entre 3 a 5 mm de profundidade e não excede os 7 mm de extensão.
Ib	Lesões clínicas limitadas ao colo do útero ou lesões pré-clínicas maiores que o estágio clínico Ia.
Ib1	Lesões clínicas até 4 cm de tamanho.
Ib2	Lesões clínicas maiores que 4 cm de tamanho.
II	Carcinoma estende-se além da cérvix, mas não atinge a parede pélvica. O carcinoma pode envolver a vagina, mas não até o seu terço inferior.
IIa	Envolvimento não evidente do paramétrio. Não invade terço inferior da vagina.
IIb	Envolvimento do paramétrio evidente, porém não atingindo a parede pélvica.
III	Carcinoma estende-se à parede pélvica. Ao toque retal não há espaço livre entre o tumor e a parede pélvica. O tumor pode envolver o terço inferior da vagina. Todos os carcinomas com hidronefrose ou exclusão renal se incluem nesse estágio.
IIIa	Não há extensão à parede pélvica, porém envolve o terço inferior da vagina.
IIIb	Extensão à parede pélvica e/ou hidronefrose ou exclusão renal.
IVa	O tumor estende-se aos órgãos adjacentes (bexiga ou reto).
IVb	Metástases a distância (inclui linfonodos inguinais e periaorticos).

Fonte: Figo Cancer Report 2012 – Cancer of cervix uteri (Adaptado).

De acordo com as condutas do INCA, o câncer de colo de útero é considerado localmente avançado a partir do estágio IIB (GREER, et al, 2010; SILVA FILHO, 2009, CÂNCER, 2000). Das 174 pacientes diagnosticadas com câncer invasor 65,5% apresentaram doença localmente avançada no momento da avaliação inicial para a definição da conduta de tratamento, conforme tabela 6.

Tabela 6. Número de pacientes por estadiamento da doença no ano de 2014.

Estadiamento (FIGO)	Número de pacientes
Ia – IIa (fases iniciais)	60 (34,5%)
IIB-IVa (localmente avançado)	114 (65,5%)
Total	174

Fonte: Relação de pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, matriculadas no INCA pelo CID C53 no ano de 2014.

Este dado é preocupante, uma vez que as possibilidades de cura são reduzidas nesses casos. O diagnóstico tardio resulta em tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e toda sua família, eleva os índices de mortalidade pela doença, além de aumentar os custos com internações e uso de medicamentos (PANOBIANCO *et al*, 2012). Esta realidade evidencia a pouca capacidade do sistema de saúde em promover o rastreamento e o controle da doença, uma vez que o tratamento das lesões precursoras impede que estas progridam para câncer invasor.

Do total de 360 prontuários selecionados para a pesquisa foram registrados 44 óbitos (12%). Desses 44 óbitos, 10 (23%) ocorreram antes de qualquer intervenção terapêutica. No grupo das 174 mulheres com câncer invasor ocorreram 17 óbitos (9,7%). Desses 17 óbitos, 03 ocorreram ainda no ano de 2014 e 14 no ano de 2015.

A média de idade das pacientes portadoras de câncer invasor foi 49,87 anos (mais nova com 23 e mais velha com 93 anos). A média de idade das pacientes com Neoplasia Intraepitelial Cervical foi 38, 97 anos (mais nova com 22 anos e a mais velha com 76 anos).

Para análise do tempo entre a data do diagnóstico e início de tratamento foi considerada a data da confirmação do diagnóstico (biópsia) e a data da primeira intervenção terapêutica. Segue a tabela 7 que demonstra a média em número de dias para início de tratamento, de acordo com cada tipo de intervenção.

Tabela 7. Tempo médio em número de dias para início de tratamento a partir da data de diagnóstico das pacientes residentes no município do Rio de Janeiro em 2014.

Tipo de tratamento	Número de Pacientes	Tempo médio para início de tratamento (dias)
Cirúrgico	48	104,8
Conjugado (radioterapia e quimioterapia)	86	116,8
Radioterapia exclusiva	17	142,6
Quimioterapia paliativa	03	71,3
Total	174	115,4

Fonte: Relação de pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, matriculadas no INCA pelo CID C53 no ano de 2014.

Na tabela 8 segue o número de tratamentos que foram realizados dentro dos 60 dias, e os que ultrapassaram o prazo fixado pela Lei.

Tabela 8. Número de tratamentos realizados de acordo com o prazo de 60 dias fixado pela Lei 12732/2012 das pacientes matriculadas em 2014.

Tempo para início de tratamento	Número de Pacientes	%
Até 60 dias	21	12
A partir de 61	153	88
Total	174	100

Fonte: Relação de pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, matriculadas no INCA pelo CID C53 no ano de 2014.

Apesar da Lei 12.732/2012 ter entrado em vigor em maio de 2013, foi verificado que em apenas 12% dos casos de câncer invasivo referentes ao ano de 2014 tiveram início de tratamento dentro do prazo estabelecido. A média de tempo para início de tratamento foi de 115,4 dias, um incremento de aproximadamente 56 dias após o prazo fixado por lei (60 dias). Tal fato demonstra que o sistema de saúde não atendeu a demanda da maioria das pacientes portadoras de neoplasia maligna de colo de útero para início de tratamento dentro do prazo determinado, em outras palavras, a maioria dos não ocorreu em tempo oportuno.

O atraso foi observado em todos os tipos de intervenção possíveis para o tratamento do câncer do colo do útero. O menor tempo de espera foi verificado quando o tipo de intervenção foi quimioterapia paliativa (71,3 dias). A espera pelo tratamento cirúrgico e pelo tratamento conjugado – as principais intervenções terapêuticas recomendadas (WIEBE, DENNY e THOMAS, 2012) – ultrapassou 100 dias. Em relação ao atraso no tratamento das pacientes que necessitaram de radioterapia, o ano de 2014 foi marcado por inúmeros problemas relacionados

à falta de disponibilidade do serviço tanto no Estado quanto no Município do Rio de Janeiro. A situação foi amplamente divulgada na mídia. Em notícia publicada no portal do Jornal EXTRA do Rio de Janeiro, em 27 de julho de 2014, a Secretaria Estadual de Saúde estimou uma fila de espera de mil pessoas, dessas aproximadamente 800 pessoas só na capital. Esse dado fez parte do Plano de Atenção Oncológica, elaborado pela Fundação do Câncer a pedido do governo estadual. O documento concluiu que o estado do Rio possuía na época apenas 50% dos recursos que seriam necessários para atender a demanda de pacientes com câncer (JUNQUEIRA, 2014).

Em outra reportagem do jornal O GLOBO foi mostrada a dificuldade do SUS em cumprir a Lei 12.732/2012 sobre o prazo de 60 dias para início de tratamento do câncer. De acordo com a fonte da reportagem, foram incluídos desde 2013 no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que monitora o cumprimento da legislação, 25.162 casos da doença, segundo dados atualizados até 23 de abril de 2014. Desse total, apenas 12.310 iniciaram o tratamento, sendo que 43% não foram atendidos no prazo da lei. No caso dos pacientes que não haviam começado o tratamento, não foi possível saber se o prazo de 60 dias está sendo ou não respeitado. A reportagem aponta ainda a dificuldade do departamento de doenças crônicas do Ministério da Saúde, em analisar e justificar porque 43% dos 12.130 pacientes que conseguiram atendimento, entre os mais de 25 mil cadastrados no SISCAN, tiveram que esperar mais de 60 dias. No entanto, foi reconhecido que os problemas têm relação com a falta de acesso ao tratamento, mas destaca também possíveis dificuldades dos hospitais em alimentar o SISCAN (MARIZ, 2015).

Cabe ressaltar que, apesar do recorte de tempo de estudo ter sido o ano de 2014, em 08 de junho 2015 a rede de assistência em saúde de 12 municípios fluminenses passou a contar com uma Central de Regulação Unificada (REUNI-RJ). Atualmente a central é denominada Sistema Estadual de Regulação (SER). A partir de ações pactuadas entre governo federal, estado e município do Rio de Janeiro, foi possível implantar a nova Central, com objetivo de unificar a regulação dos serviços de saúde e organizar a lista de espera por procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) no território envolvido. A gestão é estadual e compreende atividades de regulação de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. O serviço será responsável pela regulação de toda a rede federal (Hospitais Federais e Institutos) do Rio de Janeiro, além das redes estadual e municipal, de acordo com a implantação gradual das especialidades (MENDES, 2015).

Sobre o processo de coleta de dados dos prontuários do INCA, esta foi uma tarefa que mobilizou a maior parte do tempo direcionada ao trabalho de campo. Além do número elevado

de prontuários selecionados (360), foram identificados outros fatores que dificultaram esta etapa da pesquisa. O HCII possui duas ferramentas de registro eletrônico de atendimento dos pacientes: a Intranet (registro de consultas e resultado de exames) e o prontuário eletrônico Alert (evolução médica e da equipe multidisciplinar). No entanto, não há comunicação entre as ferramentas de registro eletrônico, cada plataforma foi consultada separadamente. Sendo assim, para a coleta dos dados foi necessário acessar três fontes de informação: duas fontes eletrônicas e o prontuário físico. Apesar da instituição possuir registro eletrônico e ter investido recentemente na aquisição do prontuário eletrônico Alert, o prontuário físico foi acessado na maioria dos casos pela escassez de registro nas ferramentas eletrônicas. Além disso, parte do corpo clínico da unidade ainda não aderiu ao prontuário eletrônico, tornando a consulta no prontuário físico obrigatória nesses casos.

As informações registradas em prontuário poderiam contribuir para o esclarecimento das questões sobre organização dos serviços de saúde durante o percurso das pacientes, caso existisse um prontuário eletrônico único do SUS, com possibilidade de ser acessado em qualquer ponto da assistência. O armazenamento das informações clínicas das pacientes em uma plataforma única poderia agilizar o encaminhamento das pacientes com resultado do exame preventivo alterado e auxiliar a organização do acesso ao tratamento dos casos mais urgentes.

5.2. TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Cabe uma breve caracterização das entrevistas que foram realizadas na presente pesquisa. Foram realizadas de setembro a dezembro de 2015 no setor de quimioterapia da unidade, e aconteceram em local privado (consultório multidisciplinar no mesmo setor). As pacientes deveriam ter diagnóstico de neoplasia maligna de colo de útero a partir de 01 de janeiro de 2014 e declarar local de residência no município do Rio de Janeiro. As pacientes foram convidadas a participar desta pesquisa no momento em que aguardavam para serem atendidas, na sala de espera.

No período disponível para a realização das entrevistas, seis mulheres aceitaram participar da pesquisa, duas mulheres recusaram-se. Uma das mulheres que aceitou participar, apesar de ter declarado residência no município do Rio de Janeiro, informou morar há menos de 03 meses (paciente mudou-se para casa de familiares no município do Rio de Janeiro para

estar mais próxima do local de tratamento) e toda a trajetória na assistência até o encaminhamento para o INCA tinha sido realizada fora do município. Por esse motivo, esta última entrevista não foi considerada para a análise.

O número de mulheres entrevistadas foi inferior ao esperado inicialmente (20 pacientes), em virtude de algumas situações encontradas durante o trabalho de campo: número reduzido de mulheres que atendiam ao critério de inclusão, principalmente em relação ao local de residência e ao diagnóstico recente; momentos de incompatibilidade entre o dia e horário disponível para entrevistas e o agendamento das pacientes com o perfil dos critérios de inclusão deste estudo; e pacientes que atendiam ao critério de inclusão, porém com estado geral comprometido, não sendo foi possível formalizar o convite para a participação nesta pesquisa.

