



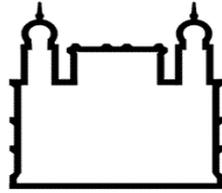
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,**  
**da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“ACESSO AO TRATAMENTO DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO  
ÚTERO NO SUS”**

**MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL**

**Rio de Janeiro**

**2017**



**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,**  
**da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“ACESSO AO TRATAMENTO DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO NO SUS”**

**MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL**

Tese apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Artmann

**Rio de Janeiro**

**2017**

CIP - Catalogação na Publicação

VIDAL, MARIA LUIZA BERNARDO.

ACESSO AO TRATAMENTO DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO NO SUS / MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL. - Rio de Janeiro, 2017.  
190 f.; il.

Tese (Doutorado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: ELIZABETH ARTMANN.

Bibliografia: f. 128-139

1. Neoplasia do Colo do Útero . 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Planejamento Estratégico. I. Título.

Não aceites o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada,  
de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural,  
nada deve parecer impossível de mudar.

Bertol Brecht

## **DEDICATÓRIA**

As mulheres com câncer de colo do útero em busca de tratamento no SUS na tentativa de contribuir na melhoria desse acesso

## AGRADECIMENTOS

Desafio tão grande quanto escrever esta tese foi incluir em pouco espaço todas as pessoas que fizeram parte da minha trajetória até esta titulação. Ao longo de minha vida recebi ajuda de pessoas e instituições que me incentivaram e apoiaram a persistir até a conclusão.

Início por agradecer a **Deus** por todas as oportunidades incluídas na minha história de vida. Meu maior agradecimento por sua bondade e fidelidade para comigo. É Ele quem controla minha vida em cada detalhe.

Nasci em um lar onde o amor e respeito, eram considerados padrão de bem viver. Aprendi que esses são os valores mais importantes num relacionamento. Agradeço aos meus pais **Horácio Bernardo** e **Merentina Dias Bernardo** por essa herança deixada para mim e meus irmãos **Alcir Dias Bernardo** e **Aldeir Dias Bernardo**. Por todo investimento em amor, instrução, amparo e respeito que permitiu que nos tornássemos pessoas em busca de dias melhores para nós e para o nosso próximo.

A meu marido **Gilson de Castro Vidal**, presente de Deus para minha vida, pelo amor, companheirismo, dedicação, por compreender os momentos de ansiedade, torcendo e se alegrando com minhas conquistas durante toda nossa vida e agora no doutorado. Sem essa compreensão, parceria e incentivo teria sido muito mais difícil.

Aos nossos filhos **Amina Tayo Bernardo Vidal**, **Jamila Bunmi Bernardo Vidal**, **Gilson de Castro Vidal**, meu neto **Asaf Levy Bernardo Vidal Castro**, minha nora **Lysiane Pereira dos Santos da Silva**. A eles agradeço pelo amor e o carinho que me dedicam e pelas conversas que têm com Deus a meu favor e por me apoiarem pacientemente e suportarem a minha ausência temporária enquanto estava escrevendo.

Aos meus irmãos **Alcir** e **Aldeir** e **suas famílias** pela parceria de amor e solidariedade sempre presentes no nosso relacionamento e pelas dicas, incentivo e palavras de paz. A Dra. **Elizabeth Artmann** por me aceitar como orientanda sem me conhecer, por sua forma serena de ser, pelas críticas sempre contributivas e orientações que permitiram realizar este estudo. Pela compreensão e zelo no ensinar, pela paciência, pelo cuidado, firmeza, polidez e incentivo, pela sabedoria na condução de situações de crise de forma ética e profissional que me motivaram a vencê-las e avançar para conclusão.

Aos membros da banca, doutores **Sheyla Lemos**, **Francisco Javier Uribe Rivera**, **Gelcio Luiz Quintella Mendes** e **Laisa Figueiredo Ferreira Lós Alcântara** por aceitarem por disponibilidade tempo e conhecimento para avaliação e contribuição científica. O meu muito obrigado. O estudo não será o mesmo após suas contribuições avançará para sua concretização como publicação científica.

Aos **coordenadores, professores do curso de Pós-graduação** do IFF/FIOCRUZ pela transmissão de conhecimentos, pela condução de forma compreensiva dos obstáculos surgidos durante o curso. Essa atitude contribuiu para uma caminhada com determinação em meio à crise permitindo que chegasse ao fim da jornada.

As **mulheres, gestores e profissionais de saúde** que se disponibilizaram a responder as entrevistas sem as quais o estudo não poderia ser realizado.

Aos meus **irmãos de fé** e a **todos** que gastaram tempo em conversas com o Pai sobre mim em relação a conclusão do doutorado. Suas orações foram fundamentais para que tivesse forças para ultrapassar obstáculos que se colocaram no caminho durante o percurso de elaboração desta tese. Muito obrigado pela força transmitida pela fé e pelo amor demonstrado por vocês.

A **Carmen Lúcia de Paula** e **Ana Cláudia Frazão Paiva**, amigas e companheiras de trabalho o meu agradecimento sincero pelo profissionalismo empenho ético e solidariedade na

coleta de dados e no apoio dispensado para que pudesse redigir esse estudo. Sua ajuda muito contribuiu para o término da coleta e redação no tempo planejado para esta etapa. Obrigada pelo carinho, respeito, paz e transmissão de sentimentos tão bons que não consigo expressar. Agradeço a Deus por ter colocado vocês em minha vida, que Ele as abençoe com a mesma sorte quando assim necessitarem.

A **Henny Luz** a quem conheci na finalização da tese e que ofereceu grande contribuição organizando as tabelas. Fez isso em um momento de pouco espaço em sua agenda, mas com muita generosidade, assertividade e precisão.

Ao **Carlos Alberto Camilo Alves**, ter me apoiado desde o início desta caminhada. A **Vivian Gomes Mazzonni**, **Renata Regis** da Silva por não permitir que o doutorado se tornasse um peso para mim. Pelo seu apoio e respeito expresso em momentos difíceis durante a construção deste estudo, o minha muito obrigada. A Direção do HCII, inicialmente na pessoa do **Dr Marcos Renni** e atualmente por **Dr Paulo Mora** pela oportunidade e confiança dispensada durante o período de liberação para execução deste estudo.

Ao **Dr Érico Lustosa** chefe do serviço de ginecologia do HCII por autorizar a realização deste estudo.

**Marcelo Castagnaro**, chefe do arquivo de documentação de pacientes do HCII e equipe por localizar e disponibilizar os prontuários necessários para realização deste estudo sempre com muita presteza e profissionalismo.

Aos colegas de trabalho **Túlio Mateus**, **Mary Mirian Borba**, **Claudia Quinto**, **Simone Soares**, **Andrea Cristina Fortuna de Oliveira**, **Carlos Joélcio Santanna**, **Claudia Arnoldi e Ieda Maria**, **Débora Louzada**, **Letícia Farinha** e **Daniele Ferreira** do HCII /INCA, pelo incentivo constante e aos demais amigos que compartilharam comigo, momentos de alegria, frustração, conflitos e vitórias ao longo do doutorado sempre torcendo por mim, cujos nomes não citei e temo ter cometido injustiça. No entanto, quero que saibam que é muito mais fácil enfrentar a vida quando vocês estão por perto.

Ao **Dr Ivan Perret Petrousk** por me atender nos acasos da vida com eficácia e ética. Sem os seus cuidados não teria concluído.

**Maria Auxiliadora dos Santos Nyrae** e **Ana Maria A Magalhães Costa** por elucidarem dúvidas e reconduzirem situações ocorridas no processo de aprovação do estudo pelos Ceps com tanto profissionalismo e solidariedade. Obrigada por tudo.

A bibliotecária **Valéria Pacheco** pela organização das referências bibliográficas.

Minha eterna gratidão a todos que deixaram marcas nessa trajetória de titulação, porque além de carregarem sentimentos nobres de humanismo, sempre me auxiliaram com disposição, gentileza e profissionalismo de diversas formas durante o decorrer do curso. Por isso e pela amizade, um obrigado especial e parafraseando Salomão, "Em todo tempo ame o amigo e na hora da angustia nasce um irmão". Contem comigo.

## **SIGLAS**

**AP- Área Programática de Saúde**

**BEG - Bom estado geral**

**CAAE- Certificado de apresentação para apreciação ética**

**Cacon - Centro de alta complexidade em oncologia**

**CAF- Cirurgia de Alta Frequência**

**CAPs - Centro de Atenção Psicossocial**

**CCDP- Cisplatina**

**CEMO- Centro de transplante de medula óssea**

**CER- Centro Estadual de Regulação**

**CONASEMS- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde**

**CONASP- Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária**

**CONASS- Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde**

**DQ - Duque de Caxias**

**DST- Doença Sexualmente Transmissíveis**

**ESF- Estratégia Saúde da Família**

**FIGO - The International Federation of Gynecology and Obstetrics**

**HC- Hospital do Câncer**

**HC- Hospital do Câncer**

**HIV - Vírus da imunodeficiência humana**

**HPS - Global School Health Initiative / Escola de promoção da saúde**

**HPV - Papiloma Vírus Humano**

**IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**

**IFRJ - Instituto Federal do Rio de Janeiro**

**INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social**

**INCA - Instituto Nacional do câncer José de Alencar Gomes da Silva**

**INSS - Instituto Nacional do Seguro Social**

**JEC - Junção escamo colunar**

**MS- Ministério da Saúde**

**NC- Nó crítico**

**NIC - Neoplasia Intraepitelial grau**

**NIC- Neoplasia intraepitelial cervical**

**NMCU - Neoplasia maligna do colo do útero**

**OMS - Organização Mundial de Saúde**

**ONG - Organização Não-Governamental**

**PAISMCA - Programa de Atenção Integral à Mulher, Criança e Adolescente**

**PAM - Posto de Assistência Médica**

**PES- Planejamento Estratégico Situacional**

**PPI - Programação Pactuada e Integrada**

**REUNI - Regulação pela Central Unificada de Regulação**

**RJ - Rio de Janeiro**

**RT- Responsável Técnico**

**RX - Radiação X (composta por raios X) é uma forma de radiação eletromagnética, de natureza semelhante à luz**

**SER- Sistema de Regulação Estadual**

**SG - São Gonçalo**

**SISCAN- Sistema de Informação do Câncer**

**Sisreg - Sistema Nacional de Regulação**

**Sitec- Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia**

**SMS- Secretaria Municipal de Saúde**

**SUS - Sistema Único de Saúde**

**TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido**

**UBS - Unidade Básica de Saúde**

**UICC- Union for International Control**

**Unacon- Unidade de assistência de alta complexidade em oncologia**

**ZT- Zona de Transformação**

## RESUMO

A neoplasia maligna de colo de útero (NMCU) é a segunda neoplasia feminina mais frequente entre as mulheres e, após o câncer de mama, é a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras. O tratamento é indicado de acordo com o estadiamento, podendo variar entre procedimentos conservadores como a retirada de lesões pré-neoplásicas, até tratamentos complexos como cirurgias, radioterapia, quimioterapia e associações destas modalidades. Pacientes com câncer enfrentam dificuldades para atendimento na rede pública que vão desde a realização do diagnóstico até o acesso ao tratamento, ocasionando diagnósticos tardios. O NMCU tem linha de cuidado bem estabelecida pelo Ministério da Saúde. Há no Estado do Rio de Janeiro estabelecimentos para atenção primária, secundária e terciária equipadas para viabilizar este atendimento. Porém existem limitações que impedem o primeiro atendimento por oncoginecologista ocorra em pacientes com doença em fase inicial. O problema se agrava quando o primeiro atendimento ocorre em estágio considerado avançado. No intento de resolução de questões relacionadas ao fluxo, efetividade e qualidade do acesso ao atendimento ambulatorial e hospitalar, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, determinaram a realização da regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos. No entanto, apesar desta regulação, algumas fragilidades são observadas pelos seus usuários na sua operacionalização como disponibilidade de vagas e resolutividade. O objetivo do estudo foi analisar o acesso ao tratamento de mulheres com CCU na rede SUS no Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo de caso multicêntrico envolvendo os municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói. Foram entrevistadas mulheres com CCU residentes em cada um dos cinco municípios citados, que tiveram primeiro atendimento por oncoginecologista no SUS no Cacon/Inca; gestores das Secretarias de Saúde e atenção primária dos municípios de origem das pacientes; bem como oncoginecologistas que efetuaram primeiro atendimento com as pacientes entrevistadas. Foram coletados dados de prontuário. Das entrevistas com oncologistas, gestores e pacientes constaram questões relacionadas ao processo investigativo de CCU, acesso a linha de cuidado do CCU, dificuldades, causas e necessidades de modificações nesse processo. A entrevista foi realizada face a face para pacientes e oncoginecologistas, ambos em consultório disponibilizado pelo setor de ginecologia do Inca. Gestores de Atenção Básica a Saúde responderam questionário face a face e por e-mail quando a agenda estava indisponível para entrevista presencial. O projeto cumpriu as exigências da resolução 466/12, recebeu aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa Comitê de Ética do Instituto Nacional da saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar da Silva e Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro. Concluiu-se que o sistema efetivamente não contempla as demandas para iniciar o cuidado precocemente. O acesso aos serviços para muitas se configura em “peregrinação”, caracterizada por idas e vindas, que atrasam o diagnóstico e conseqüentemente o início do tratamento. De acordo com os resultados, existe fragilidade que é pontuada pelas participantes do estudo em todos os níveis do sistema. Em seus princípios o SUS aponta a universalidade, integralidade e equidade direcionando a política e reafirmando que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Os nós críticos do acesso em ordem de importância para que o acesso ao tratamento de NMCU ocorra em estadiamento inicial foram “Baixa qualidade do processo diagnóstico”, “Desorganização parcial do fluxo de acesso” e “Baixa adesão ao preventivo”. Os resultados deste estudo mostram que ainda há muito a se fazer para garantir o direito ao atendimento em toda a linha de cuidado e de forma adequada e em tempo hábil para evitar as formas graves do CCU.

**Palavras Chaves:** neoplasia do colo do útero, acesso aos serviços de saúde, sistema único de saúde, planejamento estratégico

## ABSTRACT

A malignant neoplasm of the uterine cervix (NMCU) is second most frequent neoplasm among women after breast cancer. It is a fourth cause of cancer death among Brazilians. Treatment for it is according to the state of the disease, and may vary from conservative to withdrawn pre-neoplastic lesions. It may also require complex treatments such as radical surgeries, radiotherapy, chemotherapy, and alternative associations. Cancer patients face difficulties in public health care, ranging from a diagnosis to access to treatment, reflecting the fragmentation of the organization and consultation in the oncology clinic. The NMCU has a well defined care line in the Ministry of Health. In the State of Rio de Janeiro, there are establishments for primary, secondary and tertiary care equipped to enable this service. However, there are limitations that prevents patients with early stage of the disease from being taken care of by oncogynecologist. The problem worsens when the first attendance occurs at an advanced stage. In an attempt to resolve issues related to the effectiveness and quality of access to outpatient hospital care, the Federal Ministry of Health, State Health Secretariats, Federal District and Municipalities, determines the implementation of services among the components of the network health care, with definition of functions. However, despite this regulation, some weaknesses are observed by its users in their operation such as non-availability of vacancies and resolution. The purpose of this study is to analyze the access to treatment of women with NMCU in the SUS network in Rio de Janeiro. A multicenter case study was carried out involving the most populous municipalities in the state of Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu and Niterói. We interviewed women with NMCU residing in each of the five mentioned municipalities, who had first attendance by oncogynecologist in the SUS in Cacon / Inca; managers of the Health Secretariats and primary care of the municipalities of origin of the patients; as well as oncogynecologists who first performed care with the patients interviewed. Data was collected from medical records. Interviews with oncologists, managers and patients included questions related to the investigative process of NMCU, access to the NMCU care line, difficulties, causes and needs for modifications in this process. The interview was conducted face-to-face for patients and oncogynecologists, both in a clinic provided by the gynecology sector of the Inca. Managers of Basic Health Care answered a questionnaire face-to-face and by e-mail when the respondent was unavailable for face-to-face interview. Respondent. The project met the requirements of resolution 466/12, received approval from the Ethics and Research Committees Ethics Committee of the National Institute of Women's, Children's, and Youth's Health Fernandes Figueira, Ethics Committee of the National Cancer Institute José Gomes de Alencar da Silva and Ethics Committee of the City Hall of Rio de Janeiro. It was concluded that the system does not effectively accommodate the demands to start care early. Access to services for many is a "pilgrimage", characterized by comings and goings that delay the diagnosis and consequently the beginning of treatment. According to the results, there is fragility that is scored by study participants at all levels of the system. In its principles accommodate, the SUS points to universality, completeness and equity directing the policy and reaffirming that Health is the right of everyone and the duty of the State. The critical nodes of access in order of importance for access to NMCU treatment to occur at initial staging were "Poor diagnostics process quality," "Partial access flow disorganization" and "Low adherence to preventive techniques". Techniques. The results of this study show that there is still much to do to ensure the right services are delivered throughout the line of care and in an appropriate and timely manner to avoid the severe forms of NMCU.

**Keywords** - neoplasia of the cervix, access to health services, single health system, strategic planning

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
1.2	JUSTIFICATIVA.....	22
1.3	PRESSUPOSTO.....	24
1.4	OBJETIVOS.....	24
2.	MARCO TEÓRICO.....	26
2.1	NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO.....	26
2.2	POLÍTICA DE SAÚDE.....	36
2.2.1	ACESSO.....	36
2.2.2	POLÍTICA DO SUS EM ONCOLOGIA.....	44
	- REGULAÇÃO.....	46
	- LINHA DE CUIDADO DA NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO.....	49
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	56
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	56
3.2	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	56
3.2.1	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	56
	- ATORES.....	56
	- MUNICÍPIOS.....	57
	- CAMPO DE COLETA.....	58
3.2.2	DEFINIÇÃO DO TAMANHO AMOSTRAL.....	60
3.2.3	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	61
	- INSTRUMENTO DE COLETA.....	61
	- IDENTIFICAÇÃO E BUSCA DE ATORES.....	63
3.2.4	ESTRATÉGIA PARA OBTENÇÃO DOS OBJETIVOS	48
3.3	ANÁLISE.....	66
4.	RESULTADOS DE ENTREVISTAS E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.....	71
4.1	MULHERES COM NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DE ÚTERO EM TRATAMENTO NO SUS.....	71
4.2	DADOS DO PRONTUÁRIO DE USUÁRIOS DO SUS COM NMCU.....	88
4.3	ENTREVISTAS COM ONCOLOGINECOLOGISTA DO CACON INCA.....	92
4.4	ENTREVISTAS COM GESTORES.....	100
4.4.1	RIO DE JANEIRO.....	102
4.4.2	REUNI.....	105
4.4.3	DUQUE DE CAXIAS.....	106
4.4.4	NITERÓI.....	107
4.4.5	NOVA IGUAÇU.....	109
4.4.6	SÃO GONÇALO.....	110
4.4.7	REGULAÇÃO DE VAGA PARA TRATAMENTO DE	

	<b>NMCU NOS MUNICÍPIOS.....</b>	<b>112</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>115</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>123</b>
	- <b>O ACESSO DAS MULHERES COM NMCU AO TRATAMENTO NO SUS.....</b>	<b>123</b>
	- <b>A VISÃO DOS ONCOGINECOLOGISTAS DO SUS SOBRE O ACESSO AO TRATAMENTO DE NMCU.....</b>	<b>129</b>
	- <b>O ACESSO AO TRATAMENTO DE NMCU NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES.....</b>	<b>133</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>136</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>143</b>
<b>Anexo.1</b>	<b>Roteiro de entrevista e formulário de coleta de dados de prontuário utilizado para mulheres com câncer de colo do útero em tratamento no SUS.....</b>	<b>156</b>
<b>Anexo.2</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes.....</b>	<b>160</b>
<b>Anexo.3</b>	<b>Roteiro de entrevista para gestor da Atenção Primária, Secundária e Regulação.....</b>	<b>164</b>
<b>Anexo.4</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores.....</b>	<b>166</b>
<b>Anexo.5</b>	<b>Roteiro de entrevista para oncoginecologista.....</b>	<b>170</b>
<b>Anexo.6</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para oncoginecologista.....</b>	<b>171</b>
<b>Anexo.7</b>	<b>Aprovação do CEP do Instituto Nacional da saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira....</b>	<b>175</b>
<b>Anexo.8</b>	<b>Aprovação CEP do Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar da Silva.....</b>	<b>178</b>
<b>Anexo.9</b>	<b>Aprovação CEP Prefeitura do Rio de Janeiro.....</b>	<b>185</b>

## ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro. 1</b>	Linha de cuidado da neoplasia maligna do colo do útero.....	<b>27</b>
<b>Quadro. 2</b>	Estabelecimentos Habilitados para assistência oncológica no RJ por Município e tipo de habilitação em 2016 .....	<b>53</b>
<b>Quadro. 3</b>	Distribuição dos municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro quanto ao nº de habitantes, mulheres entre 25 e 64 anos e IDHM.....	<b>58</b>
<b>Quadro. 4</b>	Descrição dos oncologistas sobre histórico de saúde das usuárias com NMCU na primeira consulta na alta complexidade.....	<b>92</b>
<b>Quadro.5</b>	Identificação dos gestores da Atenção Primária, Secundária e Regulação nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.....	<b>100</b>
<b>Quadro.6</b>	Dificuldades, causas, consequências e sugestões de melhorias no acesso ao tratamento de NMCU no SUS nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.....	<b>116</b>
<b>Quadro.7</b>	Causas apontadas por usuárias, médicos e gestores do SUS, no acesso ao tratamento de NMCU no SUS e impacto no problema.....	<b>118</b>
<b>Quadro.8</b>	Fluxograma Situacional.....	<b>120</b>

## TABELAS

<b>Tabela. 1</b>	Perfil sociodemográfico de mulheres com NMCU em tratamento no SUS em 2015.....	<b>71</b>
<b>Tabela. 2</b>	Caracterização do acesso à linha de cuidado e tratamento do NMCU no SUS para usuários dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.....	<b>82</b>
<b>Tabela. 3</b>	Dificuldades no acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS relatadas por usuárias do SUS.....	<b>87</b>
<b>Tabela. 4</b>	Percepção das mulheres em tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS sobre o atendimento na alta complexidade.....	<b>89</b>
<b>Tabela. 5</b>	Histórico de saúde de usuárias do SUS para tratamento de NMCU no Cacon Inca em 2015.....	
<b>Tabela. 6</b>	Média temporal em dias entre a coleta da biópsia e o ingresso na alta complexidade considerando o município de origem.....	<b>90</b>
<b>Tabela. 7</b>	Média temporal em dias para o início do tratamento no Cacon / Inca.....	<b>91</b>

## I. INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por uma, em cada seis mortes no mundo. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer todos os anos e esse número deve subir para mais de 21 milhões de pessoas em 2030. Avanços tecnológicos e em ações para realização do diagnóstico precoce podem diminuir a incidência dos cânceres garantindo o tratamento em fase inicial, especialmente para a neoplasia maligna do colo do útero, cuja história natural é conhecida aumentando as chances de sobrevida<sup>1</sup>.