Optou-se por manter as 05 entrevistas e dar ênfase à análise qualitativa das descrições das trajetórias assistenciais, com o propósito de uma maior apreensão dos detalhes das narrativas, que serviram de base para análise pretendida. Também foram coletadas informações nos prontuários médicos correspondentes (eletrônico e físico), a fim de complementar as informações das narrativas.

As mulheres entrevistadas foram identificadas como **M1**, **M2**, **M3**, **M4** e **M5**, com o objetivo de garantir o anonimato das informações coletadas. O mesmo sigilo foi mantido quanto à citação de profissionais e instituições. A seguir são apresentadas as trajetórias na assistência das mulheres que consentiram a participação neste estudo. A caracterização gráfica do percurso das mulheres na assistência encontra-se detalhada no Apêndice A.

Trajetória na assistência de M1

M1 tem 35 anos, reside no bairro de Realengo, é costureira e dona do próprio negócio, uma confecção de roupas. Tem segundo grau completo, casada, tem um filho de 03 anos e frequenta apenas unidades de saúde do SUS, apesar de ter informado que paga plano de saúde para o filho.

M1 é usuária de uma Clínica da Família situada no mesmo bairro, bem próxima à sua residência. Utiliza os serviços da clínica em duas situações: para consulta com ginecologista ou quando há alguma situação por ela considerada como “emergência”.

No fim de 2014, a usuária apresentou quadro de sangramento após as relações sexuais e procurou a Clínica da Família para realizar o exame preventivo. M1 tinha uma rotina de realizar o exame preventivo anualmente, mas após ter se tornado mãe, relata que ficou difícil conciliar a maternidade, o trabalho e o cuidado com a saúde. Antes da realização do exame preventivo

com a suspeita do diagnóstico, M1 informa que ficou mais de três anos sem realizar o teste de Papanicolaou.

A usuária se recorda que teve diagnóstico anterior de infecção pelo HPV e alega não ter sido informada sobre a periodicidade do exame preventivo a partir desta condição, da mesma forma que alega não ter sido informada sobre a prevenção do câncer de colo do útero.

M1 informa que reside no município do Rio de Janeiro, no bairro de Realengo há aproximadamente três anos, e que nunca havia feito o exame preventivo na Clínica da Família perto de sua casa antes do surgimento dos sintomas. Informa ainda que, para a realização do exame, a Clínica da Família exigia a participação prévia em palestras informativas. Esclarece que não tinha tempo para comparecer nessas atividades. No entanto, admite que mesmo após a unidade ter abolido a exigência de palestras para a realização do preventivo, não conseguiu realizar o exame por outros motivos:

“ (...) depois que acabaram com a palestra eu consegui marcar, mas as duas vezes que eu marquei, marquei a primeira e fiquei menstruada, daí eu não fui. A segunda eu marquei num sábado de manhã, e daí quando eu fui tomar banho para ir, fiquei menstruada de novo e aí não pude fazer”.

Quando M1 apresentou o quadro de sangramento, procurou a Clínica de Família e conseguiu agendar e realizar o exame de Papanicolaou no mesmo dia. O exame demorou cerca de 30 dias para ficar pronto, nesse período a usuária teve a perda de um familiar e o tempo de espera para o resultado se tornou algo menos importante:

“Eu não sei, e nem posso achar (...), e como eu também tinha perdido um irmão que eu criava (...) fui deixando, daí chegou dezembro, janeiro, eu disse: não quero notícia ruim! Eu já tinha recebido uma notícia ruim, dele ter sido atropelado, falecido, daí pensei: ah não, deixa para lá. Então para mim tanto fez, como tanto faz o tempo de espera. Só depois que eu falei: ah não, vou correr atrás para saber o que está acontecendo. E fui lá ver o resultado”.

Após o resultado do preventivo alterado foi realizada a confirmação do diagnóstico por biópsia cerca de 2 meses após. A partir de então M1 já fala na noção de tempo, já que considerou a espera pela realização da biópsia “muito demorado”.

Apesar das dificuldades relatadas, M1 considerou sua trajetória na Atenção Básica como “muito boa” e se sentiu acolhida pela equipe que a atendeu:

“Porque assim que eu soube do diagnóstico, era uma enfermeira (...) em nenhum

momento ela me deixou entrar em desespero. Porque eu sou muito curiosa, na mesma hora fui para a Internet ver, eu queria ver o resultado. Aí apareceu um cadeado. E assim que eu cheguei lá para conversar com ela, eu disse: vamos ver isso hoje, ver o que está acontecendo. Aí no mesmo momento ela conversou comigo e foi ótimo, ela foi maravilhosa!”

Cabe observar nos dois últimos relatos de M1 que a Clínica da Família tinha acesso ao resultado alterado e o resultado foi apenas informado quando a usuária foi busca-lo na unidade.

A usuária também considerou que o atendimento durante sua trajetória no nível secundário também muito bom, apesar de ter observado problemas relacionados às condições de trabalho do profissional:

“Tudo muito bom. Pelo mesmo motivo, pelo atendimento. Porque todo mundo reclama porque demora, porque às vezes você fica ali esperando. Lá em Irajá, por exemplo, eu fui, e o médico não tinha condições de atender, ele era sozinho, não tinha nenhuma enfermeira, e mesmo assim ele fez de tudo para mim (sic) ficar confortável, e me atendeu muito bem, foi ótimo! Muito ótimo mesmo ele. Ele também era do INCA e foi pra lá.”

Sobre a unidade de tratamento a usuária continua classificando a trajetória como muito boa e também destaca o acolhimento da equipe.

M1 não teve dificuldades para chegar em nenhuma das unidades que fizeram parte de sua trajetória na assistência. Também relata que até o momento não percebeu qualquer impedimento em relação ao acesso à marcação de consultas, exames e acesso aos medicamentos. Relata que participa ativamente das decisões do seu tratamento e quando tem dúvidas procura o médico para esclarecê-las.

Sobre as melhorias na condição das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, M1 ressalta a questão do tempo para início de tratamento, uma vez que considera “muito demorado”. Apesar das dificuldades encontradas no acesso ao tratamento é boa a percepção da qualidade do atendimento recebido durante a sua trajetória. M1 recebeu o diagnóstico em 08 de janeiro de 2015. Foi matriculada no INCA em 18 de maio de 2015, estadiamento da doença IIB e iniciou tratamento em 24 de setembro de 2015. Espera de 259 dias.

Trajetória na assistência de M2

M2, 31 anos, casada, mãe de duas filhas, natural do Rio de Janeiro e moradora do bairro de Senador Camará. Possui segundo grau completo e trabalha na área administrativa. Descobriu

o câncer de colo de útero após um quadro de hemorragia, três meses após o parto de sua última filha (no momento da entrevista a filha tinha 5 meses). Informa possuir plano de saúde, porém o contrato foi feito recentemente, motivo pelo qual a usuária procurou atendimento no SUS para tratamento do câncer.

M2 relata que sempre realizou o exame preventivo em serviço privado, e no período em que ficou sem cobertura do plano de saúde, buscou atendimento no SUS apenas para realizar pré-natal e o parto da sua última filha. Considera que atendimento na unidade de Atenção Básica próxima não atende sua necessidade e por morar em uma área considerada de risco, o serviço é suspenso com frequência por questões de segurança.

Após apresentar o sangramento, a usuária retornou à unidade hospitalar responsável pelo parto da sua última filha, onde suspeitou-se do câncer de colo de útero. De acordo com o relato, essa suspeita não foi informada, sendo sugerida outra hipótese de diagnóstico:

“Aí a médica suspeitou, mas não me avisou, avisou uma pessoa da família, e me deu um diagnóstico de “cisto”, mandando eu procurar uma rede privada de preferência, porque demoraria muito e eu precisava o mais rápido possível. Eu tive 3 meses de sangramentos intensos.”

Sobre a realização do exame de Papanicolaou, informa ter ficado mais de 2 anos sem realizar. Esta é uma rotina de cuidado considerada traumática pela usuária. M2 refere que sente muitas dores durante o procedimento. Relata também os sentimentos de vergonha e constrangimento durante a realização do exame. Esses sentimentos também estão relacionados ao gênero masculino do profissional responsável por realizar o exame.

“Nunca fui uma pessoa de frequentar ginecologista. Tinha pânico, medo, trauma. Só comecei a frequentar ginecologista certinho quando fiquei grávida, por aí tem que fazer o pré-natal (...) realmente eu fugia do ginecologista por ignorância minha. Hoje em dia é uma coisa que eu não faria sabendo das consequências que podem ter.”

A usuária refere que a falta de flexibilidade de horário do emprego também contribuiu para a não realização do exame preventivo. Faltas e atrasos no trabalho não eram tolerados e por esse motivo não conseguiu marcar consultas, mesmo possuindo plano de saúde.

M2 afirma ainda que nunca havia sido orientada quanto à prevenção do câncer de colo do útero e que apenas recebeu informações sobre a infecção pelo HPV. Também admite que não conhecia o motivo da realização do exame preventivo.

Em relação ao tempo entre realização do exame e resultado, M2 se considera uma pessoa de sorte, porque o marido trabalha em laboratório de análises clínicas na rede privada e, desta

forma, conseguiu realizar o exame de confirmação do diagnóstico em caráter de urgência. De acordo com M2, o resultado ficou pronto em aproximadamente uma semana.

Apesar de ter informado que nunca realizou exame preventivo pelo SUS, destaca como ponto positivo na Atenção Básica a agilidade da UBS no processo de regulação via SISREG.

M2 informa também que não teve dificuldade em relação à marcação de consultas, exames e acesso aos medicamentos durante sua trajetória. Quanto às oportunidades de melhoria do tratamento da mulher com câncer de colo de útero, M2 destaca três pontos: a informação sobre a hipótese do diagnóstico, o tempo para o resultado do exame de confirmação da doença e o sistema de regulação SISREG. A usuária fez uma avaliação negativa quanto à conduta no momento em que se suspeitava da doença:

“A médica me tirou da sala e falou para um familiar meu o que poderia vir a ser, e me deixou lá do lado de fora angustiada (...) A partir do momento que ela falou que era muito ruim, eu não teria que ser retirada da sala, tinha que ter alguém do meu lado para me ajudar, mas não me retirar. Para mim acho que foi muito pior, vir alguém falar que é mioma, outro dia falar que é um mioma hemorrágico, outro dia falar que é HPV, cada dia um profissional levantava uma suspeita, quando todos eles já suspeitavam do câncer.”

Apesar da experiência positiva quanto à rapidez da entrega de resultado de exames, proporcionada pelo acesso ao laboratório privado, a usuária tem consciência de que o seu relato é uma exceção diante da realidade enfrentada pela maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. Quanto ao sistema de regulação do município do Rio de Janeiro (SISREG), a usuária acredita que a ferramenta aumenta o tempo de espera para o início do tratamento e que na prática não tem utilidade:

“(...) a espera é interminável, no caso para você entrar para uma rádio (radioterapia), a espera pode chegar de 3 meses a 1 ano. O sistema de regulação infelizmente veio para ajudar e só atrapalha, porque tornou a fila muito maior e muito mais difícil de conseguir. Se eu pudesse mudar alguma coisa eu mudaria o SISREG, esse sistema horrível, fora que não serve para nada, só serve para atrapalhar a vida daquela pessoa”.

Neste último relato M2 observa apenas o tempo de espera imposto pelo sistema de regulação. M2 não identifica que o tempo de espera está relacionado com a disponibilidade de vagas e enxerga o SISREG como uma barreira de acesso ao tratamento. Vale ressaltar que antes da implementação dos sistemas de regulação, os pacientes buscavam a vaga por conta própria.

Essa opção possibilitava que alguns usuários acessassem o sistema mais rapidamente, porém esse acesso era desigual e não dimensionava o problema.

M2 recebeu o diagnóstico em 11 de agosto de 2015. Foi matriculada no INCA em 18 de agosto de 2015, estadiamento da doença IB2 e iniciou tratamento em 14 de setembro de 2015. Espera de 34 dias para iniciar o tratamento, dentro do prazo previsto pela Lei 12.732/12.

Trajetória na assistência de M3

M3, 58 anos, divorciada, 4 filhos, natural do Rio de Janeiro, sem parceiro no momento da entrevista, segundo grau completo e é moradora de Pilares. Trabalhou como empregada doméstica e faxineira diarista, porém atualmente encontra-se afastada do trabalho.

A trajetória de M3 se inicia no sistema de saúde privado, uma vez que informa ser usuária de plano de saúde e que não costuma frequentar unidades de saúde do SUS para cuidar da saúde. Procurou atendimento após sentir muitas dores no colo do útero e pelo surgimento de uma secreção transparente, na qual a usuária associou à possibilidade de um distúrbio hormonal.

Ao procurar um ginecologista na saúde suplementar, foi indicada uma ultrassonografia transvaginal, com resultado de “pólipos” e “cistos”. O teste de Papanicolaou não foi realizado. Para tratamento do quadro clínico a conduta foi a indicação de uma histerectomia subtotal. M3 arcou com todos os custos do procedimento cirúrgico, visto que o plano de saúde não tinha cobertura para cirurgias e internações. Após a cirurgia o material foi enviado para a análise e o resultado foi surpreendente:

“ (...) um carcinoma maligno que já tinha infiltrado o peritônio. (...) fui para uma cirurgia acreditando que não havia algo maligno, eu achei que fosse fazer essa histerectomia parcial e meu problema estaria resolvido. Que eram pólipos e cistos, aí quando veio esse resultado, ele orientou para que eu procurasse um posto, buscar encaminhamento através do SISREG...”

M3 ressalta que ficou muito tempo sem realizar o exame preventivo e que só o fez quando já possuía o plano de saúde, destacando a influência do mercado de trabalho sobre a decisão de realizar o rastreamento, além das dificuldades em realizar o procedimento pelo SUS.

Destaca ainda que ficou muito tempo sem fazer o preventivo porque não tem relações sexuais há 11 anos e por não apresentar “sintomas” ou complicações ginecológicas:

“Até mesmo eu demorava a buscar exatamente por eu não ter nenhum corrimento, eu ter entrado na menopausa sem sintoma de menopausa nenhum, eu não tive nenhuma

alteração. Não tinha marido, então sempre fui muito limpinha, muito sequinha, muito normal. E eu levava... minha vida era só trabalhar, só trabalhar. ”

Quando a usuária foi encaminhada para o INCA, toda a conduta foi reavaliada e foi esclarecida toda a situação do seu caso clínico. M3 precisou ser submetida à nova cirurgia, além da indicação do tratamento combinado entre radioterapia e quimioterapia. Relata em tom de pesar sobre a conduta inicial equivocada e que seu caso foi agravado em virtude dessa escolha. M3 pagou por esse procedimento inicial e de acordo com o seu relato, a escolha do profissional foi baseada no valor cobrado pelo procedimento.

Sobre sua trajetória na Atenção Básica classifica como “péssima”, apesar de ter considerado positiva a ação de encaminhamento para a alta complexidade via SISREG. Relata que o envolvimento da diretora da UBS com o seu caso foi importante para conseguir a vaga mais rapidamente. Porém destaca que normalmente o atendimento no posto de saúde deixa muito a desejar.

Em relação às unidades de realização de exames e de tratamento, M3 classificou o atendimento como muito bom, apesar de ressaltar que a “crise” (sic) também já atingiu as unidades de excelência do SUS.

M3 relata ter bastante dificuldade em relação ao esquema de tratamento combinado entre radioterapia e quimioterapia. Reside no bairro de Pilares, realiza radioterapia em clínica conveniada com o SUS localizada no bairro de Campo Grande e a quimioterapia no INCA/HCII (bairro Santo Cristo). M3 relata que percorrer essas distâncias em busca do tratamento tem sido desgastante, e associado a isso já começa a sentir os efeitos do tratamento.

M3 recebeu o diagnóstico em 16 de junho de 2015, após histerectomia subtotal realizada em 09 de março de 2015. Foi matriculada no INCA em 18 de junho de 2015, estadiamento da doença IIB e realizou nova cirurgia em 30 de julho de 2015. Espera de 44 dias, também dentro do prazo de 60 dias fixado na Lei 12.732/2012.

Trajetória na assistência de M4

M4, divorciada, 60 anos, natural do Rio Grande do Norte, 4 filhos, possui primeiro grau completo, mora no bairro de Ramos com uma filha e uma neta. Atualmente recebe auxílio doença e também é beneficiária do Programa Bolsa Família.

M4 frequenta uma UBS tradicional perto de sua casa, também no bairro de Ramos.

Descobriu o diagnóstico após apresentar um pouco de sangramento e grande quantidade de secreção vaginal, que a deixou “apavorada”. Procurou a referida UBS para realizar o preventivo, porém não foi possível realizar o procedimento porque a usuária apresentava uma lesão no colo do útero. Sendo assim, foi encaminhada para uma unidade UNACON de referência. Relata que em aproximadamente 30 dias foi realizada a biópsia para a confirmação do diagnóstico. Dentro de 15 dias a usuária recebeu o resultado e foi novamente encaminhada para tratamento no INCA. Considerou rápido este tempo de espera.

Relata que não realizava exame preventivo ou qualquer outro exame desde 2005. Nesse ano citado, além do preventivo realizou a mamografia, ambos com resultados sem alterações. M4 pagou por todos os exames em um laboratório privado na época.

Justifica o tempo sem a realização dos exames pela rotina intensa de trabalho ao longo de 13 anos, a separação do parceiro, além da responsabilidade pela criação dos 04 filhos. Além disso, relata um momento difícil durante sua trajetória de vida, que teve influência na perda do interesse em cuidar da saúde.

“Era muita luta minha filha, eu sou pai e mãe. 13 anos de serviço, aí eu parei de fazer preventivo, essas coisas assim (...) fiquei com dificuldade de fazer porque sem dinheiro e a vida apertando (...) foi o tempo que a minha filha fugiu. A perda eu sofri muito, até hoje. ”

M4 revela ainda que nunca havia sido informada sobre a prevenção do câncer de colo do útero, fato que também associa às longas jornadas de trabalho e falta de tempo. Considera sua trajetória na Atenção Básica regular:

“Porque demora muito. Se você não tem condição de fazer o tratamento em outro, e tem esse perto da sua casa que poderia te socorrer mais rápido, demora e aí?”

Avalia positivamente tanto o atendimento na unidade em que realizou o exame de confirmação, quanto na unidade responsável pelo seu tratamento. Também não teve dificuldades quanto às marcações de consultas e acesso aos medicamentos. Relata que, por questões financeiras, teve dificuldade para chegar nas unidades que a atenderam durante o percurso. Porém a situação foi resolvida com a garantia de benefícios sociais:

“No momento que eu estava sem dinheiro, me socorreram aqui (...) consegui meu Rio Card (gratuidade no transporte), consegui meu benefício no INSS também. Elas encaminharam tudo aqui, mas também eu pagava certinho, deixava faltar tudo para conseguir pagar, para chegar uma hora dessas e você ter o benefício.”

M4 recebeu o diagnóstico em 29 de maio de 2015. Foi matriculada no INCA em 18 de junho de 2015, estadiamento da doença IIB e realizou primeiro tratamento em 12 de novembro de 2015. Espera de 167 dias.

Trajetória na assistência de M5

M5, 42 anos, natural do Ceará, casada, 02 filhos, mora no bairro de Vila Kennedy com o marido (com que tem uma relação amigável, porém não se relaciona mais sexualmente) e um filho. Tem dificuldade para ler e sabe apenas escrever o nome. Já trabalhou como babá e acompanhante, mas atualmente é pensionista.

M5 frequenta regularmente uma Clínica da Família próxima de sua residência. Além de acompanhamento com o ginecologista, faz acompanhamento clínico de Diabetes mellitus na unidade. Relata que descobriu o câncer de colo de útero por apresentar sangramentos fora do período menstrual. Desconfiou do problema porque não estava tendo relações sexuais. M5 relata ainda que fazia o exame preventivo com frequência, e que seu último exame antes do surgimento dos sintomas foi realizado em 2013.

Após o aparecimento dos sintomas, M5 realizou teste de Papanicolaou e o resultado saiu em cerca de 08 dias. Foi encaminhada para a biópsia em 15 dias, que confirmou o diagnóstico de neoplasia maligna. M5 considerou esse tempo de espera regular.

Avalia negativamente sua trajetória na Atenção Básica, considerada “péssima”:

“Porque você chega lá e não é respeitada. A gente chega e eles ficam pra lá e pra cá conversando e não atendem a gente direito. Agente comunitário nunca sabe de nada e demora muito, o atendimento lá não está bom não.”

Apesar de frequentar uma unidade da ESF e estar dentro da faixa etária alvo para rastreamento da doença, a usuária relata que nunca foi procurada pelos membros da equipe para a realização do exame preventivo. Todas as vezes essa busca foi por conta própria. Também informa que nunca foi orientada quanto à prevenção do câncer de colo de útero pessoalmente, somente tinha ouvido falar desse assunto na televisão.

Considerou o atendimento na unidade de confirmação de diagnóstico como “muito bom”, assim como a unidade em que faz a quimioterapia. A usuária tem algumas restrições quanto à estrutura da unidade que realiza a radioterapia (fora do INCA), localizada no bairro da Penha:

“(...)eu faço a radio (radioterapia) na Penha. Assim esse lugar que eu faço a radio, o atendimento é nota dez, mas a limpeza (...) não acho limpo. A gente tem que levar papel, tem que levar sabonete, tem que levar copo, água.”

Além disso, informou ter dificuldades para chegar nas unidades de tratamento, em virtude da distância entre elas e por não conhecer o caminho. Considera cansativo ter que realizar o tratamento longe de sua residência e em unidades diferentes.

M5 recebeu o diagnóstico em 03 de julho de 2015. Foi matriculada no INCA em 15 de julho de 2015, estadiamento da doença IIB e realizou primeiro tratamento em 16 de novembro de 2015. Espera de 136 dias para iniciar tratamento conjugado entre radioterapia e quimioterapia.

5.2.1. Prevenção e detecção precoce

Entre os cinco princípios gerais preconizados pela Política Nacional de Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), está a organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito aos critérios de acesso, escala e escopo (BRASIL, 2013b). A dimensão acesso relacionada à organização dos serviços de saúde dentro de uma rede baseia-se na capacidade em dar respostas objetivas às demandas em saúde dos usuários. Assis e Jesus (2012) destacam que, para tanto, torna-se necessário fortalecer a “porta de entrada” na atenção básica, com o estabelecimento dos fluxos dos atendimentos organizados a partir de demandas epidemiológica, sanitária e social. A regulação teria a responsabilidade de responder de fato a estas demandas, de forma a assegurar o atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Outra questão envolvida é a necessidade de facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território por meio da referência e contrarreferência na rede SUS (Assis e Jesus, 2012).