As taxas de neoplasia maligna do colo do útero (NMCU) têm diminuído no mundo desenvolvido durante os últimos 30 anos, em grande parte devido ao rastreamento e aos programas de tratamento<sup>2</sup>. No mesmo período nos países em desenvolvimento a incidência aumentou ou estabilizou por dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de conhecimento ou ausência de programas de rastreio e tratamento.

A NMCU é a segunda neoplasia feminina mais freqüente entre as mulheres, após o câncer de mama é a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras<sup>1</sup>. A incidência de NMCU configura um problema mundial de saúde pública, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas onde ocorre com maior frequência causando a morte de mulheres em idade produtiva apesar de ser uma doença passível de prevenção<sup>2</sup>.

Desfechos negativos de tratamentos de NMCU estão associados ao início do tratamento em estadiamento avançado. O começo do tratamento nesta fase impede o tratamento oncológico curativo ou de controle.

A doença é rara em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente, atingindo o pico na faixa etária compreendida entre 45 e 50 anos. A doença tem se apresentado com mais frequência nas mulheres com

menor renda e nível escolar e para estas o tratamento se dá na rede pública 3,4,5.

A forma inicial da NMCU é de uma lesão intraepitelial que precede a forma invasiva, o câncer de colo de útero propriamente dito. A lesão precursora como é chamada é reversível de forma espontânea ou de retirada cirúrgica da lesão dependendo do nível.

Na fase invasiva, os tratamentos são complexas como cirurgias para retirada do órgão afetado e de outros órgãos da pelve feminina e estruturas adjacentes, radioterapia, quimioterapia e associações de modalidades de tratamento.

O parâmetro para indicação do tipo de tratamento é a extensão da neoplasia (estadiamento). Os melhores resultados estão associados ao tratamento nos estadiamentos iniciais.

A progressão do NMCU resulta em sinais e sintomas físicos como dor, alteração da função sexual levando a perda da autoestima, vergonha, e sofrimento familiar<sup>5</sup>. Falhas no processo de detecção precoce, diagnóstico e estadiamento e início do tratamento podem acarretar tratamentos tardios, paliativos ou risco de morte<sup>6</sup>. O tratamento paliativo é promovido por equipe multidisciplinar com vistas a proporcionar melhoria da qualidade de vida para a mulher e família quando não há mais chances de controle da doença<sup>7</sup>.

O agravamento da doença gera custos sociais e pessoais como a impossibilidade de exercer atividades laborais, pela necessidade de benefícios sociais concedidos pelo governo, pelo custo ao Sistema Único de Saúde (SUS) com internações repetidas, uso de medicações para dor crônica e procedimentos complexos.

Pacientes com câncer enfrentam dificuldades para atendimento na rede pública que vão desde a realização do diagnóstico até o acesso ao tratamento. O fato aponta para fragmentação de todo o sistema de organização do fluxo de atendimento até a primeira consulta na clínica especializada em oncologia<sup>8</sup>. O assunto é recorrente nos fóruns de discussão de Políticas de Regulação em Saúde. Prestadores de serviços em hospitais públicos municipais e estaduais em todo o país encontram problemas para tratar os pacientes oncológicos em tempo adequado. Demoras no agendamento de consultas com médicos oncoginecologistas, exames citológicos, biópsias e início do tratamento ocorrem no atendimento público com muita frequência<sup>9,10</sup>.

Até julho de 2013 o acesso à primeira consulta com oncoginecologista no SUS era realizada por encaminhamento de médicos da rede pública ou privada. Pacientes com biópsias positivas para malignidade, de posse do encaminhamento médico e das lâminas de citopatologia se dirigiam aos serviços de oncologia ambulatoriais e hospitalares em busca de tratamento. Havia falhas nas informações para o encaminhamento, na padronização de referência e contra referência, na escolha de serviços oncológicos que de fato oferecessem o tratamento necessário a cada caso, nos horários de atendimento e na disponibilidade do limite de vagas para agendamento entre outros.

As dificuldades de acesso ao tratamento por vezes determinavam menores possibilidades de cura e controle da doença, potencializando os agravos dela decorrente<sup>7</sup>. Hoje o acesso ao atendimento especializado no SUS, se faz de forma padronizada, para demandas públicas e privadas.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade conjuga ações direcionadas à materialização da saúde e tem como base, a garantia do direito a organização dos serviços, a

boa prática profissional e respostas governamentais a problemas específicos de saúde<sup>9</sup>. A prevenção e o tratamento do NMCU são prioridades nas políticas de saúde no Brasil, porém apesar da existência do fluxo de atendimento estabelecido pelo SUS algumas fragilidades são observadas pelos seus usuários na sua operacionalização como a falta de disponibilidade e de resolutividade no atendimento<sup>10</sup>.

O tratamento do NMCU, conforme prevê a Política Nacional para prevenção e controle do câncer, deve ser feito em serviços especializados em oncologia. Nestes serviços são oferecidos tratamentos de alta complexidade e densidade tecnológica. Este nível de atenção é estruturado considerando os dados epidemiológicos regionais, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde local. Esses serviços são capacitados para determinar o estadiamento, tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica<sup>10</sup>. Há, pelo menos, uma unidade de tratamento especializado em oncologia em cada estado do país totalizando 288 unidades, onde são realizados desde os exames diagnósticos para confirmação da doença até o tratamento.

De acordo com Ministério da Saúde no estado do Rio de Janeiro para onde foi estimada uma taxa bruta de 16,90 casos novos de NMCU por 100.000 habitantes em 2016, existem 26 unidades especializadas em tratamento de câncer, sendo 16 na capital e 10 nas cidades do entorno<sup>1</sup>.

As unidades se localizam nas regiões mais desenvolvidas. Existe um grande distanciamento espacial entre as cidades do interior, metrópoles e os Serviços de Assistência de alta Complexidade em Oncologia. Os trajetos geográficos são difíceis, envolvendo diversos meios de transporte para o acesso dificultando o deslocamento.

Na perspectiva de resolução de questões como padronização do fluxo, efetividade e qualidade do acesso ao atendimento ambulatorial e hospitalar o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, determinaram a realização da regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos<sup>11</sup>.

A regulação em oncologia teve como finalidade efetivar a garantia da integralidade, universalidade, e igualdade no acesso ao tratamento oncológico n SUS, com fluxo padronizado e eficaz. É uma estratégia para facilitar o cumprimento do direito do cidadão com câncer de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias, após diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário único, considerando o primeiro tratamento a realização da terapia indicada <sup>12,13</sup>.

O Sistema Nacional de Regulação destina-se a gerenciar as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares. O sistema é organizado por um software instituído pelo Ministério da Saúde para utilização em rede para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório. O ingresso no sistema de regulação ocorre na Atenção Básica nos municípios de moradia das pacientes. As vagas para esse nível de complexidade são para pacientes com indicação clínica e evidências diagnósticas precisas, o padrão ouro é a biópsia. O sistema foi organizado para permitir que solicitações de exames, procedimentos ou consultas especializadas sejam priorizadas de acordo com a severidade da situação clínica, moradia da paciente e possibilidade de monitoramento do processo até o primeiro atendimento<sup>14</sup>.

No tratamento oncológico a regulação inclui as consultas para as clínicas de neurocirurgia; cirurgia torácica; cirurgia geral – oncologia; urologia; neoplasia maligna do colo do útero e cirurgia de cabeça e pescoço. Em agosto

de 2013, as triagens para tratamento de lesões precursoras de NMCU passaram a ser agendadas por esse sistema. O sistema atende da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria <sup>15, 16,17</sup>.

Embora segundo Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar, Inca, os programas governamentais venham obtendo sucesso no diagnóstico precoce, reduzindo em 70% os casos diagnosticados serem invasivos na década de 1990, para 56%<sup>6</sup>. A luta no combate ao NMCU na prevenção e na detecção precoce ainda vem sendo travada. As falhas são expressas pelo diagnóstico ainda em fase invasiva na década atual, um número significativo considerando os esforços governamentais em normas e protocolos para vencer esses obstáculos incluindo a regulação.

Desta forma, a realização deste estudo visa analisar o acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero na rede SUS no Rio de Janeiro para o primeiro atendimento por oncoginecologista após a implementação da regulação como meio de ingresso.

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

Os avanços na prevenção, cuidado e organização do acesso têm trazido para saúde pública uma possibilidade de melhora do quadro da doença no cenário mundial. No entanto, a persistência de casos com início de tratamento em estadiamento avançado preocupa pelo desgaste biológico, humano, familiar, social e econômico provocados por esta causa <sup>4</sup>.

Os mapas regionais das taxas de mortalidade por câncer e indicadores assistenciais como internações, quimioterapias e radioterapias mostram desigualdade no acesso pelo pequeno volume de tratamentos para residentes nas regiões mais carentes do país. Há uma concentração de serviços especializados onde é maior a população. O acesso começa usualmente com uma suspeita clínica na assistência básica e prossegue com encaminhamento para níveis mais complexos onde o diagnóstico é confirmado e se inicia o tratamento podendo ocorrer demoras neste percurso por diversas causas em qualquer destas fases <sup>4</sup>.

O interesse pelo tema emergiu da observação ao longo de minha vida profissional, em um Cacon no estado do Rio de Janeiro, onde desfechos negativos de tratamento de mulheres com NMCU ocorrem com frequência pôr o iniciarem em estadiamento avançado.

Em conversas informais com esta clientela e seus familiares percebi uma frequência significativa de acesso descontinuo, desorganizado, permeado pela informalidade, sem resolutividade e informação. O quadro remete a uma possível inviabilidade de cura e controle da doença além de aumentar o sofrimento e custos devido aos fatores citados.

Dentro do contexto de que “saúde é direito de todos e dever do Estado”, considerando o empenho do SUS na organização, efetivação do acesso e tratamento; levando em conta que 70% das matrículas de pacientes com neoplasia maligna do colo do útero ocorrem em estádios onde o tratamento cirúrgico já não é mais possível<sup>7</sup>; considerando a percepção de usuárias, profissionais de saúde e gestores do SUS de que há barreiras no acesso e que estas são expressas com recorrência em fóruns organizados para discussão do assunto em artigos científicos e na mídia <sup>9,10</sup>; considerando a responsabilidade de como profissional de saúde participar de ações para viabilização da atenção

integral no SUS. Percebi que havia déficit de estudos analíticos sobre o acesso ao tratamento de NMCU na rede do SUS no Rio de Janeiro envolvendo gestores e usuários, sobretudo pelo fato de a regulação ter sido implantada a 4 anos e não ter sido avaliado o ingresso por esse meio para usuárias com NMCU no SUS/RJ.

Este estudo visou identificar em que condições se dá o primeiro acesso ao primeiro atendimento para tratamento de NMCU no SUS. Contribuir para adequações e aprimoramento do acesso considerando características sociais e de saúde de mulheres com NMCU e da percepção de oncoginecologistas e gestores sobre acesso, bem como dar visibilidade a esta problemática.

### **1.3 PRESSUPOSTO**

O NMCU tem linha de cuidado estabelecida pelo Ministério da Saúde. Há no Estado do Rio de Janeiro estabelecimentos para atenção primária, secundária e terciária estruturadas para viabilizar este atendimento. Porém existem limitações que impedem que o acesso ao primeiro atendimento por oncoginecologista ocorra em pacientes com doença em fase inicial.

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Analisar o acesso ao tratamento de mulheres com NMCU na rede SUS no Rio de Janeiro.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com NMCU atendidas no SUS/RJ;
2. Identificar os roteiros de acesso, ao tratamento de NMCU no SUS/RJ, ocorrência de dificuldades e possíveis sugestões de melhorias na percepção de mulheres com NMCU atendidas na rede do SUS/ RJ;
3. Identificar os estadiamentos de NMCU mais prevalentes entre as usuárias do SUS/RJ no início do tratamento;
4. Identificar a percepção dos oncoginecologistas sobre o estado das usuárias na primeira consulta ocorrência de dificuldades no acesso à alta complexidade e possíveis sugestões para melhorias;
5. Identificar as dificuldades e sugestões de melhorias apontadas pelos gestores da Atenção primária, secundária e Regulação sobre o cumprimento do fluxo da linha de cuidado da NMCU;
6. Analisar sugestões de melhorias propostas pelos atores na pesquisa para sistematizar o acesso ao tratamento de NMCU na rede do SUS/RJ em estadiamento inicial.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO

Neoplasia maligna ou câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. A divisão celular é rápida, agressiva e descontrolada, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas<sup>18</sup>. No Brasil é a segunda doença que mais leva a óbitos. Os fatores causais são diversos, podendo ser ambientais ou hereditários<sup>19</sup>. A formação do tumor está associada com a ocorrência de alterações genéticas qualitativas e quantitativas que se acumulam, progressivamente, em uma célula normal<sup>20</sup>. Os diferentes tipos de câncer correspondem a variabilidade celular do corpo humano<sup>18,20</sup>.

A multiplicação desordenada do epitélio de revestimento do colo, atinge o estroma, estruturas e órgãos adjacentes e distantes caracterizando o NMCU.

Há dois tipos mais comuns de NMCU os originados do epitélio escamoso, denominado de carcinoma epidermoide (80% dos casos) e o derivado do tecido glandular, o adenocarcinoma (10% dos casos).

O NMCU apresenta estágios diferenciados em sua evolução, iniciando por lesões denominadas de precursoras, progredindo lentamente para a fase invasiva o NMCU propriamente dito. As lesões precursoras podem desaparecer, mesmo sem tratamento, mas uma parcela de casos evolui para carcinoma invasor, (Quadro 1)<sup>2</sup>

**Quadro 1.** Linha de cuidado da neoplasia maligna do colo do útero

EPITÉLIO DO COLO DO ÚTERO	Integro	Infectado pelo HPV	Lesão Precursora	Neoplasia maligna do colo do útero
EVOLUÇÃO	Infecção  Resolução		Progressão  Regressão	Invasão
AÇÕES DA LINHA DE CUIDADO	Promoção	Prevenção	Detecção Precoce	Tratamento
NÍVEL DE ATENÇÃO	Atenção Primária	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção terciária (Alta complexidade)

**Fonte:** Revisão de literatura para elaboração da tese “Acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS”, Vidal, MLB, 2017.

O útero está situado na pelve feminina por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. O colo é a porção inferior do útero e localiza-se dentro da cavidade vaginal. É constituído de tecido fibromuscular e mede de 3 a 4 cm, apresentando variações de acordo com a idade, paridade e o ciclo menstrual. É formado por uma parte interna e outra externa. A interna constitui o chamado canal cervical ou endocérvice que é revestida por células produtoras de muco denominadas de epitélio colunar simples. A parte externa que mantém contato com a vagina, a ectocérvice é coberta por um tecido formado por várias camadas de células planas o epitélio escamoso estratificado <sup>21</sup>.

Entre os dois epitélios encontra-se a junção escamo colunar (JEC). O JEC é caracterizado pelo encontro dos tecidos epiteliais. Na infância e no período pós-menopausa o JEC situa-se dentro do canal cervical. No período fértil situa-se ao nível do orifício externo ou fora deste, ficando em contato com a acidez da vagina, pênis durante o coito e o ambiente externo. A zona de

transformação (ZT) representa a área de transição entre dois epitélios e é nesta região que ocorrem cerca de 90% dos casos de NMCU <sup>21</sup>.

No decorrer dos últimos 120 anos muitas descobertas propiciaram a prevenção, detecção precoce, cura e o controle. Os avanços foram expressivos, inicialmente na terapêutica, seguido pelo diagnóstico, etiologia e prevenção.

Entre 1899 e 1911 surgiram avanços no tratamento por meio de aprimoramento de técnicas cirúrgicas, as histerectomias radicais, seguidas pela descoberta da infiltração por rádio <sup>22, 23</sup>.

Em 1925 surgiu uma técnica de inspeção do colo que mais tarde seria aprimorada para a colposcopia. Após este avanço foi descrita a citopatologia do colo do útero no ano de 1928. Na sequência houve a implementação do método diagnóstico Papanicolau em 1941, inicialmente com a orientação de um exame anual a mulheres entre 30 e 50 anos, valorizou a detecção precoce e estabeleceu padrões de prevenção secundária asseguradas por políticas públicas de saúde. O uso da colposcopia associado à descrição citológica aprimorou a qualidade diagnóstica <sup>24,25</sup>.

A estimativa mundial para 2012 foi de 527.624 casos novos, com mortalidade de 265.672, destes 87% ocorreram em países em desenvolvimento e a prevalência foi de 1.547.161, devido ao avanço nas técnicas terapêuticas <sup>3,26,27</sup>.

No Brasil a estimativa para o ano de 2016 e válida para 2017 é de 16.340 casos novos. A incidência para região norte foi estimada em 1.970, centro-oeste com 1.560, sul 2.240 e sudeste onde se localiza o estado do Rio de Janeiro (RJ), local onde se desenvolverá o estudo com 4.940 e nordeste com 5.630.

As taxas de incidência entre as áreas geográficas são influenciadas pelo contexto socioeconômico Cultural de cada uma delas<sup>2</sup>. A estimativa de incidência para o estado do Rio de Janeiro foi de 1.490 em 2016 <sup>28</sup>.

Até os anos 80, acreditava-se que a NMCU tinha como fator de risco a sexarca precoce, higiene inadequada, multiplicidade de parceiros, uso de anticoncepcional, baixa escolaridade; baixa classe econômica; paridade elevada; DSTs, tabagismo e o vírus do Papiloma Vírus Humano (HPV) <sup>23, 25, 27</sup>.

O esforço para compreender os fatores relacionados ao surgimento dessa neoplasia levou à descoberta de sua associação com a infecção persistente por subtipos oncogênicos 16 e 18 do Papilomavírus humano (HPV), encontrado de 70 a 93% dos casos, como agente determinante para lesões precursoras e apresentações invasivas no colo do útero <sup>29,30</sup>.

Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por algum dos 100 tipos de HPV em algum momento da vida. Trata-se de uma doença sexualmente transmissível, a mais prevalente do mundo atual, com contágio através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele. Entre as infectadas 32% serão pelos subtipos oncogênicos 16 e 18 que ocasionam NMCU. Sendo assim pode-se considerar a NMCU como doença rara entre as infectadas, já que poucas desenvolvem a doença. Como a etiologia é viral o combate está intimamente ligado à função do sistema imune do infectado. Infecções diagnosticadas sem lesões ao exame de Papanicolau e colposcopia não precisam ser tratadas e chamam-se infecções latentes<sup>29</sup>.

O vírus leva em média de 8 a 24 meses para ser eliminado do organismo e as infecções latentes não são contagiosas. A infecção é assintomática na maioria dos casos. Na forma clínica apresenta verrugas ou condilomas no colo do útero, vagina, vulva, região pubiana, perineal, perianal e

ânus. Em homens podem surgir no pênis, bolsa escrotal, região pubiana, perianal e ânus. Essas lesões também podem aparecer na boca e na garganta em ambos os sexos. As infecções subclínicas podem ser encontradas nos mesmos locais e são assintomáticas. Quando atingem o colo são chamadas de Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau / Neoplasia Intraepitelial grau I (NIC I), que refletem apenas a presença do vírus. As lesões Intraepiteliais de Alto Grau (NIC) NIC II ou III (carcinoma in situ), que são as verdadeiras lesões precursoras da neoplasia maligna do colo do útero <sup>29</sup>.

O HPV é a causa principal da NMCU, no entanto outros fatores contribuem para o aumento do risco do desenvolvimento da doença. Eles estão relacionados ao estado imunológico, presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV), carência nutricional, genética e comportamento sexual, podendo influenciar a persistência ou não da infecção ou a evolução de lesões precursoras.

A imunossupressão e o tabagismo diminuem as células de Langherans facilitando as infecções virais e acelerando o desenvolvimento de neoplasias;

O início precoce da vida sexual e a multiplicidade de parceiros aumentam as chances de contaminação. O uso de pílula anticoncepcional por longo período, facilita a contaminação por HPV pelas alterações hormonais provocadas<sup>30</sup>.

O uso do preservativo masculino não previne a infecção, pois possibilita o contato com áreas passíveis de serem infectadas. O preservativo feminino aumenta a área de cobertura e isola a vulva do contato com o parceiro, desde que usado desde o início da relação, permitindo uma prevenção parcial mais eficaz do que o preservativo masculino. Segundo Inca a prevenção primária da NMCU se faz pela diminuição do contágio pelo HPV <sup>28</sup>.

Com o objetivo de reduzir a incidência da NMCU no Brasil nas próximas décadas duas estratégias foram articuladas. A primeira foi à continuidade da realização do exame de Papanicolau em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual. A periodicidade é anual e após dois anos com resultados normais deve repetir o exame somente 3 anos depois <sup>28</sup>.

A segunda estratégia foi inclusão da vacina contra o HPV no calendário vacinal pelo Ministério da Saúde em 2017. A aplicação será em meninas de 9 a 14 anos, meninos de 12 e 13 anos e crianças e jovens de 9 a 26 anos vivendo com HIV/AIDS. Esta vacina protege contra os subtipos 6, 11 causadores de verrugas genitais e os oncogênicos 16 e 18.<sup>24,30</sup> Nas meninas, o principal foco da vacinação é proteger contra a neoplasia maligna do colo do útero, vulva, vagina e ânus; lesões pré-cancerosas; verrugas genitais e infecções causadas pelo vírus.

A modernização e eficácia do tratamento têm aumentado às chances de cura e o número de sobreviventes a NMCU. Os profissionais de saúde e pesquisadores têm investido em questões relacionadas ao controle da doença, qualidade de sobrevivência e efeito do tratamento para promoção de uma sobrevivência mais saudável <sup>32</sup>.

Os tratamentos variam de procedimentos conservadores como a retirada de lesões precursoras, até tratamentos radicais e complexos como histerectomia ampliada e / ou radioterapia associada à quimioterapia. A indicação do tratamento é orientada pelo estadiamento da FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics), considerando o tipo histológico, idade, condição clínica, desejo e possibilidade de engravidar <sup>25,33</sup>.

A sobrevida é influenciada pelas características de malignidade, estadiamento e acesso ao tratamento eficaz, sobretudo na fase inicial da doença<sup>22</sup>.

O estadiamento é a forma de identificação da fase em que a doença se encontra e tem classificação padronizada de forma internacional. A FIGO, usa como parâmetro para classificação o tamanho do tumor, sua extensão na pelve, extra pelve e a distância, fornecendo informações para o planejamento da intervenção de controle da doença. A classificação é simbolizada por números romanos em ordem crescente de graduação e letras A e B para diferirem estádios semelhantes com especificidades distintas<sup>34</sup>.

Os tratamentos são empregados de forma adjuvante, neoadjuvante e paliativos. A adjuvante é utilizada após outra terapia para exterminar células residuais locais e distantes, neoadjuvante indicada para redução parcial do tumor quando há indicação de complemento terapêutico, o paliativo tem a finalidade de diminuir sinais e sintomas e proporcionar melhor qualidade de sobrevida<sup>33, 35</sup>. As modalidades terapêuticas usadas para NMCU são quimioterapia, radioterapia e cirurgia.

A quimioterapia é um tratamento com agentes químicos antineoplásicos que interferem no ciclo reprodutivo das células, provocando morte celular, chamado de efeito citocida ou falha na replicação, efeito citostático. O antineoplásico não faz distinção entre células malignas e sadias ocasionando danos celulares e efeitos colaterais e variam de pessoa para pessoa. No entanto, as células sadias são capazes de autorreparação podendo reverter o quadro. A quimioterapia pode ser administrada por via oral, subcutânea, intramuscular, intra-arterial, intratecal, intraventricular, intraperitonal, intravesical e intravenosa<sup>36</sup>.

A cisplatina (CDDP), quimioterápico usado no tratamento de NMCU é administrada por via intravenosa. Os ciclos de quimioterapia são administrados em período concomitante com as aplicações radioterapia. Os efeitos adversos causados pelo CDDP são mielossupressão, náusea, vômito, alteração do paladar, ototoxicidade, hiperuricemia, neurotoxicidade, reação de hipersensibilidade, hipomagnesemia, hipocalcemia e neuropatia pélvica sendo a nefro toxicidade a mais freqüente e severa <sup>35, 36</sup>.

A radioterapia é uma modalidade de tratamento cujo agente terapêutico é a radiação ionizante, ou seja, aquela que, em razão de suas características físicas, tem a capacidade de promover ionização no meio onde incide. A ionização no interior da célula promove alterações de macromoléculas indispensáveis a funções vitais, levando a célula à morte. É empregada no tratamento de tumores sólidos, localizados ou regionalizados no modo teleterapia e braquiterapia <sup>2</sup>. A teleterapia ou radioterapia externa é aquela que emprega uma fonte externa, colocada de 20 cm a 1 m de distância do paciente, através de um aparelho emissor de radiação, o acelerador linear. No caso do NMCU tem o propósito de tratar os vasos linfáticos pélvicos, diminuir o volume tumoral, facilitar a radioterapia intracavitária, promover a diminuição da dor pélvica e do sangramento. A teleterapia possibilita a recuperação do estado geral e atua de maneira profilática nas áreas subclínicas <sup>37</sup>.

A braquiterapia é uma modalidade de radioterapia em que a fonte radioativa é colocada em contato direto ou a uma distância muito próxima do tecido tumoral<sup>37</sup>. Permite que uma dose elevada de radiação seja liberada ao tumor com proteção das estruturas vizinhas. No tratamento do NMCU a aplicação é feita através do canal vaginal. A braquiterapia tem a finalidade de reduzir e inativar as células tumorais. Pode ser realizada de forma exclusiva ou associada à teleterapia <sup>36, 37,38</sup>

O tratamento gera efeitos adversos causados pela irradiação de áreas sadias adjacentes à irradiada. As áreas mais atingidas são ovário, útero, vagina, vulva, pele, intestino, vias urinárias e mais raramente ossos e sistema hematológico. O reto, vagina e bexiga são as áreas onde há maior frequência de efeitos adversos <sup>39</sup>.

Os efeitos adversos decorrentes da radioterapia são caracterizados por alterações orgânicas em órgãos da pelve feminina como estenose do canal vaginal, cistite e retite actínica com incontinências, radiodermite entre outras. Estes efeitos provocam alterações da imagem corporal e autoestima que afetam a qualidade de vida após o tratamento interferindo no aspecto social, relacionamentos afetivos e sexuais <sup>39</sup>.

Os tipos de cirurgia variam de acordo com o estadiamento desde a retirada do colo do útero até a retirada total do útero, trompas, ovários e linfonodos pélvicos. Os tipos de cirurgias empregados são conização, hysterectomia via vaginal tipo I, hysterectomia abdominal tipo I, II e III, traquelectomia e exenteração pélvica. As classificações seguem critérios relacionados às áreas anatômicas extirpadas no procedimento.

A conização consiste na retirada parcial da área do colo do útero que contém a lesão precursora em forma de cone. A hysterectomia simples, tipo II, hysterectomia com remoção de metade dos paramétrios e ligamentos útero sacra, com ressecção do terço superior da vagina, tipo III hysterectomia com remoção completa dos paramétrios e ligamentos útero sacros e o terço superior da vagina. Na hysterectomia tipo IV há remoção de todo o tecido periuretral, artéria vesical superior e três quartos da vagina e no tipo V, hysterectomia com remoção da porção distal dos ureteres e bexiga <sup>35,40</sup>.

As cirurgias podem ser complementadas por radioterapia em caso de margens cirúrgicas comprometidas com células malignas e em outros casos selecionados <sup>36,42</sup>.

A associação da cirurgia com outras modalidades de tratamento, como a quimioterapia e a radioterapia, tem o objetivo de contribuir para o aumento da sobrevida, como também do intervalo livre de doença visando à melhora da qualidade de vida da paciente<sup>40, 41</sup>.

No tratamento cirúrgico, os danos causados aos tecidos sadios ocorrem devido a exérese de órgãos ou estruturas de sustentação e de fisiologia compartilhada com outros órgãos ou sistemas. A histerectomia do tipo III é o tratamento que, com maior frequência, causa danos tardios. Pode ocorrer, bexiga neurogênica que provoca sensação de ausência da necessidade de urinar e retenção urinária. Isto ocorre devido à manipulação da enervação dos ureteres e bexiga durante a dissecação para extirpação do tecido celular subperitoneal, paravesical e para retal. Pode ainda ocorrer fístula urinária, intestinal e disfunção sexual <sup>40,42</sup>.

Os danos sexuais de ordem biológica são causados, pela supressão de hormônios ovarianos, diminuição da lubrificação vaginal e a redução do comprimento e elasticidade da vagina. Os fatores psicológicos envolvidos nos efeitos que a histerectomia tem sobre a função sexual estão relacionados a remoção de órgãos e são de difícil identificação <sup>31, 32,43,44</sup>.

O plano terapêutico indicado no estadiamento inicial é o cirúrgico (estádios IA2, IB1 e casos selecionados no estágio IIA). Estádios avançados como II B, III, III A, III B e IVA são tratados com radioterapia exclusiva, radioterapia com quimioterapia concomitante ou radioterapia neoadjuvante à cirurgia <sup>45</sup>.

A estimativa de sobrevida em 5 anos (60 meses) está associada ao estadiamento em que o tratamento se iniciou. A estimativa de sobrevida nos estádios IA é de 98% a 100% o que equivale a 58 a 60 meses; o IB tem de 85% a 90% ou 51 a 54 meses; no estadiamento II a sobrevida é de 39 meses; no III a sobrevida é de 21 meses e no estágio IV de 9 meses. Esta estimativa não contempla as subdivisões do estadiamento <sup>45</sup>.

Quanto menor o tempo estimado de sobrevida, pior é qualidade de vida devido à evolução da doença e a severidade do tratamento. O início do tratamento no estadiamento inicial da doença é fator determinante para uma sobrevida de qualidade e em fase tardia para o início de uma jornada de danos biológicos, emocionais e sociais muitas vezes irreversíveis <sup>28,46</sup>.

Cabe aos governantes o papel de administrar os recursos públicos, de forma a proporcionar um sistema de saúde que ofereça serviços de qualidade e garanta a estas mulheres atendimento em tempo adequado para uma sobrevida sadia, já que se trata de uma doença de evolução lenta e de fácil prevenção.

## **2. 2 Política de saúde**

### **2.2.1 Acesso**

As esperas por atendimentos dos mais simples aos mais complexos figuram na mídia e no cotidiano social como causas de agravos a saúde e risco de morte. O problema vigente tem sua centralidade no acesso aqui considerado como a chegada do usuário ao um sistema de saúde. Nele o usuário deverá ser capaz de suprir a necessidade buscada e garantir seu livre trânsito nos demais níveis de complexidade da atenção <sup>47</sup>

O termo acesso nos remete a possibilidade de entrada, uso, aquisição ou participação de algo e inspira autores a elaboração de conceitos pertinentes a contextos específicos e amplos. Na área da saúde o termo é conceituado com base em teorias, pensamentos, políticas e sistemas.

A compreensão do termo relacionado a área de saúde imbrica-se com o conceito de sistema de saúde, conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais relacionadas à saúde de uma sociedade. A efetividade deste sistema se dá por meio de organização, regras e serviços que culminam com o acesso.

Um conjunto de características compõe e interferem no acesso aos serviços de saúde e são destacados no contexto de sistema de saúde de forma diferenciada de acordo com a política vigente, economia, cenários locais e internacionais em que o assunto se insira.

O uso dos serviços de saúde são geralmente iniciados pelo indivíduo e seguidos por ações profissionais. Assim sendo, as bases conceituais são oriundas do indivíduo e serviços com características de ambos<sup>48</sup>.

Uma revisão sobre acesso conduzida por Sanchez (2012)<sup>49</sup> mostra as variações da complexidade do termo definido por autores de épocas e contextos diferentes. Aday e Andersen, (1974)<sup>50</sup> basearam-se em população, disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde; McIntyre e Mooney, (2007)<sup>51</sup> liberdade para uso do serviço considerando nível educacional, cultural, social, econômica e nível de informação. Penchansky e Thomas, (1981)<sup>52</sup> indicadores de saúde como satisfação do cliente, grau de interação entre cliente e sistema de saúde e Ronald e Newman, (2012)<sup>53</sup>, utilizam características populacionais envolvendo renda, plano de saúde, atitude frente ao cuidado e estrutura social ou das instituições de saúde. Esta abrangência evidencia os fatores que estão associados ao termo e que

influenciam no acesso aos níveis de atenção a saúde, possibilitando a criação de novas categorias associadas à dinâmica evolutiva dos sistemas de saúde.

Nesse contexto, Donabedian, (1973)<sup>54</sup> inseriu o termo acessibilidade para o qual considera os aspectos sócios organizacionais e geográficos contemplando a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo no acesso à saúde. Desta forma inclui tempo, o espaço e distância dos serviços em relação aos usuários como variáveis na avaliação da acessibilidade, relacionando-as a oferta de serviço e não apenas a disponibilidade de recursos em determinado espaço de tempo (Hortale, 2000)<sup>55</sup>. Este termo traz proximidade com os fundamentos do SUS no que se refere a regulação, onde o acesso é meta básica a ser atingida, com o desafio de vencer barreiras, geográficas e de oferta de serviço, com igualdade e universalidade.

Ao comparar sistemas de saúde Contandriopoulos, (1990) sugere a categoria acesso como uma das dimensões a ser analisada.

Para ele *“a análise da dinâmica do sistema de saúde e das características específicas dos serviços de saúde leva a definir as características que são comuns a todos os sistemas de saúde, ou seja, as ‘rigidezes’ incontornáveis’ que constituem o esqueleto da organização de todos os sistemas de saúde, assim como os elementos que levam ao crescimento desses sistemas e os que permitem controlá-lo”*<sup>56</sup>. Estas “rigidezes” expressas no SUS por processos inflexíveis limitam e afastam a possibilidade de humanização em casos específicos que se não adequam aos processos estabelecidos. Como por exemplo, nos casos de demora de resultados de biópsia para ingresso nos sistemas de regulação quando a usuária apresenta sintomas agudos que fortemente sugestivos de câncer.

O autor defende o sistema de saúde universal, público com organização e funcionamento descentralizado. Aspectos relacionados às políticas instituídas podem ser inseridos no que Conrandiopulos se refere como rigidezes incontornáveis e peculiares nos sistemas de saúde de pública<sup>57</sup>.

A Política Nacional de Humanização no Brasil foi criada em 2003. É uma política transversal que supõe necessariamente, que sejam ultrapassadas fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.

Foi instituída para uma abordagem do usuário de forma ética, comprometida com o resultado e aliada as suas necessidades é fundamental na interação usuário e profissional. Para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Para o Ministério da Saúde (2010), *"Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários"* <sup>58,59</sup>.

Hortale (2000) numa organização de categorias de valores norteadoras do acesso destaca a instância central e local e a da população/usuários. Na instância central/local por se dar oportunidade de observação e avaliação das necessidades e valores sociais, para adequação de escolhas e estratégias de

forma coerente e responsável para atingir os objetivos dos serviços em determinada população. Na instância população/usuários se verificam os fatores socioculturais, atitudes, crenças, orientações pessoais sobre saúde legitimando o processo. A avaliação da operacionalização do acesso considerando os subsistemas de decisão, operação e informação podem contribuir para atualização dos sistemas de saúde na busca de melhorias que adequem - se as necessidades centrais e locais<sup>56</sup>.

Donabedian (1990) desenvolveu um modelo conceitual para análise de serviços de saúde e avaliação de qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados é organizada em três categorias, estrutura, processo e resultado. Onde estrutura se refere a recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica; processo a atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos e resultado, onde a análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo e o resultado, é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (Donabedian, 1980)<sup>60</sup>. Este modelo foi ampliado criando categorias específicas de análise qualitativa e abrangente do ponto de vista do acesso e da acessibilidade o que chamou de “sete pilares da qualidade”: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade <sup>61</sup>.

A eficácia é a capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar considerando o estado do paciente e as circunstâncias em que se dá o atendimento relacionado a estrutura disponível para tal.

A efetividade é a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Assim ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade é o grau em que o cuidado empregado atinge o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

A otimização está relacionado a razão custo / benefício na medida em que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” *úteis* *perdem a razão de ser*.

A aceitabilidade é o sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

A legitimidade ou aceitabilidade do cuidado é a forma como uma comunidade ou sociedade vê um serviço de saúde, considerando a efetividade dos resultados nele alcançados.

*A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade* <sup>59</sup>. A equidade é o princípio da distribuição igualitária do cuidado e do acesso ao mesmo de forma justa com mesmos critérios de ingresso e de seus benefícios entre os membros de uma população.

O conceito de acesso suscita discussões, desafios, conceitos e evoca questões relacionadas a desigualdade, equidade, justiça social, conceito de saúde, utilização de serviços e qualidade dos mesmos nos mais diversos contextos sociais.

A disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação foram definidas por Mooney e Thiede in Sanchez<sup>47</sup> como as principais dimensões do acesso.

Para Sanchez, a disponibilidade é a natureza do serviço prestado e a percepção dos usuários. Capacidade de pagamento é a relação entre custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e informação que é transversal as anteriores, é a base para interação, participação e empoderamento do usuário quando eficaz<sup>47</sup>.

Um denso e diversificado percurso norteia a definição do termo acesso e traz embasamento para seu significado e aplicabilidade. Ao considerar as definições do termo no período de 1973 até os dias de hoje percebe-se grande influência desta base teórica no significado de acesso utilizado para o sistema de saúde brasileiro.

Em 1973 Donabedian, considera aspectos sócios organizacionais e geográficos, condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo no acesso à saúde com a inclusão do termo acessibilidade. Em 1974 Aday e Andersen concordam com a população como base do sistema de saúde. Em 1980 Donabedian desenvolveu um modelo conceitual para análise de serviços de saúde e avaliação de qualidade dos cuidados organizada em estrutura, processo e resultado. Penchansky e Thomas em 1981 trazem outros aspectos a esta visão com a criação de indicadores de saúde como satisfação do cliente, grau de interação entre cliente e sistema de saúde.