As dificuldades de acesso ao exame preventivo no SUS foram o primeiro aspecto relacionado à organização dos serviços de saúde da Atenção Básica. Essas dificuldades impactam diretamente nas ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero:

“...eles pediam para fazer o preventivo, tinha que ir para a palestra e não dava, não tinha como ir. Aí eu falava: ou eu vou trabalhar, ou eu vou para a palestra. E acabava deixando, outro dia eu faço, outro dia eu faço...” **Entrevistada M1.**

“ Já utilizei o Posto de Saúde antes, mas o atendimento está a cada dia mais precário. Moro numa área considerada de risco, por qualquer motivo eles fecham o posto. E aí como é muito difícil, você vai deixando pra lá, vai deixando...” **Entrevistada M2** (usuária de plano de saúde)

“(...) no sistema público, tudo é muito demorado. (...) inclusive nesse “postinho” onde eu peguei o encaminhamento do SISREG ficou muito tempo sem Ginecologia. Mas agora eles já voltaram a ter, voltou a coletar preventivo (...). Aí te encaminha, sem data prevista, uma dificuldade para mim que trabalhava muito...” **Entrevistada M3** (usuária de plano de saúde)

Além das dificuldades no acesso ao Papanicolaou, no relato da trajetória na assistência de M5 foi observada falha na organização do serviço quanto à entrega do resultado do exame, que fez com que a usuária desistisse de concluir esta ação preventiva:

“ Em Vila Isabel, quando eu morava no Andaraí, eu fiz (o Papanicolaou), sumiram com meu resultado. Pediram outro exame, eu fiz, aí eu me mudei para onde eu moro, e ninguém me procurou (...) eu liguei pra lá e nunca que tinha o resultado. Aí eu deixei pra lá, não fui mais não, sair de casa e chegar lá não ter.” **Entrevistada M5**

Estes achados também foram observados no estudo de Rangel, Lima e Vargas (2015), onde os relatos desta natureza revelaram a precariedade dos serviços públicos de saúde, expressa pela carência de recursos humanos, falta de condições e preparo técnicos, além de superlotação. Estes fatores que dificultam a garantia do acesso igualitário, integral e de qualidade à população.

Como já visto, o padrão de rastreamento no Brasil é predominantemente oportunístico, ou seja, o exame preventivo é realizado quando a mulher busca o serviço de saúde por outras demandas. Desta forma, além dos aspectos já citados como possibilidade de acesso à Atenção Básica, Parada *et al* (2008) também sugerem a busca ativa das mulheres na faixa etária do programa de rastreamento, principalmente as que nunca realizaram exame Papanicolaou com vistas a ampliar e facilitar o acesso das mulheres a esses serviços.

Observou-se que duas mulheres entrevistadas (M2 e M3) optaram por utilizar planos de saúde privados, como alternativas às barreiras de acesso e para garantir a realização dos exames dentro do prazo estipulado pelas diretrizes nacionais. Porém, a experiência de realização do exame preventivo na saúde suplementar relatada por M2 evidencia baixa qualidade no atendimento prestado:

“Todas as vezes eu sangrava, por isso eu tinha um trauma, um pânico dessa experiência. Sempre me machucou, todas as vezes (...) eu achava que era a médica que me acompanhava que era muito bruta. Até eu ir em outra que também me machucou. Sempre me machucava.” **Entrevistada M2**

Além da dor física relatada durante a realização do procedimento, a usuária também relata ter passado por situações de constrangimento durante o atendimento, o que a desmotivou na busca por atendimento ginecológico de forma regular:

“(...) inclusive essa médica que eu acompanhei, quando eu reclamava ela falava: “na hora de fazer ninguém reclama!”. Achava aquilo até pesado. (...) Aí eu meio que fui me afastando do ginecologista, porque para mim aquilo era pavoroso! Era uma coisa que eu queria evitar ao máximo, se eu pudesse evitar.” **Entrevistada M2**

Os relatos de M2 corroboram os achados de diversos estudos sobre fatores que interferem negativamente na realização do exame preventivo de forma regular. Experiências negativas de maus tratos ou humilhações sofridas durante a realização do exame, associadas a falta de informação sobre o objetivo do Papanicolaou e acesso restrito aos serviços de saúde são fatores que contribuem para a manifestação por parte das mulheres de sentimentos como vergonha, dor, medo e constrangimento em relação ao exame. Os aspectos subjetivos que envolvem a realização do exame preventivo podem ser determinantes na adesão à rotina de prevenção e cuidado. (AGUILAR e SOARES, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013; RICO e IRIART, 2013; DIÓGENES *et al.*, 2011).

Todos os profissionais envolvidos no rastreamento da doença, seja no SUS ou na saúde suplementar, devem estar qualificados para reconhecer e tratar as questões subjetivas. É necessário desenvolver um olhar que enxergue além da realização do procedimento para garantir um atendimento integral às mulheres. Neste sentido, atitudes e posturas dos profissionais de saúde, respeitando a exposição do corpo da mulher e encorajando a diminuir o medo e a vergonha, podem fazer a diferença em situações como a que foi descrita por M2. O constrangimento no momento da realização do exame pode dificultar o relaxamento e provocar mais dor, interferindo de forma negativa na realização do exame. Experiências ruins e dolorosas afastam e desestimulam a continuidade da rotina de cuidados (AGUILAR e SOARES, 2015; RANGEL, LIMA e VARGAS, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013, RICO e IRIART, 2013;; DIÓGENES *et al.*, 2011).

A qualidade dos serviços oferecidos pela saúde suplementar também foi questionada na dissertação de mestrado de Constancio (2012). O estudo propôs a análise das trajetórias assistenciais de pacientes oncológicos de operadora de saúde suplementar e revelou que 50% dos pacientes entrevistados se queixaram de equívocos técnicos relacionados direta ou indiretamente aos profissionais responsáveis pelo cuidado, o que impactou negativamente as questões de resolutividade analisadas. A operadora de saúde estudada não demonstrou estar comprometida com a capacitação ou atualização dos profissionais da rede credenciada nas questões mais relevantes ao seu público. A falta de compromisso das operadoras em qualificar os profissionais pode ampliar a chance de uma assistência de baixa qualidade, como visto nas trajetórias de M2 e M3 (CONSTANCIO, 2012).

Uma característica comum a todas as mulheres entrevistadas foi a procura pelo atendimento com o ginecologista após o surgimento de sintomas indicativos de alterações ginecológicas. Este comportamento é comum e expressa concepções de cuidado à saúde pautadas na doença (ANDRADE *et al*, 2013). Sintomas como sangramento vaginal e corrimento de odor fétido podem estar relacionados ao estágio avançado da doença, evidenciando que as mulheres tiveram um diagnóstico tardio, com possibilidades mais restritas de cura.

A principal barreira relatada pelas mulheres para a realização do exame preventivo foi a inserção no mercado de trabalho e a responsabilidade em criar os filhos e sustentar a família. Longas jornadas diárias de trabalho e a sobrecarga do cotidiano podem desestimular a realização do exame com regularidade (AGUILAR e SOARES, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013, RICO e IRIART, 2013; DIÓGENES *et al*, 2011). De acordo com Mattos (2001 p. 62), quando se busca a organização dos serviços na perspectiva da integralidade, “busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”. Sendo assim, a organização dos serviços de saúde deve contemplar as mulheres que não podem comparecer dentro do horário normal de funcionamento das UBS.

Brito-Silva *et al* (2014) apontam em estudo que a dificuldade no acesso à atenção básica está relacionada à dinâmica de atendimento caracterizada pela baixa flexibilidade no agendamento de consultas e pela burocratização. Essas restrições contribuem para dificultar e desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, retardando a realização do Papanicolau. Justificativas para não realização do exame que indicavam as jornadas de trabalho das mulheres

foram encontradas nas narrativas de quatro mulheres entrevistadas:

“Antes de eu ter meu filho eu fazia, depois que eu tive meu filho, assim, eu não consegui conciliar ser mãe, o trabalho e eu, eu deixava tudo para depois, eu era depois, em primeiro lugar era o trabalho e meu filho”. **Entrevistada M1**

“Na época eu tinha convênio e minha supervisora do trabalho começou a implicar com a gente em relação a faltar, chegar tarde, aí eu não consegui retornar ao ginecologista.” **Entrevistada M2**

“Tinha dias da semana que eu trabalhava como diarista, tudo muito ocupado então, então eu terminava, diante da dificuldade, priorizando o meu trabalho. Quando eu via a dificuldade, eu deixava para lá. Até que eu comecei a sentir muita dor.” **Entrevistada M3**

“Era muita luta, eu sou pai e mãe. 13 anos de serviço, aí eu parei de fazer preventivo (...) porque eu trabalhava e só chegava a noite. Não tinha tempo para essas coisas.” **Entrevistada M4**

São vários os fatores que condicionam a busca tardia das mulheres ao atendimento ao câncer de colo uterino. De acordo com Rangel, Lima e Vargas (2015) esses fatores estão relacionados à acessibilidade, na qual se incluem problemas na disponibilidade e integração de ações e serviços; à história de vida; sentimentos, valores e costumes dessas mulheres, que as distanciam das práticas preventivas; além dos fatores relativos à fragilidade dos vínculos estabelecidos entre as mulheres e os profissionais de saúde, que podem diminuir a capacidade de resposta dos serviços e dificultar a continuidade do cuidado (RANGEL, LIMA e VARGAS, 2015).

A AB, em especial a ESF, deve prover atenção especial às mulheres com histórico de infecção pelo HPV, além de outros fatores de risco associados como tabagismo, multiparidade, imunossupressão e início precoce da vida sexual, conforme as diretrizes brasileiras de rastreamento da doença. Estratégias como realização de campanhas são importantes pelo horário diferenciado e agilidade no atendimento, porém não são suficientes, uma vez que estão direcionadas a responder somente às demandas das mulheres que procuram pelos serviços (AGUILAR e SOARES, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013).

Em relação às práticas preventivas, apesar de duas das cinco mulheres terem sido encaminhadas para tratamento pela ESF (M1 e M5), elas relataram que nunca receberam orientações dos profissionais de saúde sobre a prevenção do câncer de colo do útero:

“Informada, informada não, porque também elas informam muito durante as palestras, e como eu nunca tive tempo de ir nas palestras, eu nunca me interessei.” **Entrevistada M1**

“Assim pessoalmente não, eu já ouvi na televisão. **Entrevistada M5**

Além disso, foi possível apreender nas narrativas a falta de informação das mulheres sobre o objetivo do exame preventivo e sobre a periodicidade da rotina de cuidado:

“(…) quando eu tive as verrugas eu soube que era HPV, eu lembro que tinha HPV. Com HPV era obrigada todo ano a fazer preventivo e lá ninguém me explicou isso. Eu não sabia e pensei: acho que não precisa e deixei pra lá.” **Entrevistada M1**

“Porque eu tinha a ideia de que preventivo era só para ver inflamação. E hoje em dia eu sei que não é desse jeito, só que eu só descobri isso da pior forma. O principal objetivo é ver se existem células cancerígenas. (...) e foi isso que eu fiz por muito tempo, me automediquei, por conta própria, e já sabia que estava com inflamação, e achava que aquilo não era nada demais, toda mulher tem corrimento, toda mulher tem inflamação, e isso é ignorância, a gente pensar dessa forma pode trazer uma consequência”. **Entrevistada M2**

“Eu demorava a buscar exatamente por eu não ter nenhum corrimento, eu ter entrado na menopausa sem sintoma de menopausa nenhum, eu não tive nenhuma alteração. (...) Há 11 anos que eu não tinha mais relação sexual. Não tinha marido, então sempre fui muito limpinha, muito sequinha, muito normal”. **Entrevistada M3**

Os relatos corroboram estudos que apontam a falta de conhecimento das mulheres em relação o principal motivo da realização do exame preventivo, que é associado à prevenção de DST e outras doenças ginecológicas. Este desconhecimento acerca do exame pode comprometer a ida ao serviço de saúde, uma vez que o exame Papanicolaou não é associado a uma prática preventiva. Andrade *et al* (2013) destacam ainda que esta realidade é observada nas práticas em saúde quando os profissionais priorizam suas orientações no ato de se fazer o teste de Papanicolaou, dando menor importância à informação sobre a finalidade do mesmo. Tal fato associa a realização da ação preventiva ao cumprimento de “metas”, tornando esta atividade meramente obrigatória.

No estudo de Santos *et al* (2012) sobre as práticas assistenciais das equipes ESF em quatro grandes centros urbanos, apontam a educação em saúde como atividade inusitada, pois parece estar atrelada a uma ação específica, com data, local e público definidos – ainda que essa em algum momento faça parte da prática da maioria dos profissionais – não é identificada enquanto um momento pedagógico e oportuno para identificar vulnerabilidades e incentivar ações

preventivas.

Além disso, Rico e Iriart (2013) destacam que valores morais estão inseridos nos significados e nas práticas relacionadas à doença. Sendo assim, torna-se mais difícil a visualização desta como um risco potencial para mulheres com parceiro fixo, idade avançada e ausência de atividade sexual. Desta forma, as estratégias comunicativas que forneçam informações sobre a doença e sobre o objetivo do Papanicolaou são recomendadas a este grupo de mulheres.

Diante deste cenário, é necessário massificar a informação junto às mulheres da faixa etária alvo sobre o objetivo da realização do teste de Papanicolaou, sobre a infecção pelo HPV e seus desdobramentos e a periodicidade adequada da realização do exame preventivo. Campanhas midiáticas são importantes, contudo não minimizam a responsabilidade do profissional de saúde em realizar um atendimento humanizado, com abordagem educativa e compreensiva durante as consultas, que considere o processo saúde-doença que envolve o câncer, os sentimentos da mulher em relação ao exame e a situação socioeconômica e cultural das mesmas (AGUILAR e SOARES, 2015).

5.2.2. Tratamento adequado e em tempo oportuno

A coordenação do cuidado envolve o direcionamento das ações para os níveis de maior complexidade e pressupõe a existência de uma rede integrada, desde a AB até os prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que as intervenções do cuidado sejam percebidas pelos usuários de forma contínua, além de estarem adequadas às suas necessidades de atenção em saúde. Portanto, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde, refletida nesta percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA *et al*, 2010).

Na narrativa das trajetórias das mulheres na assistência foi visto que a Atenção Básica atuou ativamente nos encaminhamentos das usuárias para os níveis assistenciais de maior complexidade, assim que a gravidade dos casos foi constatada:

“(...) a diretora me atendeu, ela que fez toda a solicitação, ela que me encaminhou para o INCA, pediu, ligou para pedir a vaga também, eu consegui a vaga bem rápido, porque ela se prontificou a ligar, botar no sistema, ligar para a central de regulação perguntando se tinha a vaga ou não.” **Entrevistada M2**

“Até que eu pra conseguir encaminhamento para o SISREG, mesmo porque eu já

estava com o laudo, o laudo da biópsia que declarava carcinoma, a diretora desse posto de saúde que eu fui me ajudou bastante, ela logo lançou o meu nome no sistema, para poder adiantar, que ela viu que era um caso sério que havia sido mexido e que havia uma necessidade de correr contra o tempo. Aí ela me adiantou, mas normalmente o posto de saúde é péssimo.” **Entrevistada M3**

“Quando eu fazer o preventivo nesse postinho de saúde perto da minha casa, eles já me deram encaminhamento (...) lá (no posto) nem deu para fazer (o preventivo), a moça me explicou que não dava porque eu estava com uma ferida e me encaminhou. O encaminhamento foi rápido. **Entrevistada M4**

Apesar de M2 ter feito uma avaliação positiva sobre a postura da diretora da UBS e relação ao encaminhamento, ficou explícita a falha da unidade que realizou o pré-natal da usuária (a doença foi diagnosticada 5 meses após o parto). O rastreamento não foi realizado durante a gestação:

“(...) eles foram prontos a atender, porque meu pré-natal foi feito lá, e a princípio isso deveria ter sido descoberto no pré-natal, porque o tumor estava muito grande. Então eles ficaram até com uma certa restrição, acho que eles ficaram com medo que eu colocasse na Justiça, então teve o tempo todo esse receio.” **Entrevistada M2**

Nos casos de M3 e M4 ficou constatada a gravidade: M3 havia feito histerectomia parcial mesmo sem confirmação anterior de diagnóstico de câncer e M4 apresentava uma ferida no colo do útero visível, que impossibilitou a realização do exame citopatológico.

Cabe ressaltar que houve participação direta da direção da UBS nos encaminhamentos das usuárias M2 e M3. Foi percebido pelas duas mulheres o empenho desses profissionais em agilizar o encaminhamento no sistema de regulação do município do Rio de Janeiro. A coordenação do cuidado nesses dois casos foi efetiva, uma vez que as duas mulheres iniciaram o tratamento dentro do prazo de 60 dias fixado por lei.

Nesta pesquisa, todas as usuárias entrevistadas realizaram biópsia para a confirmação do diagnóstico de câncer invasor. As principais questões relacionadas à organização dos serviços de saúde dentro do percurso das mulheres na assistência, a partir da descoberta do diagnóstico do câncer, envolvem o tempo de espera para a realização dos procedimentos de diagnóstico e para iniciar o tratamento.

“Conseguí marcar a biópsia uns 2 ou 3 meses depois (...) aí eu tive que ir para Irajá. Porque aí quando você descobre, você já fica na pressa de querer o tratamento.”

“Daí eu já achei muito (tempo de espera pelo resultado), porque eu já sabia que estava com câncer, aí eu achei que demorou muito.”

“Eu acho que o tratamento tinha que começar mais rápido, porque demora muito. Uma trajetória muito longa, de meses. Eu cheguei aqui em fevereiro (2015) e comecei a tratar semana passada (entrevista em 28/09/2015). **Entrevistada M1**

“A previsão é de trinta a quarenta dias por uma biópsia. E essa espera é interminável. Eu dei sorte, eu tinha alguém que trabalhava lá dentro, que conhecia alguém, que conhecia mais alguém, mas 90% das mulheres não têm essa sorte. Tem que esperar os 40 dias de angústias intermináveis, então eu acho que a biópsia tinha que ser um pouquinho mais rápida, até para a gente ter um andamento mais rápido da questão. Consegui meu resultado em 07 dias.” **Entrevistada M2** (realizou biópsia em laboratório privado).

Os dados desta pesquisa demonstraram que a maioria dos tratamentos do câncer de colo de útero das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro diagnosticadas com câncer invasor (88%) ocorreram após o prazo de 60 dias. Tal situação foi verificada nas trajetórias de três mulheres entre as cinco entrevistadas. O início tardio do tratamento compromete a sobrevivência das mulheres, uma vez que a progressão da doença limita as possibilidades de tratamento.

Outra questão importante destacada por M3 e M5 foi a dificuldade de ter que realizar a radioterapia em unidade diferente da que é realizada a quimioterapia. Como visto anteriormente, o acesso a radioterapia é um dos principais fatores que retardam o início do tratamento no município do Rio de Janeiro. No caso dessas duas mulheres, em virtude da fila de espera pelo procedimento, foi necessário encaminhá-las para unidades fora do INCA para o início do tratamento com a radioterapia. Essa situação gerou transtornos, conforme as narrativas das usuárias.

Percorrer essas distâncias em busca do tratamento tem sido desgastante tanto para M3, quanto para M5. Com frequência M3 saiu da clínica de radioterapia por volta de meia-noite, quando há menor oferta de transporte público, e chegou em sua residência por volta de 2 horas da manhã. Também relatou longas caminhadas durante o trajeto. No entanto, M3 esclareceu que não houve escolha, essa foi única opção para iniciar o tratamento mais rapidamente.

Relatou ainda que o serviço da clínica de radioterapia (serviço conveniado ao SUS) não é organizado e que muitos usuários do SUS estão realizando tratamento nesse local, inclusive pessoas de outros municípios do Estado do Rio:

“Não sei nem como é que funciona aquilo lá. Eles vão chamando, não dá para entender muito bem aquilo não. Porque já tem um horário pré-estabelecido, mas também não funciona. Às vezes acontece defeito no aparelho, aí você aguarda. Às vezes tem também, pessoas de outro município, aí vem uma van. A van vem lotada, pacientes que vem do mesmo lugar. Mas aqueles pacientes têm horários diferentes, muito distante um do outro, aí eles vão colocando um de cada vez, vão encaixando dentro do horário marcado pela van (...) o dia termina atrasando muito.” Entrevistada M3

Já M5 revelou ter dificuldades durante o deslocamento para outra unidade e gostaria de ter realizado o tratamento em locais mais próximos a sua residência:

“Tive dificuldade de sair daqui (HCII) para chegar na Penha. A primeira vez que eu vim pra cá, tinha 17 anos, 23 anos de Rio de Janeiro e nunca tive que ir na Penha para nada. Estourei o cartão, o dinheiro que eu tinha, nem lanchei, cheguei em casa morta de fome, gastando de passagem. Eu não sabia chegar. Quando eu vi já estava no Alemão, daí eu pensei: onde é que eu estou? Passei pertinho do Alemão, daí eu pensei: meu Deus, será que eu vou ter que pegar outra condução? Mas consegui chegar, graças a Deus. Em cima da hora, mas cheguei.” Entrevistada M5

As narrativas das trajetórias das mulheres demonstram que as desigualdades de acesso se encontram como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos (ASSIS e JESUS, 2012). As narrativas de M3 e M5, principalmente, evidenciam a realidade cruel do acesso aos serviços de saúde responsáveis pelo tratamento do câncer. Além do diagnóstico de doença localmente avançada, da prescrição de tratamento que envolve sessões de radioterapia externa, quimioterapia e braquiterapia e a falta de perspectiva para iniciar o tratamento, ainda é imposto que cada parte do tratamento ocorra em unidades de saúde diferentes e distantes entre si e da residência da mulher. A fragmentação do tratamento compromete a integralidade do cuidado e faz com que a trajetória dessas mulheres já fragilizadas pelo diagnóstico da doença seja ainda mais dolorosa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstrou que no ano de 2014, a maioria das mulheres (78,7%) matriculadas no INCA em 2014 foram diagnosticadas com câncer de colo de útero invasor, e dessas, 65,5% foram diagnosticadas com doença já avançada. Do total de 174 mulheres diagnosticadas com câncer invasor, 88% iniciaram tratamento após o prazo de 60 dias fixado pela Lei 12.732/2012. Esses dados sugerem uma contradição entre as estratégias de rastreamento e controle do câncer de colo de útero preconizadas pelo MS e a forma de organização dos serviços de saúde responsáveis por essas ações. As percepções das usuárias sobre o acesso ao exame preventivo, o diagnóstico tardio e as dificuldades relatadas durante a trajetória na assistência reforçam essas contradições.

Mattos (2001) afirma que uma resposta coerente com o princípio da integralidade da assistência deveria viabilizar o acesso às técnicas de diagnóstico precoce, garantindo que todas as mulheres diagnosticadas tenham acesso às formas de tratamento que necessitam. Segundo o autor, a oferta do diagnóstico desacompanhada do pronto acesso ao tratamento adequado é inaceitável tanto do ponto de vista da integralidade, quanto do ponto de vista ético.

A ESF no município do Rio de Janeiro permanece em expansão, porém a cobertura atual está abaixo de 50%. A implementação (2012) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelo MS induziu a ampliação do acesso da população aos serviços e a melhoria na qualidade do atendimento através do repasse de recursos vinculado ao desempenho das equipes. A cobertura do exame citopatológico é um dos indicadores de qualidade da assistência contemplados pelo programa, desta forma, a tendência é que a cobertura entre as mulheres da faixa etária alvo aumente de acordo com o avanço da cobertura da ESF no município. Esse contexto é desafiador, visto que a RAS deve estar organizada para absorver a demanda de um número maior de mulheres submetidas ao rastreamento e encaminhar os casos alterados para o tratamento adequado. Neste sentido, a proposta é melhorar a capacidade de rastrear e tratar o maior número de mulheres com lesões precursoras, visando a diminuição da incidência de câncer invasor.