Dez anos após Donabedian em 1990 amplia o modelo criado em 1980, para um conjunto de aspectos específicos relacionados a acessibilidade, incluindo eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. No mesmo ano Contandriopoulos ao comparar sistemas de saúde sugere a categoria acesso como uma das dimensões a ser analisadas e defende o sistema de saúde universal, público com organização e funcionamento descentralizado. A este aspecto denominou de “rigidezes”, “incontornáveis” peculiares ao sistema de saúde pública.

Em período paralelo ao aprimoramento das teorias sobre acesso a saúde, no Brasil a história da saúde pública passava por transformações geradas pela metodologia de acesso com marco neste relato do ano de 1967. Nesta época o acesso aos serviços de saúde gerenciados por empresas, passou a ser controlado por entidades sindicais. O governo, no entanto, não cobria a demanda da população e usava entidades públicas para cobri-las gerando grandes gastos. Para controle financeiro foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Neste sistema a assistência prestada era para trabalhadores com carteira assinada e não havia foco na prevenção <sup>64,62</sup>.

Seguiu-se então, a transição democrática e nesta época foram criados Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) culminando com a criação de um subsistema privado de saúde suplementar e do Sistema Único de Saúde, SUS, o sistema de saúde público brasileiro, um dos maiores do mundo.

O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988 e segundo o artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde 8080 de 1990<sup>63</sup> é constituído

pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

O SUS oferece à população assistência à saúde gratuita na atenção primária, secundária e terciária em rede. Tem como um dos seus propósitos se ocupar com todos os aspectos da qualidade, acessibilidade, avaliação e emprego de cuidados de saúde com responsabilidade, integralidade e universalidade <sup>64</sup>.

O conceito de rede remete a várias concepções e significados, estando presente em quase todos os sentidos a idéia de conexão, entrelaçamento e comunicação. Quando um serviço de saúde está integrado a uma rede, deve-se compreender que ele não conseguirá sozinho resolver as demandas que chegam a seu serviço. O serviço conta com outros serviços de saúde e estrutura de apoio. No entanto, para aplicação do sistema a uma população é preciso basicamente conhecer o perfil epidemiológico regional e social bem como os recursos necessários para resolução de problemas nelas identificados <sup>47,65</sup>.

### **2.2.2 POLITICA DO SUS EM ONCOLOGIA**

Para o cuidado do câncer o Ministério da Saúde propõe caminhos para o desafio da cobertura e do acesso através da portaria nº 874 de 16 de maio de 2013<sup>11</sup> que 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).

A lei confere responsabilidades para as esferas de gestão pública organizada por eixos básicos de promoção da saúde; prevenção do câncer; vigilância, informação, monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e tecnologia; educação; e comunicação em saúde, fundamentada no controle do câncer em todo o território nacional de maneira gratuita e igualitária. Nesse sentido esforços são realizados para o avanço, fortalecimento e ampliação da cobertura desta rede no território nacional, sobretudo para os mais pobres onde a população depende quase que exclusivamente do SUS.

Todas as esferas de gestão devem garantir que todos os serviços de atendimento oncológico tenham estrutura adequada para oferecer o cuidado necessário com uso de tecnologia recomendada por órgãos governamentais após avaliação, bem como garantir o financiamento tripartite de acordo com seus encargos; adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria; estabelecer o acolhimento e a humanização da atenção com base em um modelo centrado no usuário e efetuar parcerias governamentais, privadas, populares e até internacionais para contribuição da execução desta política <sup>66</sup>.

Ao município cabe a responsabilidade relacionada à atenção básica que através das secretarias. As secretarias têm como atribuição a análise dos dados de prevenção e de serviços prestados, pactuação das linhas de cuidado, regulação do fluxo de usuários para garantir a referência e contrareferência regional de acordo com a estrutura disponível.

A esfera federal, Ministério da Saúde do Brasil (MS) cabe a elaboração dos protocolos clínicos, da linha de cuidado, das diretrizes de tratamento, prevenção, controle e credenciamento de estabelecimentos assistenciais nesta área. O MS vem investindo na mudança de aquisição de novos fármacos, ampliação do parque de radioterapia, aumento da oferta de tratamento e na capacitação de profissionais. O Sistema de Informação do Câncer (Siscan)

registra os casos de câncer diagnosticados e tratados no SUS, constituindo-se em uma ferramenta para o planejamento <sup>64,67</sup>.

Dificuldades como, horário de atendimento e localização do serviço limitam a universalidade e integralidade do atendimento <sup>61</sup>. O perfil feminino brasileiro atual é de população trabalhadora que sai de casa muito cedo e retorna após 18 h quando os atendimentos da rede ambulatoriais públicas estão fechados e não são disponibilizados aos sábados.

A acessibilidade está relacionada a aspectos geográficos, tais como proximidade aos serviços funcionais, qualidade, horário e oferta dos serviços. Os aspectos culturais e econômicos como custo embutido na busca ao serviço gratuito no SUS, passagem, alguém que fique com os filhos, lanche para grandes esperas entre outros devem ser considerados na avaliação do acesso <sup>60,65</sup>.

Os serviços de saúde estão diretamente ligados às condições de vida, habitação, nutrição, educação e renda. Estudos sobre adesão ao exame de prevenção ao neoplasia maligna do colo do útero, por exemplo, concluem que há necessidade de fortalecimento de vínculos com serviços de saúde para o aumento da adesão. Países em desenvolvimento utilizam estratégias como gerentes de casos, contato telefônico, carta convite, atividades educativas, divulgação na mídia, parcerias, rastreamento de base populacional e múltipla estatísticas com êxito na adesão <sup>68</sup>.

## **Regulação**

No Brasil como estratégia para vencer o desafio da garantia da oferta de serviços e da organização da distribuição de vagas respeitando a universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde foi implementada a Regulação no SUS, estabelecida pela Lei 8080, de 1990. A regulação tem

como objetivo organizar em todo o país as ações de saúde obedecendo às diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A implementação de Centrais de Regulação inicialmente não definia uma estratégia que contemplasse todo o SUS. Assim foi instituída uma Norma Operacional de Assistência a Saúde, a NOAS/SUS/01, para organizar a regionalização incluindo a regulação assistencial como estratégia de acesso aos serviços de saúde para garantia de fluxos intermunicipais.

O Ministério da Saúde define a regulação como acesso aos serviços de assistência a saúde utilizando-o como ferramenta de gestão para otimizar os recursos assistenciais disponíveis e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face a necessidade de atenção a assistência da população. O fluxo de encaminhamento entre níveis de atenção se dá por meio de desse sistema. Da regulação constam de atividades, estratégias e instrumentos necessários a contemplar ações relacionadas a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A porta de entrada para o tratamento de câncer é a atenção básica deste ponto procedem as referências a outros níveis de atenção considerando fluxo de atenção necessário a cada caso. No caso do NMCU após suspeita detectada na unidade básica de saúde, o caso é inserido no Sistema de Regulação (Sisreg) para referência ao nível secundário onde haverá exames diagnósticos e tratamento de lesões precursoras. Em casos de NMCU será referenciada do nível secundário atenção terciária para confirmação diagnóstica e tratamento. A coordenação do Sisreg pertence a Central Estadual de Regulação. O sistema permite interação entre os níveis de atenção facilitando a operacionalidade das linhas de cuidado padronizando a disponibilidade de vaga<sup>69</sup>.

A adoção do modelo de linhas de cuidado permite ações específicas para determinada doença incluindo promoção, prevenção, diagnóstica e tratamento provocando aproximação com as necessidades dos usuários considerando a subjetividade da produção do cuidado e a singularidade de cada indivíduo e de cada território.

Entende-se como Linha do cuidado a organização dos fluxos assistenciais traçados pela rede de saúde, com a finalidade de atender as necessidades do usuário acometido de uma enfermidade específica fundamentado na história natural da mesma e tem a finalidade de assegurar abordagem adequada a cada fase da doença.

De acordo com OMS os níveis de hierarquização assistencial são classificados em primário secundário e terciário. No nível primário ocorrem às ações de baixa complexidade como prevenção, diagnóstico precoce, atividades educativas populacionais e profissionais e divulgação de informações sobre doença. As duas últimas ações são denominadas, de promoção à saúde que são aplicados a população sadia. No nível secundário ocorrem às ações são de média complexidade, como a confirmação diagnóstica diferencial e o tratamento de doenças que não ocorrem no nível primário e terciário. No nível terciário ocorre o tratamento especializado de alta complexidade da doença, agravos e a reabilitação <sup>70, 71,72</sup>.

O envelhecimento da população mundial propiciou o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis entre elas o câncer. No Brasil o Ministério da Saúde vem investindo em diretrizes com intuito de atingir a assistência a esta clientela, a Portaria nº 3.535/GM, de 2 de setembro de 1998, definiu critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, atribuindo às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos

municípios o estabelecimento dos fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer <sup>73,74</sup>.

No SUS os serviços de atenção primária ocorrem em Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da família, Serviços de ginecologia ambulatorial. Os rastreamentos oportunos ocorrem durante atendimento em hospitais gerais, pronto atendimento e de outras especialidades. A iniciativa privada, Ongs e serviços filantrópicos atuam de forma não sistematizada nestas frentes <sup>75,76</sup>.

Na atual política de saúde a lei assegura que haja um período temporal de 60 dias entre o diagnóstico de doença oncológica e o início do tratamento, o que demonstra responsabilidade e compromisso governamental com esta causa<sup>13</sup>. O papel da atenção primária é primordial para diminuição da incidência do NMCU. É possível que o período que antecede o diagnóstico contenha elementos determinantes do início do tratamento em estadiamento avançado.

### **Linha de cuidado da Neoplasia maligna do colo do útero**

Com o intuito de promover um plano para o acompanhamento padronizado de ações relacionadas a prevenção e tratamento de NMCU foi estabelecida uma linha de cuidado.

No nível primário inicia com a promoção da saúde com educação a saúde, capacitação de profissionais, divulgação de dados referentes ao NMCU e vacinação contra o HPV. Segue com a prevenção anual sistematizada em forma de rastreamento em mulheres entre 25 a 64 anos. Esta ação tem o objetivo viabilizar a identificação de mulheres assintomáticas com citologia alterada através do exame Papanicolau. Nesta fase há maior possibilidade de cura das lesões precursoras.

No nível secundário ocorre promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento de lesões precursoras. Há confirmação diagnóstica de lesões precursoras que são neste nível acompanhadas e tratadas com cirurgia de alta frequência ou conização de acordo com o grau da lesão em hospitais e ambulatórios estruturados para este fim. Ocasionalmente Cacons, Unacons fazem acompanhamentos e tratam essas lesões de acordo com a área de cobertura regional.

Para os casos de lesões precursoras o nível secundário é o nível de atenção propício para o controle da lesão e pela prevenção de agravamentos da mesma considerando fatores biológicos, ambientais, comportamentais e econômicos que contribuem para evolução ou da doença. Ainda no nível secundário se houver confirmação de lesão invasiva, ou seja, o neoplasia maligna do colo do útero propriamente dito a mulher deverá ser encaminhada para uma unidade do Centro regulador Municipal para ser que uma solicitação de atendimento em nível terciário seja incluído no Sistema eletrônico de agendamentos consulta do estado<sup>16, 70,77</sup>.

No nível terciário ocorre a indicação e o tratamento do câncer. Neste nível de atenção são realizadas confirmações diagnósticas e tratamento em Unidades Assistenciais de Alta Complexidade (Unacon), Centro de alta complexidade (Cacon), Serviços Isolados de quimioterapia e Serviços Isolados de radioterapia.

Os Unacons possuem estrutura técnica, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (cirurgia geral / proctologia, ginecologia / mastologia e urologia)<sup>15,35</sup>. Os Unacons que não oferecem

tratamento radioterápico têm referências formais estabelecidas para encaminhamento dos doentes que necessitam deste serviço <sup>73,75</sup>.

Os Cacons são hospitais que possuem estrutura técnica, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Os Cacons oferecem tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar.

Os serviços isolados de quimioterapia ou de radioterapia são clínicas que oferecem tratamento quimioterápico ou radioterápico complementar as Unacons e Cacons. Os pacientes encaminhados para estes serviços devem estar vinculados, de acordo com a rede planejada pelo gestor, a uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia ou Cacon, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global no conjunto dos casos <sup>73,76</sup>.

No caso do NMCU o conhecimento científico da história natural da doença possibilitou a elaboração de um programa nacional envolvendo todos os níveis assistenciais da promoção até a reabilitação.

As secretarias estaduais de saúde são atribuídas a coordenação, implantação e desenvolvimento de planejamentos regionais, supervisão e apoio aos municípios as linhas de cuidados específicas para doenças que possuem linhas definidas como o neoplasia maligna do colo do útero.

A linha do cuidado para o NMCU inicia na atenção básica, termo mundialmente conhecido como sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde regional, individual e comunitária, permanente e sistematizado, com ações preventivas e curativas. Esta linha na atual política de oncologia tem papel incisivo e decisivo no impedimento da evolução para

fase invasiva da doença, envolvendo a promoção, prevenção e rastreamento no nível primário onde é possível evitar a fase invasiva.

O Brasil tem dimensões geográficas continentais com diversidade climática, sociocultural, econômica e epidemiológica entre outras. As peculiaridades regionais exigem adequações para o cumprimento da regulação em saúde em contextos geoculturais diferenciados, sobretudo para contemplar áreas de pouco desenvolvimento onde há restrições na oferta de serviços.

Aspectos relacionados a dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo nos diversos níveis assistenciais correlacionando com o contexto social e biológico da população regional pode gerar diagnóstico tardio. Segundo o MS as definições de população-alvo, método, intervalo de rastreamento, meta de cobertura, infraestrutura nos três níveis assistenciais e a garantia da qualidade das ações são essenciais para eficácia do programa <sup>69, 71,73</sup>.

De acordo com a Secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro, o estado conta com 25 Unacons/Cacons, 03 serviços de radioterapia isolados em funcionamento, 02 hospitais de cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios que estão localizados em 08 das 09 regiões de saúde do estado (Quadro. 2).

**Quadro. 2** Estabelecimentos Habilitados para assistência oncológica no RJ por Município e tipo de habilitação em 2016

HABILITAÇÕES	CNES	ESTABELECEMENTOS	MUNICÍPIO
CACON	2280167	UFRJ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	RIO DE JANEIRO
CACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA E ONCOLOGIA	2273456	MS INCA HOSPITAL DO CÂNCER I	RIO DE JANEIRO
HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLÓGICA	12556	HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS	NITERÓI
HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLÓGICA	2269775	MS HOSPITAL DE IPANEMA	RIO DE JANEIRO
SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR	2268779	CENTRO DE TERAPIA ONCOLÓGICA SC LTDA	PETRÓPOLIS
SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR	3502651	RADIOCLIN SUL FLUMINENSE	VOLTA REDONDA
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	3477371	CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGÁ	NITERÓI
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2272962	RADIOISOTOPOS	NITERÓI
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2281821	INSTITUTO ONCOLÓGICO	NOVA IGUAÇU
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2269457	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANO J MACHADO CATETE	RIO DE JANEIRO
SERVIÇO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2269422	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANO J MACHADO SANTO CRISTO	RIO DE JANEIRO
UNACON	2278286	HOSPITAL SANTA IZABEL	CABO FRIO
UNACON	2287290	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIÊNCIA DE CAMPOS	CAMPOS DOS GOYTACAZES
UNACON	2275562	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	PETRÓPOLIS
UNACON	2296241	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	RIO BONITO
UNACON	2269384	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	RIO DE JANEIRO
UNACON	2295415	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFREE E GUINLE	RIO DE JANEIRO
UNACON	2295423	MS HOSPITAL GERAL CARDOSO FONTES	RIO DE JANEIRO
UNACON	2292386	HOSPITAL SÃO JOSÉ	TERSÓPOLIS
UNACON	2273748	HUSF HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE	VASSOURAS
UNACON	25186	HINJA	VOLTA REDONDA
UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA	12505	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO	NITERÓI
UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	2273599	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	2287285	HOSPITAL DR BEDA	CAMPOS DOS GOYTACAZES
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	2287447	HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIN	CAMPOS DOS GOYTACAZES
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA E HEMATOLOGIA	2280051	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA	BARRA MANSA
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA E HEMATOLOGIA	2269783	UERJ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2269899	HOSPITAL MARIO KRÖEFF	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2273462	MS INCA HOSPITAL DO CÂNCER II	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	2278855	HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ	ITAPERUNA
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA HEMATOLOGIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA	2269988	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	RIO DE JANEIRO
UNACON E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITALAR PORTE A	2269821	MS INCA HOSPITAL DO CÂNCER III	RIO DE JANEIRO
UNACON EXCLUSIVA DE HEMATOLOGIA	2295067	SES RJ INST ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	RIO DE JANEIRO

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro-Plano estadual de atenção oncológica, maio, 2017.

O Estado do Rio de Janeiro concentra os serviços de oncologia na capital o que gera uma confluência de oferta de serviços em detrimento dos

demais municipais. Nenhuma das regiões possui oferta de atendimento integral, gerando interdependência e necessidades complementares entre as regiões. Este fato levou a adequação da regulação em saúde / oncologia neste estado justificado pela necessidade de otimização do fluxo de maneira igualitária<sup>17</sup>.

O tratamento radioterápico no estado do Rio de Janeiro está incluído no Sistema Estadual de Regulação (SER) como um tratamento específico descentralizado dos demais. Por decisão judicial, desde julho de 2015 todos os pacientes tratados em hospitais localizados no município do Rio de Janeiro que necessitem de radioterapia devem ser cadastrados em fila única no Sisreg. Cabendo exclusivamente ao cabendo ao gestor municipal providenciar o agendamento das avaliações iniciais destes pacientes junto aos prestadores de radioterapia <sup>20</sup>. A decisão teve como finalidade reduzir o tempo médio de espera pela radioterapia no município da capital, em decorrência da insuficiência de vaga. A determinação do juízo da 15ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro resultou de Ação Civil Pública movida em conjunto pelos Ministérios Públicos, Federal e Estadual <sup>17</sup>.

Há um acordo para apoio entre municípios, a Programação Pactuada e Integrada, PPI, que foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território. Define e norteia a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI incorpora 5 linhas de cuidado programadas pelos municípios de acordo com os parâmetros de necessidade da atenção básica com a perspectiva da integralidade. Nelas são contempladas as linhas de cuidado para diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-natal, câncer de colo de útero e de mama <sup>80,81</sup>.

O rastreamento do NMCU em mulheres assintomáticas é fundamental para diminuição da incidência deste desfecho. Pesquisadores preocupados com o tema apontam que mulheres pobres têm maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde de maneira geral, devido a condições de vida precariedade do trabalho e baixo suporte da rede básica <sup>80,81</sup>.

A demora no agendamento do exame e do resultado se constitui em uma das razões do tratamento do NMCU iniciar em estadiamento avançado. Fatores relacionados com desmotivação, vergonha, distância, dificuldades para deixar pessoas incapazes que estão sob seus cuidados como filhos e idosos, além de dificuldades financeiras para transporte estão entre as causas da baixa adesão ao programa de prevenção <sup>63</sup>. Políticas públicas destinadas ao acesso ao tratamento de câncer no SUS consideram alguns desses fatores no seu conteúdo, porém na aplicabilidade existem alguns desafios a serem vencidos.

### **3. Material e Métodos**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

É um estudo de caso multicêntrico envolvendo os cinco municípios mais populosos do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

A escolha deste método é adequada para pesquisas de eventos onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas<sup>81, 82, 83</sup>. É adequado para pesquisa de avaliação do acesso a tratamento de saúde e do entendimento da causalidade<sup>84, 85</sup>.

#### **3.2 Estratégias metodológicas**

##### **3.2.1 Critérios de seleção**

###### **Atores**

Foram consideradas elegíveis mulheres com NMCU moradoras do estado do Rio de Janeiro nos cinco municípios mais populosos que tiveram o primeiro atendimento por oncoginecologista em Cacons no Rio de Janeiro, gestores, e oncoginecologistas envolvidos no processo que culminou com o atendimento das mulheres entrevistadas.

Foram consideradas inelegíveis as mulheres que apresentaram outro câncer concomitante, pois ocasionaria confundimento entre os sinais do NMCU e a outra neoplasia; menores de idade; portadoras de vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou outra doença autoimune, por apresentar evolução de lesão precursora para invasiva com mais rapidez.