Para melhorar a organização do rastreamento da doença é preciso atuar, em primeiro lugar, na geração de dados epidemiológicos confiáveis. Cabe ressaltar que os dados mais recentes sobre a cobertura do exame citopatológico no Brasil publicados pelo INCA em 2015, referem-se aos dados gerados pelo SISCOLO em 2013. Os dados de cobertura do SISCOLO eram calculados pelo total de exames realizados sem considerar o número de mulheres. O

instrumento foi corrigido apenas em 2013, com a criação do SISCAN, que atualmente identifica o número de mulheres que realizaram o exame. A melhoria dos dados epidemiológicos exige esforços para a adesão das instituições responsáveis pelo preenchimento e depende de investimentos em estrutura e capacitação dos profissionais envolvidos. Identificar cada mulher e seu respectivo local de residência é fundamental para a geração de dados de cobertura mais próximos da realidade.

Posto isso em prática, será possível identificar com mais precisão as regiões de saúde brasileiras com os piores resultados de cobertura e verificar quais são os fatores relacionados à organização dos serviços de saúde que condicionam esse resultado. A partir desse dado também será possível direcionar investimento na ESF dessas regiões e planejar ações estruturadas nos contextos locais.

A caracterização do percurso das mulheres na assistência foi importante pela aproximação com a técnica de avaliação das trajetórias assistenciais. Também suscitou reflexões acerca das dificuldades observadas na Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero no município do Rio de Janeiro, relacionadas à prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e em tempo oportuno. Cumpriu a proposta de dar voz às mulheres afetadas pela doença, sendo possível identificar as principais questões que influenciaram os caminhos percorridos pelas mulheres dentro da assistência. A utilização dessa metodologia como prática avaliativa vem sendo explorada por diversos autores, principalmente com o objetivo de avaliar a articulação do sistema de saúde e apontar os pontos críticos passíveis de mudança (SILVEIRA *et al*, 2011).

A participação de mulheres que foram diagnosticadas tardiamente neste estudo revelou os principais fatores que impediram a detecção precoce da doença. Esses fatores se relacionam, principalmente, com as dificuldades de acesso ao exame Papanicolaou no SUS, em virtude da burocratização dos serviços, pouca flexibilidade na agenda de atendimento das UBS para atender as mulheres que têm rotinas de longas jornadas de trabalho. Há a percepção por parte das mulheres de que os serviços no SUS possuem baixa resolutividade. Outros achados estão relacionados à falta de informação sobre a doença e a finalidade do exame, além dos fatores subjetivos como medo e constrangimento em relação ao exame.

Dentre as principais responsabilidades do componente Atenção Básica dentro da Rede de Atenção à saúde de acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Portaria nº 874/2013), estão as ações de rastreamento, encaminhamento dos casos suspeitos para confirmação diagnóstica e a coordenação do cuidado. No entanto, em estudo recente foi

apontado que apenas metade das unidades básicas de saúde no Brasil apresentou estrutura adequada para o rastreamento do câncer de colo de útero e que somente 30% das equipes foram classificadas com processo de trabalho adequado para sua detecção (TOMASI *et al*, 2015).

Desta forma, para melhorar as ações de prevenção e detecção precoce da doença, os esforços também devem se concentrar no fortalecimento da Atenção Básica, principalmente na ESF, já que é o modelo assistencial que privilegia o cuidado integral e está mais próximo da comunidade. A ESF precisa se responsabilizar pela busca ativa das mulheres assintomáticas e acompanhar a periodicidade da realização do preventivo pela população alvo do território. Além da busca ativa, também é papel da AB colocar em prática as ações de educação em saúde para esclarecer a população feminina sobre os objetivos do exame de rastreamento.

Sobre o tratamento em tempo oportuno, as narrativas das mulheres corroboram os achados na análise quantitativa dessa pesquisa, onde a média para início do tratamento foi calculada em 115,4 dias. É explícita a percepção das mulheres sobre a demora no início do tratamento da doença. Esse atraso está relacionado à pouca disponibilidade nos serviços de média e alta complexidade responsáveis pelo diagnóstico e tratamento do câncer.

Além disso, foram apontadas questões sobre a realização do tratamento em unidades de saúde diferentes e distantes entre si, o que torna a trajetória das pacientes com câncer de colo de útero ainda mais difícil. Desta forma, conclui-se que o principal ponto crítico encontrado na Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero é o tempo de espera para o início do tratamento, a partir da confirmação do diagnóstico do câncer invasivo. A análise realizada a partir da verificação do cumprimento do prazo de 60 dias para início do tratamento do câncer se mostrou pertinente para apontar que são necessárias melhorias na articulação dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, para assegurar o tratamento do câncer de colo de útero em tempo oportuno.

A inclusão da vacina contra o HPV em meninas de 9 a 11 anos no calendário vacinal pelo MS em 2014 criou uma grande expectativa em relação ao controle da doença a longo prazo. No Estado do Rio de Janeiro 165,9 mil adolescentes de 9 a 11 anos tomaram a primeira dose da vacina contra HPV em 2015, até o mês de agosto. O quantitativo representa 44,6% do público-alvo formado por 371,9 mil meninas nessa faixa-etária no Estado, longe dos 80% pretendidos pelo MS (AMÉRICO, 2015). ZARDO *et al* (2014) destacam, no entanto, que são necessários mais estudos custo-efetividade dessa ação no contexto nacional. Cabe ressaltar ainda que a va-

cina se mostrou eficaz em apenas alguns tipos de HPV, sendo necessária a manutenção e fortalecimento das estratégias de rastreamento e detecção precoce através do exame de Papanicolaou.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, R.P., SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.

ALMEIDA, P. A. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.286-298, fev. 2010.

AMÉRICO, C. No RJ, 371,9 mil meninas de 9 a 11 anos devem tomar a vacina contra HPV. **Portal da Saúde**. Brasília, 09 set. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19696-no-rj-371-9-mil-meninas-de-9-a-11-anos-devem-tomar-a-vacina-contrahpv>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

ANDRADE, S. S. C. *et al.* Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2301-2310, 2013.

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

BELLATO, R *et al.* Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado da condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R e MARTINS, P.H (org), **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/Editora Universitária UFPE/ABRASCO 2011. p. 187-194.

BELLATO, R., ARAÚJO, L. F. S, CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G e MATTOS, R. A. (org), **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 167-187.

BOTTARI, C. M. S *et al.* Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1: S111-S122, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – Atualização 2016**. Rio de Janeiro: INCA, 2016,

146 p.(versão para consulta pública). Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2016/diretrizes_para_rastreamento_cancer_colo_uterio_consulta_publica>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** (Cadernos de Atenção Básica n. 13), 2. ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 124 p

BRASIL. Portaria GM nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 17 maio. 2013b. Seção 1, p. 129.

BRASIL. Lei nº 12732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2012a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a, 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 1. ed., 2. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 82p

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: Ministério da Saúde, 2011c. 148 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 40p. (Sumário executivo).

BRASIL. **Portaria nº2439/GM, de 08 de dezembro de 2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. 3p.

BRITO-SILVA, K *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p240-248, 2014.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CÂNCER do colo do útero. Condutas do INCA/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 351-354, 2000.

CONSTANCIO, T. I. **A trajetória assistencial de pacientes com câncer: aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão**. 2012. 112f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

DESLANDES, S.F. Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação : vertentes, contribuições e desafios. In : BATISTA, T. W. F, AZEVEDO, C. S., MACHADO, C. V. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 193-217.

DIÓGENES, M.A.R, *et al.* Barreiras a realização periódica do Papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. APS**, v. 14, n.1, p. 12-18, jan/mar. 2011.

DIZ, M. D. P. E., MEDEIROS, R. B. de. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Rev Med**, São Paulo, v. 88, n.1, p. 07-15, jan./mar. 2009.

GASPERIN, S. I, BOING, A. F., KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p.1312-1322, jul. 2011.

GERHARDT, T. E., ROTOLI, A., RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G e MATTOS, R. A. (org), **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 197-214.

GREER, B. E. et al. Cervical Cancer. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**. v. 8, n.12, dez. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama - Brasil e Regiões, 2013.** Rio de Janeiro: INCA, jan. 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/textos-referencia>. Acesso em: 20 dez. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**, Rio de Janeiro: INCA, 2014, 124p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação.** Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2006, 64. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf> . Acesso em 10 jan. 2016.

JENSEN, K.E. *et al.* Risk for cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse in relation to smoking among women with persistent human papillomavirus infection. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 21, n. 11, p.1949-1955, nov. 2012.

JUNQUEIRA, F. Falta de máquinas de radioterapia deixa mais de 18 mil pacientes com câncer sem tratamento no estado. **Jornal Extra**, Rio de Janeiro, 27 jul. 2014. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/rio/falta-de-maquinas-de-radioterapia-deixa-mais-de-18-mil-pacientes-com-cancer-sem-tratamento-no-estado-13396204.html#ixzz410hekU7C>>. Acesso em 02 out. 2014.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. S283-S297, 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R. A. (org), **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS – ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MARIZ, R. País não cumpre lei que prevê prazo de 60 dias para início do tratamento contra câncer. *Jornal O Globo*. Rio de Janeiro, 04 mai. 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/pais-nao-cumpre-lei-que-preve-prazo-de-60-dias-para-inicio-do-tratamento-contracancer-16047337#ixzz410zYFG8d>>. Acesso em: 22 set. 2015.

MENDES, A. Central Unificada de Regulação é inaugurada no Rio de Janeiro. **Portal da Saúde**. Brasília, 08 jun. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/18007-central-unificada-de-regulacao-e-inaugurada-no-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 22 set. 2015.

McGRAW, S. L., FERRANTE, J. M. Update on prevention and screening of cervical cancer. **World J Clin Oncol**, v. 5, n. 4, p. 744-742, out. 2014.

NASCIMENTO SILVA, V. M. *et al.* Trajetória assistencial em Pirai: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G e MATTOS, R. A. (org), **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 225-232.

NEOPLASIA intra-epitelial cervical – NIC. Condutas do INCA/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 355-357, 2000.

PARADA *et al.* A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PANOBIANCO, M. S. *et al.* Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 517-523, 2012.

PATANKAR, S. S. High and Low-dose rate Brachytherapy for Cervical Cancer. **Gynecol Oncol**, v. 136, n. 3, p. 534-541, mar. 2015.

RANGEL, G., LIMA, L. D, VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.107, out./dez, 2015.

RICO, A. M., IRIART, J. A. B. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.9. p. 1763-1773, set. 2013.

RIO DE JANEIRO (município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – PMS – 2014-2017**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

SALA, A. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p. 948-960, 2011.

SANTOS *et al.* Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.10, p. 2687-2702, 2012

SANTOS, R. S., MELO, E. C. P, Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Esc Anna Nery**, v.15 n.2. p. 410-416, abr/jun. 2011.

SILVA FILHO, A. L. Emprego dos marcadores de prognóstico no tratamento para o carcinoma invasor de colo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 9, p. 468-473, 2009.

SILVEIRA, R. *et al.* Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G e MATTOS, R. A. (org), **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2011. p. 215-224.

SONEJI, S, FUKUI, N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n.3, p.174-182, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, L.A., FONSECA, C. M. O, **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007, 172p.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n.2 171-180 abr. / jun., 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (Brasil). Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo. Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: TCU; 2011.

VALE, D. B. A. P. *et al* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.383-390, fev. 2010.