Para eleição dos oncoginecologistas foi considerado que o médico fizesse parte do quadro permanente e estivesse atuando na instituição proposta para o estudo como oncoginecologista há no mínimo 5 anos.

Foram consideradas elegíveis para o estudo gestores que atuassem nos níveis de atenção a saúde primária, secundária e regulação dos municípios no estudo. Os mesmos foram identificados pelas Secretarias de municipais de saúde de cada município.

### **Municípios**

A opção pelos municípios mais populosos se deu pelo maior número de habitantes coincidirem com a maior demanda de atendimentos e expressar melhor o cotidiano do fluxo do acesso ao tratamento. Os municípios mais populosos do Rio de Janeiro em ordem decrescente são Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

O município do Rio de Janeiro é a capital do estado e a segunda metrópole do País. Diante da grande densidade demográfica e extensão geográfica entre outros fatores de origem administrativa o município é dividido em cinco áreas de planejamento (AP), algumas com subdivisões. As APs são compostas por regiões administrativas, formadas por um conjunto de bairros. Para este estudo foram selecionadas pacientes das APs, 3.1, 3.2, 3.3 e 5.1, 5.2, 5.3.\* por representarem 69% da origem do total de mulheres atendidas no campo de pesquisa. Nos demais municípios não há recorte por sub-regiões para o planejamento de atenção a saúde.

Estes municípios têm um alto número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos faixa etária de vigilância e rastreamento preconizada pelo Ministério da Saúde. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é acima de 0,700 considerado alto (Quadro 3)<sup>81,82</sup>. 1\*

---

<sup>1\*</sup>AP 3.1 - Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral; AP 3.2 - Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da

**Quadro 3.** Distribuição dos municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro quanto ao nº de habitantes, mulheres entre 25 e 64 anos e IDHM.

Município	Nº de habitantes	Nº de mulheres com idade entre 25 e 64 anos	Índice e Desenvolvimento Humano(IDHM)
<b>Rio de Janeiro</b>	6.320.446	1.855.425	0,799
<b>São Gonçalo</b>	1.040.000	293.522	0,739
<b>Duque de Caxias</b>	873.91	234.928	0,711
<b>Nova Iguaçu</b>	801.746	218.639	0,713
<b>Niterói</b>	495.000	148.326	0,837

Fonte: IBGE

### Campo de coleta

O campo de coleta foi o Cacon Instituto Nacional do câncer José de Alencar Gomes da Silva, Inca. O instituto possui cinco unidades hospitalares subdivididas por especialidades localizadas no município do Rio de Janeiro. O Hospital do Câncer I, HC I, que se localiza no centro da cidade do RJ, atende a maioria das especialidades, pacientes pediátricos e oferece serviço de radioterapia na modalidade teleterapia e braquiterapia; CEMO, Centro de Transplante de Medula Óssea localizado no prédio do HC I; Hospital do Câncer II, neste estudo doravante chamado de HCII onde este estudo foi desenvolvido, localiza-se no bairro do Santo Cristo. Presta assistências as especialidades de Ginecologia pélvica e Tecido Ósseo Conectivo, Hospital do Câncer III, situado no bairro de Vila Isabel atende Mastologia e tem serviço de teleterapia e

---

Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier,, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho; AP 3.3 - Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre; AP 5.1 - Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar; AP 5.2 - Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba; AP 5.3 - Paciência, Santa Cruz e Sepetiba)

braquiterapia; e o Hospital do Câncer HC IV também localizado em Vila Isabel especializado em cuidados paliativos para adultos que recebe pacientes das cinco unidades. Todos com central de administração de quimioterapia exceto o HCIV.

O HCII oferece serviço de tratamento cirúrgico, oncologia clínica (quimioterapia). Casos com indicação de radioterapia são encaminhados para central de regulação que referencia como critério o código de endereço postal e grau de prioridade e modalidade de atendimento. O critério para indicação do serviço é preferencialmente pela proximidade da residência das usuárias <sup>741,74</sup>.

A opção pelo Cacon Inca como campo de pesquisa se deu por oferecer todas as modalidades de tratamento para NMCU o que possibilitou a avaliação de mulheres em todos os estadiamentos em uma mesma instituição.

O Cacon em estudo possui 83 leitos destinados ao tratamento de câncer ginecológico e neoplasias do tecido ósseo conectivo, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, central de quimioterapia, pronto atendimento, unidade de diagnóstico por imagem com tomografia, RX e ultrassonografia, laboratórios de patologia clínica e de análise clínica. Conta com profissionais de saúde da área médica, enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social e fisioterapia, além de técnicos de enfermagem, farmácia, patologia, análise clínica, imagem entre outros.

A primeira consulta para usuárias com NMCU ou forte suspeita é realizada por oncoginecologista que faz anamnese, exame ginecológico, avalia exames trazidos pela usuária, autoriza a abertura do prontuário, indica o tratamento e solicita os exames necessários para confirmação do estadiamento e das condições clínicas para realização do tratamento. No caso de tratamento

radioterápico é inserido solicitação de radioterapia no SER pela secretaria do serviço de ginecologia na data da indicação do tratamento.

Após a avaliação médica a usuária é encaminhada para consulta de acolhimento com enfermeira, serviço social e convidada a participar do banco nacional de tumores. No acolhimento é esclarecida sobre os direitos e deveres do paciente de acordo com a cartilha de direito dos pacientes com câncer, fluxo de atendimento para o tratamento indicado, rotina hospitalar e orientações individuais a cada caso.

Para tratamentos cirúrgicos é realizado risco cirúrgico pelo anestesista e uma segunda avaliação com o oncoginecologista que indicou o tratamento junto com no mínimo mais dois médicos em um atendimento denominado de mesa redonda onde a cirurgia será definida e agendada após o consentimento legal do paciente.

Os fluxos de atendimento de consultas pré-tratamento são padronizados, com flexibilidade para atenção a necessidades biopsicossociais surgidas nesta etapa. Existem grupos de orientação para pacientes e familiares sobre os tratamentos a serem realizados, efeitos adversos e autocuidado específicos para cada tratamento.

### **3.2.2 Definição do tamanho amostral**

No ano de 2015 matriculou-se no ambulatório de ginecologia do Instituto Nacional do Câncer um total de 390 pacientes com NMCU procedentes dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói das quais 296 foram consideradas elegíveis para este estudo.

Para o tamanho amostral de mulheres com NMCU em tratamento no Cacon Inca foi considerado 40% das procedentes de cada um dos municípios mais populosos do RJ matriculadas no Inca no ano de 2015, perfazendo um total de 117 usuárias. O município de Niterói tinha número de usuárias insuficiente para análise. Para este município foram consideradas todas as 8 elegíveis encontradas. Do município do Rio de Janeiro participaram 65 usuárias, de São Gonçalo 18, Duque de Caxias 18, Nova Iguaçu 8 e Niterói 8.

Para o tamanho amostral de oncoginecologistas foi considerado 30% do quadro de servidores em um total de 8 médicos.

Para formação do tamanho amostral dos gestores da atenção de saúde primária, secundária e da Regulação foram entrevistados um representante de cada nível. Em alguns casos foram entrevistados profissionais indicados pelo gestor. Foram entrevistados um total de 15 gestores.

O tamanho amostral total, incluindo mulheres com NMCU em tratamento no Cacon Inca, oncoginecologistas servidores do Cacon Inca e gestores foram de 140 atores.

### **3.2.3 Estratégia de coleta de dados**

#### **Instrumento de coleta**

Foram utilizados três roteiros de entrevista semiestruturados para gestores, oncoginecologista respectivamente e um para usuárias associadas a um formulário específico para coleta de dados em prontuário.

Da entrevista semiestruturadas elaborada para mulheres com NMCU constaram variáveis relacionadas ao aspecto sociodemográfico, dados relacionados ao período compreendido entre o adoecimento, busca de confirmação diagnóstica e acesso ao tratamento na alta complexidade,

condições em que se deu o acesso, percepção do atendimento em todas as etapas e necessidades de sugestões para melhorias. O formulário para coleta de dados de prontuário continha variáveis relacionadas a presença ou não de sintomas na primeira consulta na alta complexidade. Para mensuração do dado foram utilizados os termos, sintomática e assintomática. Foram coletados dados sobre estadiamento e tipo de tratamento (anexo. 1)

Para a entrevista semiestruturada aplicada a oncoginecologistas foram elaboradas variáveis relacionadas ao estado geral; estadiamento e histórico de acesso das usuárias à primeira consulta na alta complexidade; ocorrência de dificuldades no acesso e suas possíveis causas; percepção da necessidade de mudanças no fluxo de acesso ao tratamento de NMCU no SUS e sugestões de melhorias; e autopercepção ao participar do processo de acesso e tratamento de NMCU no SUS.

Para melhor compreensão do primeiro acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero nos municípios do Rio de Janeiro (Áreas programáticas de saúde 3 e 5 e subdivisões), São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói foram feitas entrevistas com gestores ou profissionais indicados por eles na atenção primária, secundária e regulação de cada município. Do roteiro constavam perguntas relacionadas ao processo de acesso, características do cargo ocupado, local de atuação, atividade desenvolvida, processo de encaminhamento de mulheres com NMCU a alta complexidade, dificuldades no acesso, sugestões de melhoria e sentimentos despertados nesses profissionais ao participarem de parte do processo de acesso ao tratamento de NMCU no SUS (anexo 2 e 3).

### **Identificação e busca dos atores**

A identificação de mulheres elegíveis para o estudo foi feita através do censo de matrícula de 2015 no setor de triagem do Inca. Entre as matriculadas neste ano foi identificado as procedentes dos cinco municípios mais populosos do estado do RJ e verificado as próximas datas de consultas das mesmas na instituição. Na data da consulta foram abordadas na sala de espera e convidadas a participar da pesquisa utilizando como convite o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, TCLE (anexo 4), Após a obtenção do consentimento era procedido a entrevista em local reservado com ou sem acompanhante a critério da atora. A avaliação do prontuário de cada uma delas foi feito no arquivo médico. As que estavam dentro dos critérios considerados de elegibilidade para esta pesquisa foram incluídas no estudo.

Para identificação de oncologistas para participação nesta pesquisa foi realizada uma busca na Secretaria de Ginecologia do Inca para obtenção da relação de médicos servidores há no mínimo 5 anos, condição para participar do estudo. Os médicos elegíveis foram abordados e convidados a para participar usando como convite o TCLE, (anexo 5). Os que consentiram foram entrevistados em local privativo em horários agendados pelos mesmos.

Os gestores foram localizados através de contato com as Secretarias de Saúde dos Municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói e do Estado do Rio de Janeiro. Como pré-requisito para abordagem aos gestores foi exigido carta de anuência dos Secretários de Saúde dos cinco municípios para solicitar aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Na seqüência foram agendados encontros com os gestores onde

foram convidados a participar do estudo utilizando como convite TCLE (anexo 6) e procedido a realização ou agendamento da entrevista.

Foi utilizado o método de entrevista face a face para pacientes e oncoginecologistas, ambos em consultório disponibilizado pelo setor de ginecologia do Inca.

Gestores de Atenção Básica a Saúde responderam questionário face a face e via e-mail devido à indisponibilidade de agenda de um número reduzido de gestores, 3 (20%) para entrevista presencial.

Foram descritos dados de documentos públicos disponíveis sobre o tema.

### **3.2.4 Estratégia para obtenção dos objetivos**

Para analisar o acesso ao tratamento de NMCU no SUS/RJ foram elaborados objetivos específicos que foram alcançados através das seguintes estratégias metodológicas.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico utilizou-se dados relacionados a esta questão, extraídas da entrevista e do prontuário.

A identificação do estadiamento de NMCU foi obtido pelo registro do mesmo em prontuário na primeira consulta com oncoginecologista no Cacon Inca.

Para identificar os roteiros de acesso ao tratamento do NMCU mais prevalentes em cada município foi utilizado questionário semiestruturado com perguntas relacionadas ao local de consultas realizadas desde a descoberta da

doença até o ingresso na alta complexidade e dados de encaminhamentos e exames contidos nos prontuários.

Os dados sobre ocorrência de dificuldades no acesso ao tratamento de NMCU no SUS/RJ, bem como sugestões de melhorias na percepção de mulheres com NMCU em atendimento no Cacon Inca foram coletados através de entrevista com perguntas objetivas e no caso de respostas positivas foi solicitado a descrição das dificuldades e sugestões.

A percepção dos oncologistas sobre o estado geral na primeira consulta, de dificuldades no acesso ao tratamento no SUS e de necessidade de melhorias no acesso foi obtida através de entrevista. As questões relacionadas ao estado geral, estadiamento, histórico de acesso mais prevalente e sugestões de melhorias e através de dados de registros de prontuário na primeira consulta.

Para identificar as dificuldades no acesso ao tratamento de NMCU no SUS/RJ percebidas por gestores da Atenção primária, secundária e Regulação dos municípios em estudo, bem como possíveis sugestões para melhorias foi realizada entrevista com questões relacionadas a descrição da execução do fluxo da linha de cuidado para o NMCU em cada município e sugestões para cumpri-lo.

Para analisar as sugestões propostas pelos atores na pesquisa e para sistematizar o acesso ao tratamento de NMCU na rede SUS/RJ em estadiamento inicial, foram considerados nas respostas os nós críticos e a possibilidade de intervenção aplicando o planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus.

### 3.3 Análise

O acesso ao tratamento de câncer de colo de útero tem regulação federal e sua aplicabilidade é influenciada por uma seqüência de acontecimentos e processos interativos permeadas por tomada de decisão individual e em grupo, interpretações próprias, influência socioeconômica, nível educacional, cultural e político administrativo que se inserem no cotidiano do usuário, dos profissionais de saúde e na gestão<sup>88</sup>. Para analisar o acesso ao tratamento de NMCU na rede SUS nas cinco cidades mais populosas do estado do Rio de Janeiro, foram consultados os principais atores sociais envolvidos neste processo, médico especializado em câncer ginecológico, oncoginecologista do Cacon Inca e usuários e gestores de cada município.

Os resultados foram organizados na seguinte ordem dados obtidos em entrevista e prontuário de mulheres com NMCU em tratamento no SUS, entrevista com oncoginecologistas do Inca e gestores da atenção primária, secundária dos municípios no estudo e regulação estadual do Rio de Janeiro.

Para analisar o acesso do tratamento do NMCU no contexto do SUS nos municípios mais populosas do Rio de Janeiro foram considerados a organização do fluxo, dificuldades, referenciamento entre níveis e aspectos abrangentes envolvidos no contexto da gestão, dos profissionais de saúde e das usuárias.

Para análise das entrevistas foram utilizadas características envolvidas no conceito de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade, diretrizes do SUS e um modelo de enfrentamento de situações difíceis.

Para análise de sentimentos expressos no relato de usuárias sobre a descoberta da doença e percurso até ao atendimento na alta complexidade foi

utilizado o modelo Kubler -Ross (1926)<sup>101</sup>. A autora em estudo com pacientes terminais analisou os sentimentos do paciente e da família no processo de morrer e percebeu a ocorrência reações comuns diante recepção de más notícias relacionadas à saúde <sup>89</sup>.

As reações são semelhantes ao processo de luto que é fundamental no preenchimento do vazio deixado pela perda.

As entrevistas foram analisadas pela técnica análise de conteúdo e seguiram alguns passos: leitura flutuante do material, leitura em profundidade identificando-se as categorias indicadas pelo próprio roteiro: dificuldades no acesso identificadas pelos profissionais, gestores e usuárias, sugestões de melhorias, caracterização da linha de cuidado.

Os sentimentos apontados pelos entrevistados foram categorizados por expressões relacionadas a sofrimento, frustração, conquistas e desafios na participação da linha de cuidado do NMCU.

A análise de dados se deu por frequência das informações dos dados de perfil das pacientes entrevistadas e dos dados objetivos obtidos no prontuário como estadiamento, sinais e sintomas, tratamento indicado e tempo decorrido entre o resultado da biópsia e encaminhamento a regulação e deste até o primeiro atendimento por oncoginecologistas em oncologia.

Quanto aos dados referentes ao acesso ao tratamento de NMCU na rede do SUS fornecidos pelas usuárias foram analisadas com aplicação do PES. Para tal foram utilizadas informações das pacientes sobre a primeira consulta, intervalos e resolutividade entre os atendimentos subsequentes, condição em que se deu este acesso e sugestões contributivas para melhoria do acesso.

Foram descritos os dados referentes à identificação dos profissionais entrevistados, local de atuação, cargo e atividades desenvolvidas. As respostas relacionadas à forma como vêm o acesso ao tratamento de NMCU, nós críticos e as estratégias de enfrentamento relatadas na entrevista foram analisados com auxílio do planejamento estratégico situacional.

Para elaboração do fluxograma situacional foi utilizado o PES. É um método e uma teoria de planejamento estratégico público para gestão de problemas prioritariamente mal estruturados e complexos, sem soluções pré-estabelecidas ou normativas e foi utilizado de forma complementar na análise da situação estudada <sup>90, 91</sup>.

O PES contém ferramentas adequadas para identificar os problemas determinantes do início do tratamento de NMCU e fase avançada. Inclui a possibilidade de visão interativa e viabilidade considerando atores sociais e políticos no planejamento.

O componente comunicativo se torna relevante no planejamento para busca de legitimidade do dialogo entre os envolvidos e é ponto essencial para viabilizar o plano. Neste estudo o uso do PES possibilitou a compreensão de processos sociais, estruturais e individuais no acesso ao tratamento de NMCU no SUS <sup>92</sup>.

O planejamento estratégico situacional (PES) é um método e uma teoria de planejamento estratégico público para gestão de problemas prioritariamente mal estruturados e complexos, sem soluções pré-estabelecidas ou normativas<sup>91</sup>.

Os temas utilizados são os problemas públicos; é aplicável a qualquer órgão cujo processo central não seja exclusivamente o mercado, mas o

processo político, econômico, social. O planejamento é um processo técnico político resultante do diálogo de atores em interação, conflito, cooperação e alianças. É uma atividade de cunho nitidamente político, ou seja, de fazer valer os direitos dos cidadãos e o dever do Estado, conforme prevê a legislação, a constituição e tem aplicabilidade no contexto deste estudo

Os problemas têm causas multivariadas, por tanto o planejamento deve ser apoiado numa análise que contenha uma amplitude multissetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e devem envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas, nesta pesquisa foram utilizados opiniões de usuários profissionais e gestores de saúde do SUS<sup>98</sup>.

*A elaboração do PES é organizada em fases distintas com ações bem definidas e ordenadas. O primeiro momento é o explicativo que se caracteriza pelo recorte de um fato, problema social real com a finalidade de promover uma ação. Neste momento são feitas as descrições e explicações causais denominadas de descritor de problemas. Destaca-se na conversação as afirmações, expressões e declarações que são colocadas com classificação de fatos, priorização de problemas e eleição de nós críticos, que são as causas do problema. Assim os nós críticos podem ter causa cuja solução terá impacto na solução, controle ou diminuição do problema; Causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos e causa cuja solução contribua para solução de outros problemas. Este processo tem o propósito de apresentar a explicação do problema como um modelo sistêmico causal, diferenciando e relacionando as causas <sup>92</sup> .*

O segundo momento é o de definição das operações de planejamento para enfrentamento dos nós críticos, estabelecimento de metas e linhas de ação para cada objetivo específico. Neste momento se analisa pontos de conflito do ponto de vista político, exigências econômicas, tecnológicas, estruturais, organizativas, institucionais e de factibilidade <sup>91</sup> .

O terceiro momento é o estratégico onde é realizada a análise do plano pelos atores.

O componente comunicativo contido no PES inclui a possibilidade de visão interativa e viabilidade considerando atores sociais e políticos envolvidos no planejamento. O componente comunicativo se torna relevante no planejamento para busca de legitimidade do diálogo e é essencial para viabilizar o plano. Neste estudo o uso do PES possibilitou a compreensão de

processos sociais, de gestão, profissionais, estruturais e individuais de mulheres com NMCU no acesso ao SUS <sup>92</sup>.

O PES contém ferramentas adequadas para identificar os problemas determinantes do início do tratamento de NMCU e fase avançada. Inclui a possibilidade de visão interativa e viabilidade considerando atores sociais e políticos no planejamento.

## **4. RESULTADO**

### **4.1 Mulheres com neoplasia maligna do colo de útero em tratamento no SUS**

#### **Perfil sociodemográfico**

A idade variou de 18 a 86 anos. A Faixa etária mais prevalente foi a de mulheres com mais de 50 anos, 57%, seguida da faixa de 30 a 49 com 38% e por último 4,3% de 18 a 30 anos. As duas últimas faixas consideradas período de fertilidade feminina.