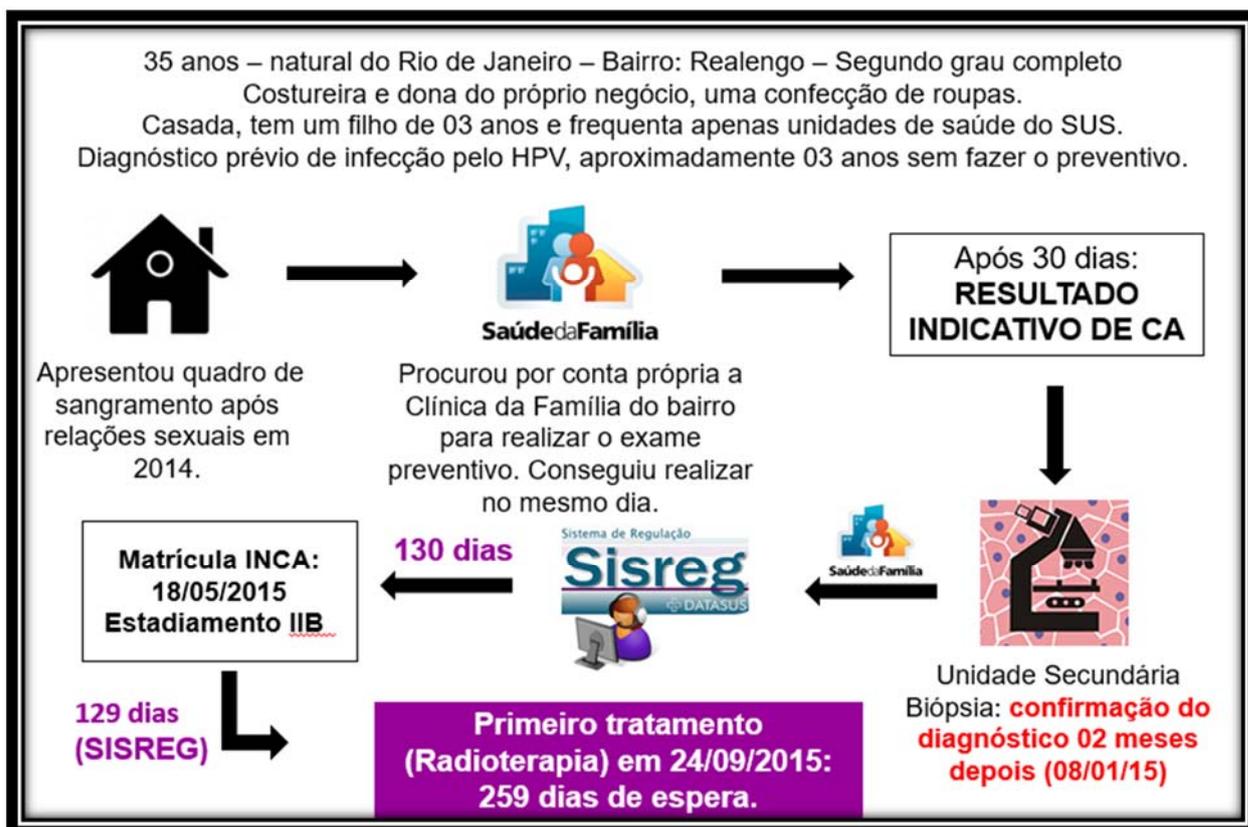
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive cervical cancer control: guide to essential practice.** 2 ed, 2014, 408p. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

WIEBE, E; DENNY, L.; THOMAS, G. Figo Cancer Report 2012 – Cancer of cervix uteri. **Int J Gynecol Obstet.**, v. 119, Sup. 2, p. S100-S109, 2012.

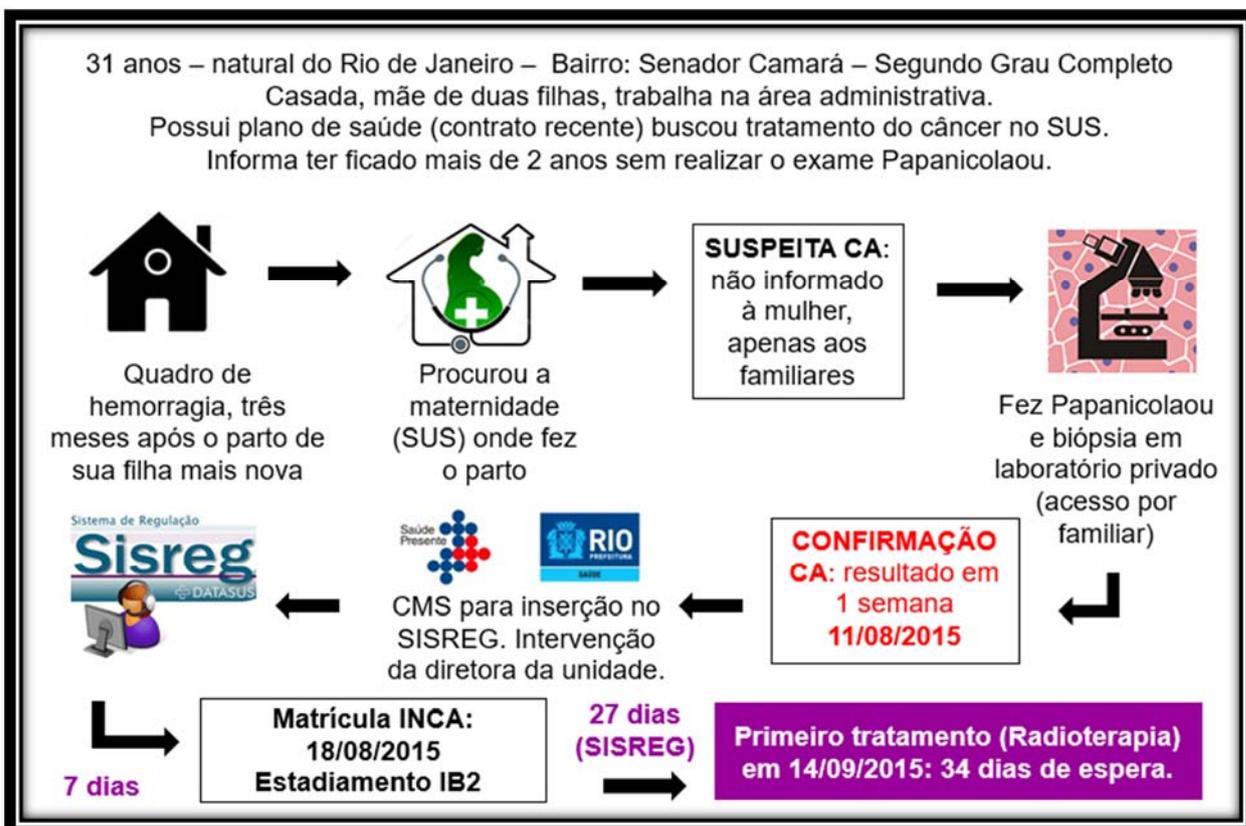
ZARDO, G. P. *et al*. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3799-3808, 2014.

APÊNDICE A – Trajetórias Assistenciais das mulheres entrevistadas

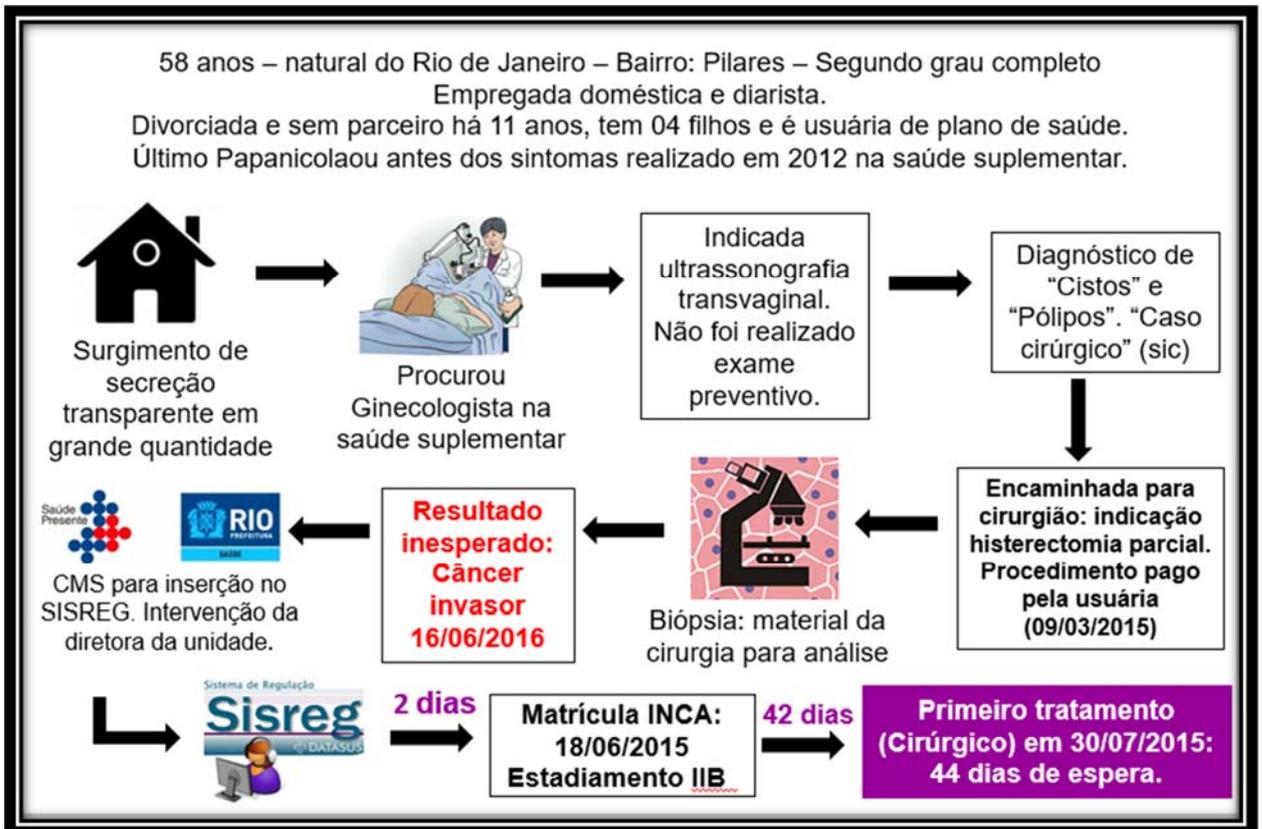
TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE M1