Em relação ao nível escolar a maior concentração em todos os municípios foi de 1º grau completo ou incompleto totalizando 60% da amostra total. A cor de pele parda foi predominante, 44%, seguida da branca, 38%, no somatório de todos os municípios.

Estavam ativas no mercado de trabalho cerca 25% das mulheres de todos os municípios, das quais a maioria 23% exercia trabalhos domésticos. No total de todos os municípios a renda familiar mais prevalente foi de 1 a 3

salários-mínimos equivalentes a mais de 56%, seguidos de 29% com até 1 salário-mínimo.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico de mulheres com NMCU em tratamento no SUS em 2015

Municípios	Rio de Janeiro		Nova Iguaçu		São Gonçalo		Duque de Caxias		Niterói		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total Geral</b>	<b>65</b>	<b>55,6</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>18</b>	<b>15,4</b>	<b>18</b>	<b>15,4</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade</b>												
< 30	2	1,7	1	0,9	1	0,9	1	0,9			5	4,3
30 - 39	8	6,8	3	2,6	3	2,6	6	5,1	2	1,7	22	18,8
40 - 49	12	10,3			5	4,3	5	4,3	1	0,9	23	19,7
50 e mais	43	36,8	4	3,4	9	7,7	6	5,1	5	4,3	67	57,3
<b>Escolaridade</b>												
1º grau completo ou incompleto	37	31,6	4	3,4	10	8,5	12	10,3	7	6,0	70	59,8
2º grau completo ou incompleto	14	12,0	4	3,4	6	5,1	6	5,1	1	0,9	31	26,5
Superior completo ou incompleto	5	4,3									5	4,3
Pós-graduação	1	0,9									1	0,9
Analfabeta	8	6,8			1	0,9					9	7,7
Não informado					1	0,9					1	0,9
<b>Cor da pele</b>												
Branca	26	22,2			11	9,4	5	4,3	3	2,6	45	38,5
Negra	10	8,5	2	1,7			6	5,1	2	1,7	20	17,1
Parda	29	24,8	6	5,1	7	6,0	7	6,0	3	2,6	52	44,4
<b>Ocupação</b>												
Acadêmica de assistente social	1	0,9				0,0					1	0,9
Artesanato	1	0,9			1	0,9					2	1,7
Assistente/auxiliar administrativa	2	1,7				0,0	1	0,9	1	0,9	4	3,4
Assistente/auxiliar de serviços gerais	2	1,7	1	0,9	1	0,9	1	0,9	1	0,9	6	5,1
Autônoma						0,0	1	0,9			1	0,9
Auxiliar de controle/ cozinha/ creche	1	0,9				0,0	2	1,7			3	2,6
Auxiliar/ técnica de dentista/ enfermagem/ patologia	2	1,7			1	0,9					3	2,6
Balconista	1	0,9			2	1,7					3	2,6
Boleira, doceira	2	1,7				0,0					2	1,7
Cobradora de ônibus	1	0,9				0,0					1	0,9
Corretora de plano de saúde						0,0	1	0,9			1	0,9
Costureira	3	2,6	1	0,9							4	3,4
Do lar	11	9,4	4	3,4	2	1,7	3	2,6	3	2,6	23	19,7

Municípios	Rio de Janeiro		Nova Iguaçu		São Gonçalo		Duque de Caxias		Niterói		Total Geral	
Doméstica, babá, cozinheira, cuidadora de idosos	18	15,4	1	0,9	4	3,4	2	1,7	3	2,6	28	<b>23,9</b>
Frentista	1	0,9									1	<b>0,9</b>
Manicure	6	5,1					1	0,9			7	<b>6,0</b>
Operadora de caixa			1	0,9							1	<b>0,9</b>
Professora, Nutricionista, psicóloga, psicopedagoga, coordenadora de escola	4	3,4			1	0,9					5	<b>4,3</b>
Promotora de vendas							1	0,9			1	<b>0,9</b>
Recepcionista	1	0,9									1	<b>0,9</b>
Supervisora comercial	1	0,9									1	<b>0,9</b>
Técnica de comunicação	1	0,9									1	<b>0,9</b>
Técnico de contabilidade	1	0,9									1	<b>0,9</b>
Telefonista							1	0,9			1	<b>0,9</b>
Sem ocupação	4	3,4			5	4,3	4	3,4			13	<b>11,1</b>
Não informado	1	0,9			1	0,9					2	<b>1,7</b>
<b>Renda familiar</b>												
2-3 Salários mínimos	39	33,3	4	3,4	11	9,4	9	7,7	3	2,6	66	<b>56,4</b>
4 ou mais Salários mínimos	8	6,8					1	0,9	1	0,9	10	<b>8,5</b>
Até 1 Salário mínimo	14	12,0	4	3,4	6	5,1	7	6,0	3	2,6	34	<b>29,1</b>
Sem renda	2	1,7			1	0,9	1	0,9	1	0,9	5	<b>4,3</b>
Não informado	2	1,7									2	<b>1,7</b>

Em relação a fonte de renda as variações entre os municípios não foram marcantes. A renda mais prevalente em todos os municípios foi de 2 a 3 salários mínimos correspondendo a 56% das usuárias, seguidas de até 1 salário mínimo, 29% e 4% que não tinham renda. Apenas 8% percebiam renda de 4 salários mínimos ou mais<sup>96</sup>.

A maioria das mulheres tinha o hábito de fazer preventivo com regularidade temporal anual ou semestral em serviços públicos ou privados 52% no RJ, 50% em São Gonçalo e Nova Iguaçu, 76% em Duque de Caxias e 80% em Niterói, o que demonstra forte adesão da população em estudo. Porém em todos os municípios havia um percentual entre 25 a 37% de mulheres que não tinham hábito de fazer preventivo (tabela. 2). Apesar de 54%

do total de pacientes realizarem preventivo de forma regular a doença foi diagnosticada em estágio avançado para maioria.

**Tabela. 2** Caracterização do acesso a linha de cuidado e tratamento do NMCU no SUS para usuários dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói

Municípios	Rio de Janeiro		Nova Iguaçu		São Gonçalo		Duque de Caxias		Niterói		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total Geral</b>	<b>65</b>	<b>55,6</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>18</b>	<b>15,4</b>	<b>18</b>	<b>15,4</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de deslocamento ao Inca</b>												
Até 60min	35	29,9	1	0,9	6	5,1	5	4,3	6	5,1	53	<b>45,3</b>
61 a 120min	24	20,5	7	6,0	11	9,4	8	6,8	1	0,9	51	<b>43,6</b>
Mais de 120 min	6	5,1			1	0,9	5	4,3	1	0,9	13	<b>11,1</b>
<b>Exame preventivo</b>												
Anual	31	26,5	2	1,7	6	5,1	11	9,4	3	2,6	53	<b>45,3</b>
Semestral	4	3,4	2	1,7	1	0,9					7	<b>6,0</b>
Ocasional	15	12,8	2	1,7	7	6,0	4	3,4	1	0,9	29	<b>24,8</b>
Não faz preventivo	15	12,8	2	1,7	4	3,4	3	2,6	4	3,4	28	<b>23,9</b>
<b>Local do preventivo</b>												
Anual	31	26,5	2	1,7	6	5,1	11	9,4	3	2,6	53	<b>45,3</b>
Semestral	4	3,4	2	1,7	1	0,9					7	<b>6,0</b>
Ocasional	15	12,8	2	1,7	7	6,0	4	3,4	1	0,9	29	<b>24,8</b>
Não faz preventivo	15	12,8	2	1,7	4	3,4	3	2,6	4	3,4	28	<b>23,9</b>
<b>Descoberta da doença</b>												
Sinal ou sintoma	44	68	5	63	15	83	15	83	4	50	83	<b>71</b>
Exames	17	26	3	38	3	17	3	17	4	50	90	<b>26</b>
Achado cirúrgico	4	6									4	<b>3</b>
<b>Categorização da descrição 1º consulta em relação a resolução</b>												
Resolutiva	35	51	3	38	10	56	15	83	6	75	69	<b>59</b>
Satisfatória	9	14	2	25	2	11	1	6	1	13	15	<b>13</b>
Não resolutiva	16	25	3	38	5	28	2	11			26	<b>22</b>
Não lembra	5	10	8		1	6			1	13	7	<b>6</b>
<b>Roteiros de acesso ao diagnóstico e tratamento no SUS</b>												
*UBS - ASS-R- AC	17	26	1	13	4	22	6	33	4	50	32	<b>27</b>
*SP-UBS -R – AC	26	40	2	26	4	23	7	39	2	25	31	<b>33</b>
*ASS-R – AC	8	12	4	50	6	33	3	17	2	25	23	<b>20</b>
*ASS-R – AC	8	12	4	50	6	33	3	17	2	25	23	<b>20</b>
*I- ASS-R- AC	5	8			1	6	2	11			8	<b>7</b>
*HM-UBS-R – AC	1	2									1	<b>1</b>
*US – ASS -R – AC			1	13	1	6					2	<b>2</b>
ASS-SP-UBS-R-AC	2	3									2	<b>2</b>

**Fonte:** Prontuários e informações coletadas nas entrevistas de mulheres matriculadas em 2015 para tratamento de neoplasia maligna do colo do útero em um Cacon do Rio de Janeiro. \*Abreviações: UBS, Unidade básica de saúde, estratégia saúde da família; ASS, Unidade de Atenção secundária de saúde; R, regulação, AC, alta complexidade, SP, serviço privado, I, informal, HM, Hospitais militares e UES, Unidade de urgência e emergência do SUS.

### **A descoberta da doença**

Ao abordar as mulheres sobre suas vivências durante o adoecimento foram revelados dados sobre o início da doença, atendimentos nos serviços de saúde, sintomas e emoções vividas. O resultado trouxe situações diversas que foram categorizadas para facilitar a redação, compreensão e análise sem, contudo alterar o conteúdo dos relatos.

Para maioria das usuárias de todos os municípios 68 a 83% o adoecimento foi percebido após apresentarem sinais ou sintomas e para 17 a 32% a descoberta ocorreu através de exames ou achados cirúrgicos. O município de Niterói teve um padrão diferenciado onde 50% foram descobertos por exames e 50% por sintomas, (tabela 3).

### **Caracterização do acesso ao tratamento de NMCU no SUS na percepção das usuárias**

Para categorizar a descrição das usuárias sobre a percepção da primeira consulta para busca diagnóstica entendendo este momento como início do acesso ao tratamento de NMCU no SUS, foram consideradas as diretrizes do plano nacional de humanização relacionado com a resolutividade<sup>93</sup>. O princípio de resolutividade é a exigência de que os serviços de saúde ao prestarem atendimento individual ou em causas coletivas de impacto a saúde estejam capacitados para enfrentamento e resolução de acordo com sua competência segundo o Ministério da Saúde<sup>94</sup>.

Os resultados foram categorizados em resolutivos, parcialmente satisfatórios e não resolutivos. Sendo os resolutivos os atendimentos em que houveram ações esperadas para uma consulta com finalidade diagnóstica ou de referência onde há exames e encaminhamentos em fluxos adequados para confirmação diagnóstica e acesso aos níveis necessários de atenção para continuidade da assistência.

Algumas pacientes consideraram a polidez e gentileza como motivo de satisfação e não enfatizaram as características que definem resolutividade na descrição da primeira consulta, para estes casos a resposta foi categorizada como parcialmente satisfatória.

Foram considerados atendimentos não resolutivos as respostas que não continham características de resolução ou de satisfação parcial.

No total de mulheres entrevistadas o resultado encontrado para consultas resolutivas foi de 59%, não resolutivas 22%, parcialmente satisfatórias 13% e não lembravam como foi a consulta 6%. O detalhamento das respostas por municípios refletiu a efetividade do atendimento na maioria dos serviços (tabela 4). No entanto 35% das respostas não continham evidências de efetividade, as parcialmente satisfatórias e as não resolutivas, o que demonstra fragilidade no acesso a confirmação diagnóstica influenciando o retardo no início do tratamento<sup>93</sup>.

O resultado da pesquisa de percursos dos serviços de saúde na descoberta do adoecimento, confirmação diagnóstica e tratamento obtiveram oito roteiros distintos descritos pelas usuárias. Os dados foram quantificados de acordo com o município de origem (tabela 2).

Os tipos de percursos relatados foram:

1) Unidade Básica de Saúde ou Atenção Primário ou Estratégia Saúde da Família e para efeito de redação abreviados como UBS - Atenção Secundária – Regulação - Alta Complexidade;

2) Serviço privado - UBS - Regulação – Alta Complexidade;

3) Atenção Secundária-Regulação – Alta Complexidade;

4) UBS - Atenção Secundária - Serviço privado – UBS –Regulação - Alta Complexidade;

5) Informal - Atenção secundária-Regulação- Alta Complexidade;

6) Hospitais Militares-UBS-Regulação – Alta Complexidade;

7) Urgência SUS - Atenção Secundária - UBS-Regulação – Alta Complexidade;

8) Atenção Secundária-particular - UBS –Regulação - Alta Complexidade.

No **Rio de Janeiro** foram identificados 8 roteiros, sendo o mais freqüente com 37% de ocorrência o “Serviço privado, UBS, Regulação e Alta complexidade”, seguido do roteiro “UBS, Atenção secundária, Regulação e Alta complexidade, 26%. Neste município houve outras seis variações com percentuais de ocorrência entre 1% e 12%(tabela 2).

Em **São Gonçalo** o percurso iniciado pela “Atenção secundária e seguido pela regulação e Alta complexidade prevaleceu em 33% dos casos”. O de “UBS, Atenção secundária, Regulação e Alta complexidade” estiveram presentes em 22% dos trajetos, seguidos pelo “Serviço privado, UBS, Regulação e Alta complexidade, 17%”. Outros quatro roteiros ocorreram percentuais que variaram entre 1% e 6%.

No município de **Nova Iguaçu** o percurso mais prevalente foi “Atenção secundária, Regulação e Alta complexidade, 50%. Houve 12% de ocorrência de cada um dos seguintes roteiros “UBS, Atenção secundária, Regulação, Alta complexidade”; “Serviço privado, UBS, Regulação, Alta complexidade”; “Serviço privado, UBS, Regulação, Alta Complexidade”; “Serviços de urgência e emergência do SUS, UBS, Atenção secundária, regulação – Alta complexidade”.

As mulheres procedentes de **Duque de Caxias** utilizaram somente quatro percursos “Serviço privado, UBS, regulação, Alta complexidade”, 39%; “UBS - Atenção secundária, Regulação, Alta complexidade”, 33%; “Atenção secundária, Regulação, Alta complexidade”, 17% e “Informal, Atenção secundária, Regulação, Alta complexidade, 11%.

Em **Niterói** foram identificados três roteiros. Em ordem de frequência “UBS, Atenção secundária, Regulação, Alta complexidade” 50%; “Atenção secundária, Regulação, Alta complexidade” e “Serviço privado, UBS, Regulação e Alta Complexidade”, 25% e o roteiro Atenção secundária, Regulação e Alta complexidade, 25%.

Está variedade de roteiros se justifica pela descoberta da doença por manifestações clínicas o que levou a busca de socorro em diversos tipos de serviços inclusive em situações de informalidade, ou seja, não caracterizada por regras de atendimento como as permeadas pelo “jeitinho” amizades influentes e outros meios não padronizados. Os roteiros expressam desorganização, desconformidade ou ajuste informal ao cenário de saúde desenhado pelas usuárias na busca de participação de pontos da linha de cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde.

O tempo de deslocamento da residência até o serviço de alta complexidade foi de até 60 minutos para mais de 45% das mulheres residentes nos municípios de Rio de Janeiro e Niterói e foram iguais ou excederam em 120 minutos para mais de 43% nos municípios de São Gonçalo e Duque de Caxias.

O modelo consiste na interpretação de respostas classificadas em cinco estágios negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação sendo negação e isolamento mecanismos de defesas temporários.

Estas fases podem ocorrer de forma aleatória, não serem todas experimentadas, podendo apresentar pelo menos duas delas durante o curso do enfrentamento da doença.

Neste estudo a depressão prevaleceu como sentimento experimentado durante a busca de tratamento. A depressão vem do reconhecimento de perda de um futuro anteriormente planejado e modificado devido as condições impostas pela doença e expressas por desânimo, desinteresse, apatia e tristeza, como na frase descrita no modelo *“Estou tão triste”*; *“Por que deveria me preocupar com qualquer coisa?”*.

A depressão foi evidenciada considerando o modelo na análise das falas em 64% do total das participantes do estudo. Neste item não houve consideração quanto a origem da usuária por ser um dado pessoal, no qual a análise não foi relacionada ao processo de acesso ao tratamento e sim a descoberta do diagnóstico.

*Depressão: Ave-Maria! Medo! Histórico na família! Fiquei sem chão (...);*

*Arrasada, sem chão, recusava tratamento, minha mãe teve câncer no seio eu vi o sofrimento... Não queria o mesmo para mim (...);*

*Momentos fortes, sensação de tijolada caindo sobre mim (...);*

*Fiquei em choque com 2 filhos dependentes... Marido foi embora quando foi fazer quimioterapia (...);*

*Afundi-me... Meu filho me ajudou e durante o tratamento fiquei bem (...);*

*Fiquei emocionalmente afetada, possuo valores e crenças que me impedem de aceitar esse diagnóstico (...).*

A rede social de suporte definida como de uma forma geral como uma estrutura que permite interação com pessoas ou serviços com a finalidade de limitar, conter ou contornar, proteger durante processo de fragilidade vivido por alguém colaborando para seu fortalecimento figurou como apoio nos relatos sobre a descoberta da doença no aspecto de enfrentamento<sup>95, 96</sup>.

Neste estudo em 27% das respostas sobre dificuldades no acesso ao tratamento de NMCU e de sentimentos durante o mesmo surgiram espontaneamente nas falas que referiram redes de suporte social. As redes apresentadas foram religiosas, familiares e profissionais.

Entre as falas com rede religiosa estavam *“Não se abalou, colocou a vida nas mãos de Deus” (...), “Quem tem Deus não se abala”(...), “Triste, confiando em Deus”(...);*

Nas com rede social de suporte familiar *“Confiante e apoiada pelo companheiro. Considera-se guerreira”(...), “Um pouco abatida, filhos precisam de mim e isso me dá força”(...), “Afundou-se, o filho a ajudou e durante o tratamento ficou bem”(...).*

*“O apoio da rede profissional e religiosa associada à rede familiar contribui no enfrentamento da doença.” O resultado foi dado de forma muito*

*objetiva. Fiquei chocada com medo de morrer. “Recebi muito carinho da família, alunos, companheiros de trabalho e profissionais do Inca” (...), “Arrasada, mas com fé em Deus, família apoiou”(...*

Algumas mulheres com redes de suporte apresentam dificuldades no enfrentamento da doença em casos onde o suporte não é realizado de forma adequada, como nestes exemplos de suporte familiar e religioso. “A Filha escondeu diagnóstico só falou após encaminhamento. Como reação, tive depressão (...). Outro caso foi descrito pela resposta “Fiquei chocada entreguei na mão de Deus e só voltei 8 meses depois” (...). A fé empoderou-a de tal forma que acreditou que ficaria livre da doença.

A falta de informação ou a informação inadequada leva a dificuldades no acesso e na aceitação da doença, “Fui a dois postos para pegar encaminhamento e não serviram. Só no Hospital da Mulher, peguei lâmina e marquei o Inca (...)”, outra paciente relata “Fiquei normal, já havia pesquisado na internet (...)”. A história de câncer na família funcionou como fator contributivo na não aceitação “Perdi a voz. Já tive vários casos na família” (...)Arrasada, sem chão, recusava tratamento, minha mãe teve câncer no seio eu vi o sofrimento. Não queria o mesmo para mim”(...

Nestes relatos ficam claros que o contexto familiar, social, atendimento de profissionais de saúde, nível de informação e vivências são determinantes no modo de enfrentamento da doença e se constitui em um fator importante durante o percurso de acesso ao tratamento.

### **Dificuldades no acesso ao tratamento NMCU percebidas pelas usuárias do SUS**

Apesar do diagnóstico com prognóstico incerto e dos sentimentos manifestados 72% das mulheres não referiram dificuldades no acesso, mas 23% expressaram dificuldades por situações vividas e criticaram ao SUS. No entanto o detalhamento dos resultados por municípios mostrou índices de mais de 23% em Duque de Caxias, 44% e Nova Iguaçu, 38% (tabela 3).