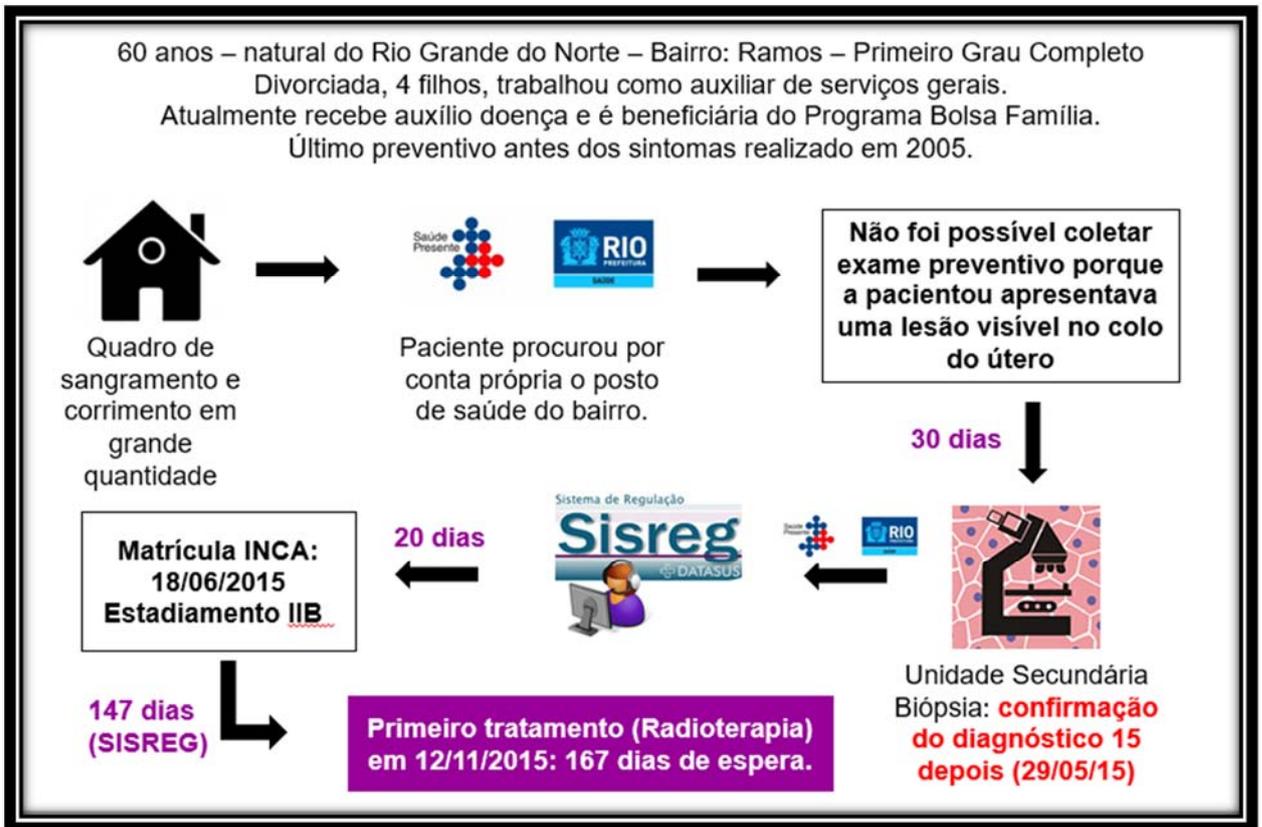
TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE M2



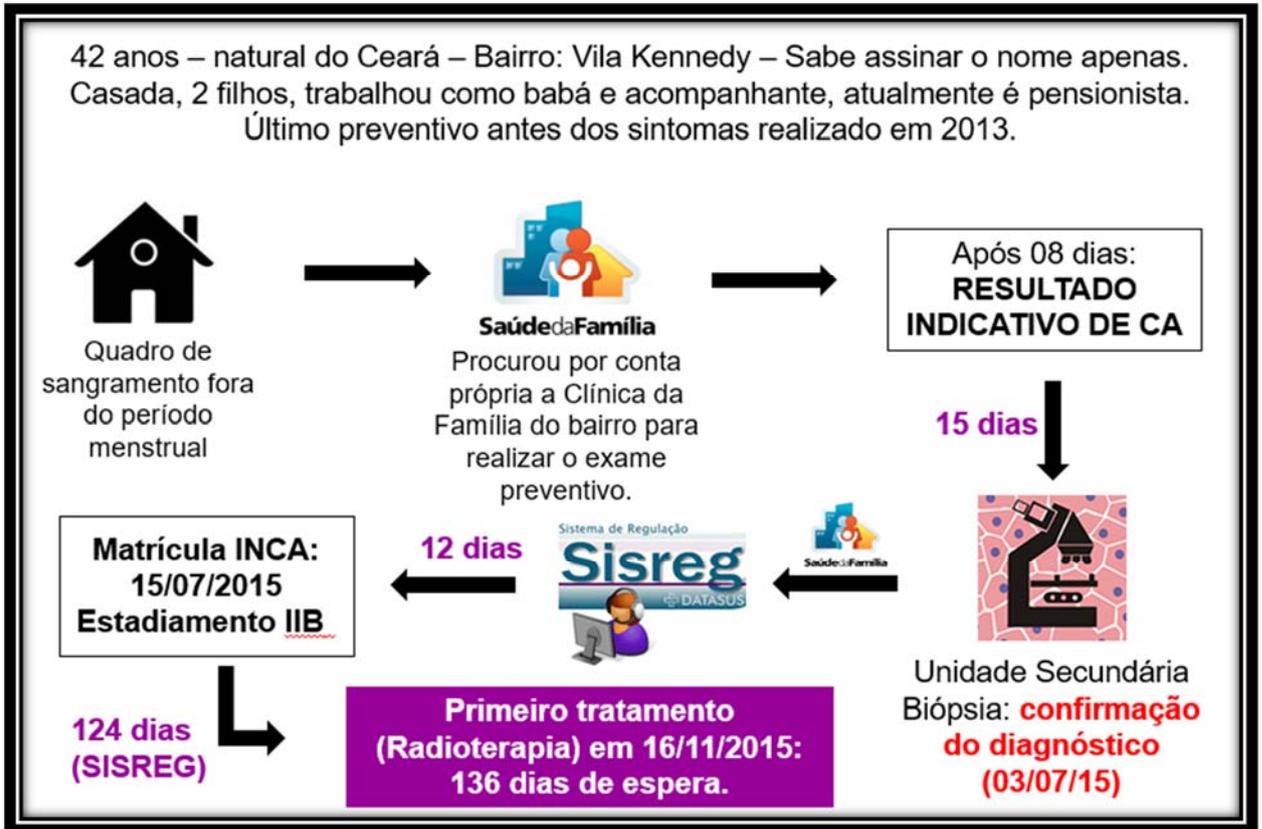
TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE M3



TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE M4



TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE M5



APÊNDICE B – Dados da participante da pesquisa e roteiro de questões

Iniciais da paciente (nome codificado)
Data de nascimento:
Naturalidade:
Escolaridade:
Profissão:
Ocupação atual:
Bairro:
Número do prontuário:
Data do diagnóstico:
Estadiamento clínico do tumor no diagnóstico:
Data da matrícula na Instituição:
Data do primeiro tratamento:
Tipo de tratamento:
Plano de saúde: <input type="checkbox"/> Possui <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Não possui mais

Roteiro de questões

- 1) Você frequenta regularmente alguma unidade de Saúde do SUS?
 Sim Não
Qual?
 Equipe ESF Posto de Saúde tradicional Unidade de Pronto Atendimento
Ambulatório de Hospital Outros _____
- 2) Que tipo de serviço(s) utiliza?
- 3) Como você descobriu o CA colo de útero?
- 4) Você fazia acompanhamento ginecológico em serviços de saúde antes do diagnóstico?
 Sim Não

Qual instituição?

Com qual frequência?

5) Você já havia feito exame preventivo antes do diagnóstico?

Sim Não

6) Lembra quando havia feito o último preventivo antes do diagnóstico?

7) Você já foi informada alguma vez sobre a prevenção do câncer de colo de útero?

Sim Não

8) Você já teve dificuldades para realizar o exame preventivo? Quais?

9) Você esperou quanto tempo pelo o resultado do exame do seu último preventivo?

10) O que você achou do tempo de espera?

11) Em quanto tempo você fez o exame para confirmar o diagnóstico?

12) O que você achou desse tempo de espera?

13) Como você considera o atendimento nas unidades de saúde do SUS que te atenderam até o momento:

Atenção básica:

Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não sabe

Por quê?

Exames:

Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não sabe

Por quê?

Unidade de tratamento (Cirurgia e/ou quimioterapia/radioterapia):

Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não sabe

Por quê?

14) Você teve alguma dificuldade para chegar nas unidades de saúde que te atenderam até o momento? Sim Não

Qual(is)?

15) Durante sua trajetória nos serviços de saúde após o diagnóstico, como você considera o acesso aos seguintes serviços:

Consultas: Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não sabe

Por quê?

Exames: Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não sabe

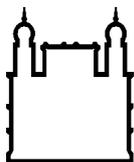
Por quê?

Medicamentos: Muito bom Bom Regular Ruim Péssimo Não sabe

Por quê?

- 16) Você participa das decisões do seu tratamento? Como isso acontece? Qual sua opinião sobre isso?
- 17) Quando você tem dúvida sobre o seu tratamento, quem você procura para esclarecer?
- 18) Na sua opinião, o que você gostaria que fosse melhorado no tratamento da mulher com câncer de colo de útero?
- 19) Se você tivesse oportunidade, teria substituído alguma das unidades de saúde que te atenderam durante toda a sua trajetória?
- 20) Gostaria de acrescentar mais algum comentário ou sugestão sobre o tratamento do câncer de colo de útero?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa “Trajetórias assistenciais de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, diagnosticadas com câncer de colo de útero e encaminhadas para tratamento no Instituto Nacional do Câncer”, desenvolvida por Priscila Guedes de Carvalho, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Gisele O’Dwyer.

O convite a sua participação se deve ao fato de você estar em tratamento para o câncer de colo de útero nesta instituição e por ser moradora do município do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória, e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, assim como desistir e retirar sua participação a qualquer momento. A recusa ou desistência não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e com a instituição e você não será penalizada de nenhuma maneira. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar deste estudo depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com a pesquisadora responsável e com a equipe do estudo sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos.

Rubrica da participante: _____

Rubrica do investigador responsável: _____

PROPÓSITO DO ESTUDO

O objetivo principal do estudo é compreender a busca das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero pelo cuidado nos serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde). Para tal, será realizada uma entrevista com duração máxima de 20 (vinte) minutos, com aplicação de questionário com perguntas sobre sua trajetória na assistência. A pesquisa pretende avaliar aspectos relacionados ao acesso e organização dos serviços de saúde a partir da sua percepção.

RISCOS

Os riscos da sua participação são mínimos, relacionados ao desconforto ou constrangimento em responder determinadas perguntas. Entretanto, você não é obrigada a respondê-las.

BENEFÍCIOS

Em contrapartida, este estudo busca contribuir para a melhoria da atenção à saúde das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. Você não será remunerado por sua participação. Este projeto de pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso das suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes deste projeto de pesquisa. O benefício principal da sua participação é contribuir para a melhoria da atenção à saúde das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero.

CONFIDENCIALIDADE

Se você autorizar, a entrevista poderá ser gravada e o conteúdo será registrado em forma escrita. Seu nome não será revelado a ninguém, assim como serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Será necessário acessar informações complementares sobre seu diagnóstico no prontuário médico da Instituição. No entanto, não há campo para a sua identificação no questionário que será aplicado e qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Rubrica da participante: _____

Rubrica do investigador responsável: _____

O questionário será armazenado de forma segura e protegida contra revelação não autorizada. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética (CEP) é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O endereço do CEP/ENSP é: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Contatos por telefone e fax (0XX) 21-2598286, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e site na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (CEP/INCA), na Rua do Resende Nº128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 horas, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do projeto de pesquisa e da solicitação de permissão para o uso das informações dadas por mim. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Rubrica da participante: _____

Rubrica do investigador responsável: _____

Autorização para a gravação do áudio da entrevista:

() Eu concordo em participar deste estudo e **CONCORDO** com a gravação do áudio da entrevista, ou

() Eu concordo em participar deste estudo, mas **NÃO CONCORDO** com a gravação do áudio da entrevista.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

Assinatura da participante

Nome: _____

Data: ____/____/____

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao paciente indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

Priscila Guedes de Carvalho

Rio de Janeiro, _____ de 2015.

Contato com a pesquisadora responsável:

Endereço: Instituto Nacional do Câncer – Unidade II

Rua Equador 831 – Santo Cristo – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20220-410

Telefones: (0XX) 21-3207-2859/3207-3004 e 21-99810-8028

pcarvalho@inca.gov.br

Rubrica da participante: _____

Rubrica do investigador responsável: _____