O percurso entre confirmação diagnóstica e o início do atendimento na alta complexidade para algumas mulheres foi de peregrinação.

As dificuldades estavam relacionadas a controvérsias nas referências e contra referências ocasionadas por informações incorretas; aos déficits de profissionais da área de saúde distanciando os agendamentos; a demora na confirmação diagnóstica e para a espera para a consulta onde o resultado será divulgado e só então ocorre a referência ao Sisreg.

Alternativas como intervenções informais e judiciais são buscadas pelas usuárias para solução destas questões que influenciam negativamente o roteiro de acesso ao tratamento de NMCU em qualidade e tempo, (tabela. 3). Houveram críticas à organização da rede do SUS, qualidade do acesso e ao processo diagnóstico.

As críticas estavam subjacentes em falas como *“Após a biópsia espera... Várias idas e vindas e espera até o encaminhamento para o Sisreg e finalmente o Inca. No final a consulta agendada no Inca foi antecipada, pois fui lá passando muito mal.”*(...);

*“Quando fui pegar a lâmina meu nome estava como casada e havia me divorciado. Tive dificuldade para o Inca aceitar. Minha patroa recorreu à justiça e aceitaram... Perdi uma semana. Mexeu com as emoções”*(...);

*Fui encaminhada para unidade errada... (HCI), Retornei ao posto até que me encaminharam para a unidade certa”;*

*“Marcação de exames distante, em abril a marcação estava para agosto”(...).*

**Tabela 3.** Dificuldades no acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS relatadas por usuárias do SUS

Municípios	Rio de Janeiro		Nova Iguaçu		São Gonçalo		Duque de Caxias		Niterói		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total Geral</b>	<b>65</b>	<b>55,6</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>18</b>	<b>15,4</b>	<b>18</b>	<b>15,4</b>	<b>8</b>	<b>6,8</b>	<b>11</b>	<b>100,7</b>
<b>Ocorrência de dificuldades</b>												
<b>Sim</b>	13	20	3	38	2	11	8	44	1	12	27	<b>23</b>
<b>Não</b>	50	77	5	62	14	78	10	56	5	62	84	<b>72</b>
<b>Não sabe</b>	2	3			2	11			2	25	6	<b>5</b>
<b>Percepção do atendimento inicial na alta complexidade</b>												
<b>Demora no acesso após o diagnóstico</b>			1	33			3	30			4	17
<b>Demora na realização do diagnóstico</b>	1	10	1	33			1	10			3	13
<b>Demora no acesso</b>							2	20			2	9
<b>Informações incorretas</b>	4	60	1	33	1	100	3	30			9	39
<b>Necessidade de auxílio do gestor</b>	1	10									1	4
<b>Necessidade de judicialização</b>	1	10					1	10			2	9
<b>Necessidade de intervenção informal</b>	2	20									2	9

**Fonte:** Entrevistas com mulheres em tratamento de NMCU no SUS

As dificuldades mais prevalentes foram as informações incorretas, que levaram a atendimentos desnecessários, perda de tempo, custo financeiro, emocional e, sobretudo agravamento dos sintomas e demora no acesso. Nas

respostas das mulheres percebe-se falha no acolhimento caracterizada por falta de resolutividade e referência nos atendimentos.

A segunda dificuldade está relacionada ao diagnóstico que parece ser um nó crítico no acesso ao tratamento de NMCU no SUS.

### **Sugestões das usuárias do SUS para melhorias no acesso ao tratamento de NMCU**

Entre as mulheres no estudo 52% disseram haver necessidade de melhorias no acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS e 38% apontaram sugestões, que indicavam o cumprimento dos princípios finalístico do SUS, ou seja, os ideais.

A agilidade no diagnóstico e acesso à alta complexidade foi a sugestão mais prevalente 25%, denotando necessidade de aumento da oferta e da disponibilidade de serviços. A busca por atendimentos resolutivos está relacionada à humanização, um dos requisitos desta política nos atendimentos.

Oferta e disponibilidade de serviço surgiram em sugestões como *“Todo mundo teria que ter prioridade para ser atendido mais rápido e iniciar o tratamento quanto antes... Até para marcar para o oncologista demora muito este procedimento, deveria ser mais rápido e ter mais médico”*;

*“Retorno ao atendimento de porta aberta sem regulação”*,

*“O sistema deveria ser mais rápido. A doença avança e o emocional cai. Todos os tratamentos deveriam ser rápidos”*,

Humanização / resolutividade *“O sistema precisa funcionar. Quando tentamos resolver parece que estamos sozinhas. Agente depende né”...;*

*“Diminuir burocracia... orientações incorretas... e profissionais não capacitados levam a sofrimento e evolução da doença...;*

*Fui de NIC III a doença avançada com metástase cerebral”;*

*“Porta aberta com triagem...;*

*A rede desenhada pelo SUS não se sustenta...;*

*Quando passamos pelos buraquinhos é que entendemos onde eles estão... ;*

*Quem está na administração não se solidariza com a doença só pensa no custo... Temos a doença e as barreiras têm que ser quebradas para tentar um tratamento, muitas vezes obsoleto e dar graças a Deus por encontrar profissionais que lhe atendam ”...*

A utilização da regulação como ferramenta de distribuição de vaga foi criticada por algumas usuárias por aumentar o tempo de acesso e elogiada por outras por se mostrar como instrumento de promoção de igualdade no acesso entre as usuárias.

*“Marcar mais rápido! É muito válido ter Sisreg... Não tive problema”...;*

*Terminar com acesso por Sisreg “...;*

*“No Sisreg a demora leva ao desespero”...;*

*“Um olhar mais carinhoso para o Sisreg”...*

### **Chegada à alta complexidade em oncologia**

A chegada à alta complexidade é a meta do acesso para as mulheres neste estudo. Para compreender este momento foi feita a seguinte indagação “como foi à primeira consulta com oncoginecologista”. Na resposta foram observados os seguintes aspectos: percepção de esclarecimento sobre a

doença e o tratamento; ocorrência de exame físico; encaminhamentos por escrito; insatisfações e se era o que a paciente esperava daquela consulta<sup>108</sup>.

Para categorização das respostas foi utilizado o seguinte critério: a palavra resolutiva foi utilizada considerando o conceito de resolutividade para o SUS como sendo o atendimento das necessidades objetivas do atendimento. Assim sendo a palavra resolutiva foi usada para respostas que expressaram, ter havido orientação, exame, referência e intervenções. Para as respostas que incluíram realização de exames, encaminhamento e orientações; não resolutiva para as que não apresentaram os itens considerados para a resolutiva ou sentimento de satisfação; satisfatória para as que referiram apenas esta qualidade da consulta sem detalhá-la; insatisfatória para as que relataram algum descontentamento; resolutiva com insatisfação quando havia itens de satisfação ou resolução associado a descontentamento; não lembra e não responderam.

A satisfatória foi a percepção mais prevalente 43%, seguida pela resolutiva 19%, mas ao associar a insatisfatória com resolutiva associada a insatisfação por entender que em ambas há grau de descontentamento encontramos um percentual de 28% de respostas que são maiores que as resolutivas o que se constitui em um fato preocupante (tabela 4).

O sentimento de satisfação não associado a detalhes do atendimento pode significar sentimento de ter chegado à possibilidade de tratamento, ter sido recebida com educação, enfim não nos permite análise mais profunda. A resolutividade proposta pelo SUS faz inferência às possibilidades de resolução dos problemas de saúde dentro dos níveis de complexidade as quais foram detectadas<sup>109</sup>. A resolutividade percebida por um baixo percentual demonstra

falha em algum aspecto na chegada em relação à expectativa da clientela ou ao que se espera neste nível de atendimento

Satisfeitas: *“Chorava muito e fui bem acolhida” (...), “foi como esperava” (...), “tudo bom” (...), “atendimento ótimo, tratamento excelente do faxineiro ao médico(...), todos tratam bem”(...).*

Resolutivas: *“Esclarecedora, exame físico, solicitação exames, agendamento de mesa redonda” (...), “Examinou, agendou exames para risco cirúrgico (...), Fui orientada sobre o que tinha e como ia tratar” (...), “Fez exame ginecológico e outra biópsia, informaram que era III B. O atendimento foi rápido me esclareceram duvidas. A única decepção foi não poder mais ser operada e ficar curada” (...), “Conversei bastante com a médica tirou todas dúvidas possíveis. Examinou-me..., pediu muitos pedidos de exames para iniciar o tratamento... Fiquei surpreendida com o atendimento. Não tenho nada para reclamar”(...)*

Insatisfação: *“Não foi legal..., sentiu como se tivesse levado um soco e não sabia por que... Médica devia tomar calmante antes de atender primeira vez” (...); “No atendimento fui examinada com toque vaginal e retal por dois médicos que não avisaram que fariam isso... Levei um susto... O tampão colocado parecia muito grande e desconfortável... Foi horrível” (...); “Pedi para tirar meu útero..., mas foi esclarecido que o tratamento seria outro” (...); “No primeiro atendimento médico foi grosso... Durante radioterapia apresentei queimaduras no períneo” (...); “Fiquei deprimida por causa do toque retal” (...).*

Resolutiva com insatisfação: *“Os médicos falam pouco, se perguntar respondem... Se deixar levar pela doença agente enlouquece..., se for emocional a forma de falar é melhor...Feito exame físico 1 ou 2 vezes”(...); “Nova biópsia..., Disse qual seria o tratamento... Esperou muito pela*

*radioterapia..., Internou por problema renal por 11 dias... Ficou com nefrostomia permanente..., Terminou radioterapia e demorou a braquiterapia..., A quimioterapia não pode fazer por causa do rim” (...); “Apesar de passar por vários profissionais fiquei fragilizada... Houve atenção e agilidade nos exames” (...); “A primeira consulta foi boa..., mas demorou a radioterapia... É questão do Sisreg..., ele não deveria existir..., só dificulta o atendimento no Inca” (...); “A consulta correu bem e foi resolutiva... A radioterapia é preocupante o aparelho sempre quebra... Conheço pessoas que tem dificuldades para concluir o tratamento” (...).*

**Tabela. 4** Percepção das mulheres em tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS sobre o atendimento na alta complexidade

Municípios	Rio de Janeiro		Nova Iguaçu		São Gonçalo		Duque de Caxias		Niterói		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Geral	65	55,6	8	6,8	18	15,4	18	15,4	8	6,8	117	100,0
<b>Percepção do atendimento inicial na alta complexidade</b>												
Resolutiva	7	11	1	12,5	7	39	4	22	3	38	22	19
Não resolutiva	1	1									1	1
Satisfação	33	51	3	37,5	6	33	7	39	1	12	50	43
Resolutiva com insatisfação	14	22	2	25	2	11	2	11			20	17
Insatisfação	7	11			3	17	4	22			14	12
Não lembra	2	3					1	6	1	12	4	3
Não respondeu	1	1	2	25					3	38	6	5

**Fonte:** resposta a entrevista semiestruturada sobre percepção da primeira consulta na alta complexidade.

#### 4.2 Dados do prontuário de usuários do SUS com NMCU

O quadro descrito nos prontuários descreve doença em estágio avançado, tratamentos com efeitos adversos agudos, tardios e crônicos

causados, sobretudo pela radioterapia, tratamento de maior prevalência dentre as mulheres neste estudo, (tabela 5).

Estavam assintomáticas na primeira consulta 51% das mulheres no estudo, 32% apresentavam sintomas, 2% estavam acamadas e 18% não tinham esse registro em prontuário. Os dados não registrados poderiam modificar os percentuais encontrados.

Em relação ao estadiamento os iniciais foram 51% e os avançados 40%.

A radioterapia exclusiva ou associada a quimioterapia ou cirurgia constituiu 60% dos tratamentos as cirurgias exclusivas 17% (tabela. 5).

**Tabela. 5** Histórico de saúde de usuárias do SUS para tratamento de NMCU no Cacon Inca em 2015

Municípios	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	São Gonçalo	Duque de Caxias	Niterói	Total Geral
Total Geral	n65 (%)	n 8 (%)	n18 (%)	n 18 (%)	n8 (%)	n117 (%)
<b>Estado Clínico</b>						
Assintomático	32 (49)	8 (44)	5 (62)	10 (55)	5 (62)	60 (51)
Sintomático	18( 28)	6 (33)	2 (25)	5 (28)	2 (28)	32 (32)
Necessitando internação	2 (3)	-	-	-	-	2 (2)
Sem registro	13( 20)	4 (22)	1 (12)	3 (17)	1 (8)	21 (18)
<b>Estadiamento</b>						
Lesão Precursora	9 (14)	8 (44)	2 (25)	-	3 (37)	22 (18)
I	IA1 e IA2	4 (6)	6 (33)	2 (25)	-	12 (10)
	IB1	7 (11)	-	-	6 (33)	13 (11)
	IB2	7 (11)	-	-	3 (16)	14 (12)
II	IIA	4 (6)	-	-	1 (6)	5 (4)
	IIB	17 (26)	-	-	4 (22)	21 (18)
III	III E IIIA	1 (2)	-	-	-	1 (2)
	IIIB	15 (23)	-	-	4 (22)	19 (16)
IV	IVA e IVB	-	-	-	-	-
Sem registro	1 (2)	4 (22)	4 (50)	-	1 (12)	10 (9)
<b>Tratamento</b>						
Radioterapia	1 (1)	-	1 (12)	1 (5)	-	3 (3)
Radioterapia e quimioterapia	35 (54)	7 (38)	5 (62)	10 (56)	7(87)	64 (55)
Radioterapia cirurgia	1(1)	1 (6)	-	-	-	2 (2)
Histerectomia com retirada de anexos, com ou sem linfadenectomia	12 (18)	4 (22)	-	4 (22)	-	20 (17)
Conização ou CAF	6 (9)	2 (11)	1 (12)	2 (11)	1(120)	12(10)
Paliativo	3 (5)	1 (6)	-	-	-	4 (3)
*Outro, descrever	7 (11)	3 (17)	1 (12)	1 (5)	-	12 (10)

<b>Fase de atendimento</b>						
Aguardando tratamento	-	-	-	-	-	-
Em tratamento	-	-	-	-	-	-
Seguimento pós tratamento	55 (85)	16( 88)	8 (100)	17 (94)	8(100)	104(89)
Tratamento paliativo	-	-	-	-	-	-
Óbito	8 (12)	2 (11)	-	-	-	1 (9)
Alta	2 (3)	-	-	1 (6)	-	2 (2)
Outras	-	-	-	1 (6)	-	1 (1)

**Fonte:** Prontuários de mulheres em tratamento de NMCU no SUS

Ao observar a linha temporal entre municípios da coleta e resultado da biópsia e o ingresso na alta complexidade, foi observado uma variedade que pode refletir na gestão do processo a nível municipal considerando fatores como oferta e disponibilidade de serviços para leitura e devolução dos resultados, (tabela 6).

**Tabela. 6** Média temporal em dias entre a coleta da biópsia e o ingresso na alta complexidade considerando o município de origem.

<b>Percurso de acesso</b>	<b>Rio de Janeiro</b>	<b>São Gonçalo</b>	<b>Nova Iguaçu</b>	<b>Duque de Caxias</b>	<b>Niterói</b>	<b>Média Total</b>
<b>Média em dias</b>						
<b>Coleta até resultado biópsia</b>	30	15	20	11	20	28
<b>Diagnóstico até a regulação</b>	42	32	26	28	34	28
<b>Solicitação de vaga no SER e primeira consulta</b>	11	15	27	18	20	17

**Fonte:** Prontuários de mulheres em tratamento no Cacon Inca

O ingresso na alta complexidade é para a usuária a garantia da possibilidade de tratamento.

O processo de início o tratamento, realização de exames e consultas para estadiamento está sujeito aos desafios do SUS contidos na atenção

primária e secundária no que se refere a pessoal, oferta de serviço, disponibilidade de serviço e humanização impactando no agendamento de consultas, realização de exames, compreensão das orientações, culminando com a demora do início do tratamento. A média temporal em dias para início do tratamento de um modo geral é 74 dias, variando de acordo com o tipo de tratamento. A fila da radioterapia apontada por médicos e usuárias como obstáculo para o tratamento leva em média de 66 dias para radioterapia exclusiva e 81 para a associada a radioterapia a quimioterapia (tabela.7).

**Tabela 7.** Média temporal em dias para o início do tratamento no Cacon / Inca

<b>Tratamento indicado</b>	<b>Média em dias</b>
Radioterapia	66
Radioterapia e quimioterapia	83
Radioterapia e cirurgia	59
Histerectomia	76
Conização ou CAF	94
*Outros	67
<b>Média geral</b>	<b>74</b>

**Fonte:** prontuários de mulheres em tratamento de NMCU no SUS

As médias temporais entre o resultado da biópsia e o início do tratamento terão o dobro do tempo orientado pela Lei nº 12.732, 2012.

*Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica, do caso registrado em prontuário único.*

### **4.3 Oncologistas do Cacon Inca**

Foram entrevistados 8 (oito) oncoginecologistas, todos cirurgiões que atuam na avaliação inicial, a triagem, onde realizam, acolhimento, estadiamento inicial e indicação do tratamento. São cirurgiões especializados em oncologia e fazem parte do quadro de servidores do Cacon campo do estudo, onde atuam no mínimo há 5 anos. O roteiro de entrevista direcionado aos médicos foi preenchido face a face e continham questões relacionadas com a percepção do estado geral na primeira fase do exame físico, onde se observa o aspecto subjetivo aparentado pelo paciente, como nível de consciência, aparência, fala, estado mental, mobilidade, entre outros, classificado como bom estado geral, regular estado geral ou mau estado geral<sup>97</sup>; Estadiamento, determinação da extensão e localização do câncer e do histórico de acesso, percurso de atendimentos em serviços de saúde, relatado pelas mulheres até a primeira consulta com o oncoginecologista.

#### **Caracterização das usuárias com NMCU na chegada a alta complexidade na percepção dos oncoginecologistas**

Para os médicos a maioria das pacientes assistidas neste Cacon apresenta mal estado geral na primeira consulta. Referem que o estadiamento mais prevalente foi o avançado. No entanto, a avaliação dos prontuários da amostra captada para este estudo mostrou 40% de usuárias com doença em estado avançado. O histórico de acesso foi de dificuldades, sobretudo

relacionadas a investigação diagnóstica, falta de informação das pacientes sobre a doença e falta do hábito de prevenção. (Quadro 4).

Segundo os oncoginecologistas as dificuldades relatadas pelas usuárias durante a consulta no primeiro acesso para tratamento envolvem situações permeadas por dor e sofrimento durante a procura de acesso. Há falhas na informação para usuários, entre níveis de atenção e rede privada, sobre fluxo da rede, contribuindo para demora na definição do diagnóstico. A busca pelo ingresso na linha de cuidado pode ocorrer por falta de informação das mulheres sobre prevenção e sinais da doença.

**Quadro 4.** Descrição dos oncologistas sobre histórico de saúde das usuárias com NMCU na primeira consulta na alta complexidade.

Oncologistas	Estado Geral	Estadiamento	Histórico de acesso
1	<i>Maioria em estado ruim</i>	<i>Avançado</i>	<i>Demoram a conseguir acesso no Sisreg e depois demoram na regulação.</i>
2	<i>Geralmente comprometidas e debilitadas (ruim).</i>	<i>Localmente avançado na grande maioria das vezes. Muito freqüente estágio III B.</i>	<i>Dificuldade de controle de rastreo na atenção básica; demora no fechamento do diagnóstico quando tem clinica suspeita.</i>
3	<i>Péssimo, pois na maioria estão em estágio avançado.</i>	<i>Avançado com indicação de tratamento paliativo.</i>	<i>As pacientes veem do *SER com doença avançada na sua maioria. Retiram a oportunidades de tratamento de pacientes se curarem pela intervenção e especialista com alta tecnologia</i>
4	<i>Varia muito, na dependência da doença de base.</i>	<i>Em geral, mais avançado do que quando era demanda espontânea.</i>	<i>Para o tratamento para câncer é rápido, porém até que haja o diagnóstico necessário para entrar no INCA é muito demorado. Chega até a 1 ano.</i>
5	<i>Debilitadas</i>	<i>Avançado</i>	<i>Anos ou meses com tentativas de acesso sem sucesso.</i>
6	<i>Mal estado (ruim)</i>	<i>Avançado</i>	<i>Pacientes de muito baixo nível sócio econômico cultural que na sua maioria nunca fizeram o preventivo ou o fizeram há mais de 10 nos; 2-Dificuldade na realização de biópsia, mesmo em hospitais de nível secundário, por falta de profissional capacitado.</i>
7	<i>Regular</i>	<i>IIB</i>	<i>As pacientes não relatam dificuldades para chegar ao Inca depois do diagnóstico realizado. O gargalo é no diagnóstico.</i>
8	<i>Estado geral mais comprometido nos últimos anos, independente da neoplasia primária. No caso do colo do útero mais ainda (mal estado).</i>	<i>Nos últimos anos, os casos com estadiamento mais avançado vem aumentando progressivamente.</i>	<i>Muitas pacientes, a maioria, se queixa da morosidade no atendimento nas unidades de saúde primária e na entrega dos resultados de colpocitológico de rastreamento.</i>

**Fonte:** dados coletados de oncologistas do Cacon Inca

\*SER- Sistema Estadual de

Regulação

## **Percepção dos oncoginecologistas sobre dificuldades no acesso ao tratamento de NMCU no SUS**

Ao descreverem as dificuldades percebidas no acesso ao tratamento de NMCU no SUS, 5 dos 8 oncologistas identificaram uma abordagem investigativa do diagnóstico inadequada; déficit de profissionais nas unidades básicas e secundárias de saúde; qualificação inadequada dos profissionais no atendimento primário; a demora no agendamento de consultas e exames e a falta de capacitação dos profissionais envolvidos no processo de encaminhamento na linha de cuidado ao NMCU para informar corretamente as mulheres.

**Médico 2** *“Na verdade percebo grande dificuldade na abordagem adequada / investigação de queixas iniciais ou rotina preventivo quando possibilitariam diagnóstico mais precoce”*

**Médico 4** *“Falta de médico para coleta de preventivo e exame ginecológico no programa de rastreamento de NMCU (principalmente clínica de família); 2 Dificuldade de acesso ao serviço de patologia cervical para avaliação e biópsia de colo de útero; 3 “Demora no reconhecimento do NMCU nas unidades básicas e secundárias de saúde”.*

**Médico 5** *“Desconhecimento dos profissionais no atendimento primário para identificar a doença, dificuldade de marcação da consulta, exames demorados”.*

**Médico 7** *“As pessoas que encaminhadas não têm, aparentemente, condição de fornecer informações”.*

**Médico 8** *“Já ouvi várias relatarem dificuldades de agendamento nas consultas de primeira vez no Inca pela central de regulação, mesmo quando sabemos que nossas consultas são “rápidas”. Já ouvi casos em que foi solicitado pagamento de “taxa” por parte das pacientes nas unidades de origem para o agendamento no INCA alegando que nosso agendamento “é difícil”. Falta de organização e outras, como a descrita acima”.*

Durante a descrição das dificuldades no acesso ao tratamento de NMCU, surgiu uma nova categoria a ser analisada: a ‘fila de espera pós matrícula nos Cacons para tratamento com radioterapia’, 3 dos 8 oncologistas abordaram a questão em algum momento da entrevista.

**Médico 1** *“Fila da radioterapia”.*

**Médico 3** *“São encaminhadas pela regulação para radioterapia fora do INCA na sua maioria. E depois nova regulação para braquiterapia que demora mais 2 meses (chega a 4 meses) ou seja sem efetividade”.*

**Médico 6** *“O preenchimento do formulário de solicitação à regulação para realização de tratamento quimioterápico e radioterápico geralmente é feita no momento da triagem. Entretanto, há uma espera maior e evidente para iniciar a segunda parte do tratamento, a braquiterapia”.*

Ao abordarem as dificuldades no acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS percebidas no cotidiano de trabalho, os médicos entrevistados identificaram algumas causas. Para eles as causas estão associadas à falta de um padrão estrutural de pessoal, ou seja, uma equipe de profissionais especializados; equipamentos e apoio diagnóstico nos níveis de atenção primária, secundária e terciária; na capacitação para

identificação clínica, coleta de preventivo e tomada de decisão para agilidade diagnóstica, bem como na disponibilidade de equipamentos como colposcópios e serviços de análises patológicas suficientes para suprir a demanda de pacientes com lesão no colo do útero. As respostas desses atores apontam para um cenário de desestruturação do atendimento que inclui desde cobertura insuficiente, diminuição da qualidade do serviço prestado a desorganização em algumas etapas de encaminhamento ocasionando demora no diagnóstico e início do tratamento.

Citaram como causa a demora do *resultado do exame preventivo*; *poucos hospitais capacitados para o tratamento oncológico*; *“Dificuldade de acesso na atenção primária e avaliação qualificada no processo de diagnóstico*”; *“Dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do colo do útero, diagnóstico esse que também possibilita a identificação de carcinomas iniciais*”; *“Regulação exercida de modo aleatório ou direcionada ao Inca para tratamento com radioterapia, quimioterapia (paliativo)”*. *“Falta de reuniões e conversas entre os profissionais e a regulação para tratar com agilidade e em especial os casos curáveis”*. “

O desconhecimento dos saberes de profissionais de saúde não médicos e culpabilização do usuário pelas dificuldades para o acesso e o descontentamento com o SUS foram evidenciados na fala dos médicos.

*“Péssima política de saúde pública básica, baseada em atendimento de enfermagem ou médico não especializado”*;

*“Baixo nível socioeconômico-cultural da mulher que não procura uma unidade de saúde para fazer rastreamento*;

*“A estruturação do SUS com clínicas de família, onde os médicos de família não são especialistas;*

*“Desde a falha no diagnóstico nas unidades primária (falha e demora), como o desinteresse de alguns profissionais e, principalmente, das autoridades para a implementação de melhorias no rastreamento e diagnóstico”.*

### **Sugestões dos oncoginecologistas para melhorias no acesso ao tratamento de NMCU no SUS**

Os médicos entendem que para melhoria do acesso ao tratamento de NMCU são necessárias mudanças. Apresentaram sugestões nos níveis primário, secundário e regulação e em ações intersetoriais.

As mudanças visam melhorar a investigação da doença, garantir o tratamento de lesões precursoras e o acesso à alta complexidade, através de capacitação profissional, aumento da oferta de serviços, conversas e reuniões entre as atenções primária, secundária e regulação e incentivo a aumento das condições sociais da população de um modo geral.

No nível primário apontam a *“investigação de queixas iniciais ou na rotina do preventivo quando possibilitariam diagnóstico mais precoce”;*

*“Conscientizar a população da necessidade do preventivo; garantir o acesso da população ao preventivo; agilizar o resultado e encaminhamento ao tratamento”;* *“Capacitação dos profissionais e melhorias dos serviços da atenção primária”;* *“Que os médicos de família sejam, de fato, médicos de família e não recém-formados sem especialização, obrigados a trabalhar em uma especialização que não desejam fazer”;*

*“Avaliação na atenção primária deve ser feita por médicos. Hoje é substituída por equipe de enfermagem, muitas vezes na abordagem preventiva das pacientes”; “Bem, como treinamentos e capacitação destes com profissionais mais experientes e com supervisão; avaliação precoce de casos fora da rotina”; “Avaliação precoce de casos fora da rotina”; “Rastreamento de NMCU deve ser realizado por médicos ginecologistas”.*

No nível secundário as mudanças seriam a *“criação de pólos de patologia cervical para biópsias e conizações de colo de útero”;*

*“Centros de saúde com ginecologista para atendimento em patologia cervical” e uma “estrutura física mínima de colposcópico, pinça, tampão e anestésico local”...; “O que agilizaria resultados e encaminhamento ao tratamento”.*

No nível terciário apontam a necessidade de *“Reuniões e conversas de gestores da alta complexidade com o CER para agilizar o agendamento da braquiterapia”.*

Sugerem ainda a *“incorporação de equipamentos na alta complexidade de aparelhos de imagem maior precisão para estadiamento de doenças avançadas acima de IB2 a fim de definir com mais precisão o tratamento”*

Na regulação sugerem *“reuniões do Sistema Estadual de Regulação (SER) com especialistas com o objetivo de pensar estratégias de enfrentamento dos problemas relacionados ao acesso e reuniões e cursos para ginecologistas gerais para melhorar a investigação e o encaminhamento em tempo oportuno”.*

Sugestões foram dadas para ações transversos aos níveis de atenção e em outras áreas como educacional e econômica como *“conscientizar a população da necessidade do preventivo e garantir o acesso da população ao*

*preventivo”; “Educação da população para facilitar a compreensão da necessidade da prevenção primária”;*

*“Políticas para melhorar as condições socioeconômicas e educacionais desta população pobre”; “Criar um programa nacional nomeando-o como Saúde da Mulher, e que seja nos moldes dos programas existentes pela HPS-OMS (escola de promoção da saúde)”;*

*“Incluir na grade horária do nível médio disciplina sobre sexualidade que aborda prevenção e diagnóstico precoce”;*

*“Reorganizar toda a rede primária de atendimento”;*

*“Melhorar as condições de trabalho de todos os profissionais envolvidos no processo, desde técnicos, enfermeiros, citopatologistas, médicos etc. Melhora nos salários e maior treinamento para reduzir as falhas no diagnóstico. Melhoria/ reorganização na regulação”.*

### **Sentimentos expressos pelos oncoginecologistas por participar do tratamento de NMCU no SUS**

Ao descreverem suas participações na linha de cuidado do NMCU na etapa de tratamento, sentimentos negativos foram referidos pelos médicos. Os sentimentos foram justificados por cuidarem de mulheres com doença avançada sem tratamento efetivo, quando dispõem de serviço equipado para tratar de doença inicial com possibilidade de cura ou controle.

Expressões como *“Enxugando gelo”*; *“Limitada diante da redução de possibilidades terapêuticas em vista dos diagnósticos avançados”*; *“Frustrado e comprometido”*; *“Subaproveitada”*; *“Importante, mas muitas vezes sozinhas no meio do caos em que se transformou a saúde pública no nosso país!!”* surgiram na fala de todos os médicos.

#### **4.4 Gestores**

##### **Características dos gestores da Atenção Primária, Secundária e Regulação dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói**

Todos os municípios seguem a linha de cuidado preconizada pelo ministério da saúde para a prevenção e controle do câncer de colo de útero. No entanto, existem peculiaridades na estrutura disponível para cada um deles.

No município do Rio de Janeiro há um Departamento na Secretaria Municipal de Saúde destinado à gerência de câncer cujo gestor foi incluído no estudo por coordenar a linha de cuidado da NMCU no município do Rio de Janeiro.

Foi ouvido o gestor da REUNI pela amplitude de sua visão de gestor a nível estadual.

Nos outros municípios os gestores foram da Atenção Primária, Secundária e Regulação, exceto o de Duque de Caxias onde os representantes da Atenção Primária e Regulação não responderam a entrevista (quadro 5). Os

profissionais que atuam na gestão são médicos, administradores, biomédicos e enfermeiros.

**Quadro. 5** Identificação dos gestores da Atenção Primária, Secundária e Regulação nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói

Secretarias Municipais de Saúde	Instância / estabelecimentos	Função	Profissão
<b>Rio de Janeiro</b>			
<b>Gerência de câncer</b>	Secretaria Municipal RJ	Superintendente de Regulação-Suporte técnico de gerência de câncer	Ginecologista
<b>Atenção Primária AP.3.1</b>	Clínica da Família Dr. Filipe Cardoso	Responsável Técnico de medicina (RT), Preceptor de residência em clínica da família.	Médico de Família
<b>Atenção Primária AP 3.3</b>	Coordenação Geral de Atenção Primária	Gestão	Médico
<b>Atenção Primária AP 5.1</b>	Responsável Pelo Núcleo Interno de Regulação da Coordenação	Gestão	Médico
<b>Atenção Primária AP 5.3</b>	Centro Municipal de Saúde Centro Municipal de Saúde Dr. Cattapreta	Gestão	Médico
<b>Atenção Secundária AP 3.2</b>	Hospital Municipal Salgado Filho, Ambulatório de Patologia Cervical.	Consultas no ambulatório de patologia cervical	Médico
<b>São Gonçalo</b>			
<b>Atenção Primária</b>	Clínica municipal Gonçalense, ESF	Consultas de acordo com protocolo do MS para saúde da Mulher	Enfermeiro
<b>Atenção Secundária</b>	Ambulatório de Patologia Cervical e do PAISMCA, Hospital Luiz Palmier	Consulta e gerência do ambulatório de patologia cervical, obstetrícia planejamento familiar, CAF, conização e biópsias.	Ginecologista
<b>Regulação</b>	Complexo Regulador	Gerência de regulação, controle, avaliação e auditoria.	Administrador
<b>Duque de Caxias</b>			
<b>Atenção Secundária</b>	Hospital Moacyr do Carmo; Ambulatório de Patologia do trato genital inferior.	Ambulatório de patologia cervical	Ginecologista
<b>Niterói</b>			
<b>Atenção Primária</b>	Programa Médico de Família Palácio	Gestão e assistência	Médico
<b>Atenção Secundária</b>	Policlínica de Especialidades da Mulher Malu Sampaio	Ambulatório de patologia cervical e saúde da mulher	Ginecologista
<b>Regulação</b>	Comissão Municipal de	Membro da comissão de	Biomédica

	oncologia de Niterói	oncologia atua no atendimento as demandas de solicitação de tratamento na alta complexidade	
<b>Nova Iguaçu</b>			
<b>Atenção Primária</b>	Nova Iguaçu Saúde da Mulher PAISMCA	Gestão	Administradora
<b>Atenção Secundária e regulação</b>	Subsecretaria de atenção especializada e regulação	Gestão	Administradora

**Fonte:** Entrevista com gestores da Atenção Primária, Secundária e Regulação e com profissionais de saúde indicados por eles.

#### 4.4.1 Rio de Janeiro

##### **Processo de investigação e referência dos casos da NMCU**

Os gestores e profissionais dos níveis de atenção primária, secundária afirmaram que a organização da rede de atenção oncológica, da Secretaria Municipal do RJ segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção oncológica. A atenção básica é a porta de entrada do sistema, onde são realizadas ações voltadas para a promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce e apoio terapêutico como cuidados paliativos e ações clínicas para assistência a usuárias após o tratamento.

A estratégia de rastreamento e detecção precoce ocorre de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Todas as Unidades de Atenção Primária da SMS RJ estão estruturadas para acolher a mulher, com prioridade para as que possuem queixas inclusive com exames citológicos e anatomopatológicos procedente da rede privada.

Para as mulheres com alterações na citologia são realizadas buscas ativas para encaminhamento via Sisreg para Atenção secundária (ambulatório de patologia cervical) e se houver doença invasiva deste para o CER.

A regulação municipal é descentralizada. Assim médicos da atenção primária e secundária de saúde têm autorização para incluir solicitações de usuárias com NMCU ou suspeitas no sistema de regulação, o que permite maior agilidade e monitoramento do processo. A estrutura de apoio conta com dois laboratórios terceirizados para leitura de exames citológicos e histopatológicos, nas unidades de atenção secundárias, para biópsias e quatro hospitais gerais com rede própria.

Os agendamentos de consulta oncológica em unidades de atenção terciária são realizados através do Sistema Estadual de Regulação (SER), com inserção das solicitações pelas Áreas Programáticas de Saúde e regulação pela Central de Regulação Unificada (REUNI).

### **Obtenção do diagnóstico histopatológico**

As biópsias no município do Rio de Janeiro são realizadas no nível secundário, em nove unidades e em estrutura hospitalar. Existem dois laboratórios terceirizados para análises citológicas e anatomopatológicas e uma policlínica para coleta de biópsias e alguns hospitais têm rede própria para coleta e leitura do exame. Os ambulatórios de patologia cervical disponíveis são Hospitais Federais do Andaraí, Bonsucesso, Servidores do Estado; Hospitais municipais Salgado Filho, Piedade, Francisco da Silva Teles; Hospital Universitário Pedro Ernesto, Instituto de Ginecologia UFRJ, SMS Policlínicas Manoel Guilherme, PAM Bangu.

O tempo médio para resultado da biópsia é de 30 a 45 dias.

No Rio de Janeiro os dados do paciente, história clínica, resultados de exame são inseridos pelos médicos das áreas programáticas de saúde no SER pelos responsáveis técnicos de medicina, RT das UBS, reguladores na CAP e gerência de câncer que acompanham o andamento do agendamento. Há prioridade no atendimento das mulheres com lesões precursoras.

A regulação de procedimentos da atenção especializada no Sisreg é realizada conforme protocolo e fluxos estabelecidos pelo SMS e unidades executantes.

### **Dificuldades e sugestões de melhorias no acesso ao ingresso a linha de cuidado de NMCU na percepção dos gestores**

Para os gestores do Rio de Janeiro as dificuldades no acesso ao tratamento de NMCU no SUS foram relacionadas às “usuárias” e ao processo de entrega dos resultados.

“Usuárias sem cobertura de Estratégia de Saúde da Família fornecem endereços falsos para atendimento na unidade de saúde de sua preferência e no momento de realização da busca para o tratamento são encontradas dificuldades em localizá-las prontamente (...);

“Os resultados de análises realizadas em serviços terceirizados não contém sinalização nos casos de malignidade, sendo necessária a leitura de todos os resultados na busca de prioridades”;

As sugestões de melhorias dadas pelo Rio de Janeiro foram, relacionadas a intensificação de ações para promoção de saúde, vacinação

contra o HPV e melhoria na qualidade da coleta citológica. Sugeriram ainda a sinalização de resultados positivos pelos laboratórios na entrega dos resultados e a elaboração de indicadores para monitorização do processo.

#### **4.4.2 Relato de gestor representante da Central de Regulação Unificada – REUNI sobre o acesso ao tratamento de NMCU no estado do Rio de Janeiro**

Neste estudo foi entrevistado representante da gestão com o mesmo roteiro de entrevista utilizado para os gestores e profissionais dos cinco municípios mais populosos no RJ, porém foram respondidas somente as relacionadas com este serviço, Central Estadual de Regulação.

Foi relatado que a prioridade de atendimento é dada pelo médico regulador. Não existe tempo de espera para o início do tratamento. Há vagas imediatas para consultas e quinzenais para radioterapia.

A aplicação dos critérios de prioridade no agendamento da primeira consulta na alta complexidade é o grau de gravidade. A escolha dos serviços é definida de acordo com a oferta de prestadores próximos a residência do usuário. No caso de necessidade de radioterapia, após a avaliação do especialista na alta complexidade é solicitado nova inserção continuidade do tratamento.

O gestor percebe dificuldades no fluxo de encaminhamento ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS, Nas reuniões mensais para regulação unificada, o assunto aumento de oferta e disponibilidade de serviço se identifica como causa da demora para o

diagnóstico, onde parece residir o nó na rede. A oferta para diagnóstico é motivo freqüente de discussão. Sugere mudanças nos níveis primárias e secundárias com vistas a melhoras na dinâmica de realização do diagnóstico.

Ao participar de parte desse processo de acesso ao tratamento de NMCU refere frustração e sensação de cumprimento do seu dever. Diz fazer seu papel, mas há frustração.

“Se o processo for corrigido isso poderá ser diferente... O gargalo do tratamento será resolvido. Quem tem diagnóstico se queixa e quem não... Nem tem parâmetros para queixa esse é o tardio”.

#### **4.4.3 Duque de Caxias**

##### ***Processo de investigação e referência dos casos da NMCU***

No município a atenção primária é formalmente a porta de entrada do acesso a linha de cuidado da NMCU como preconiza o Ministério da Saúde com encaminhamento a atenção secundária pelo Sisreg e a alta complexidade pelo Sistema de Regulação Estadual. O município possui um laboratório qualificado para análise anatomopatológica.

##### **Obtenção do diagnóstico histopatológico**

No município de existem três unidades de Atenção Secundária para assistência à mulheres portadoras de lesões precursoras, uma oferece o serviço de coleta de biópsia. Este serviço é parte de uma unidade hospitalar geral e localiza-se em uma via expressa o que facilita o acesso de usuárias por

demanda espontânea e de procedência de outros municípios. Porém algumas usuárias chegam por demanda espontânea com citologias alteradas.

O resultado da biópsia fica pronto entorno de 15 dias e a consulta para recebimento do resultado ocorre de 30 a 40 dias devido ao déficit de profissionais de saúde na Atenção secundária.

Não foi possível entrevistar gestores da atenção primária e do complexo regulatório, impedindo a obtenção de informações sobre estes níveis em Duque de Caxias Duque de Caxias.

#### **Dificuldades e sugestões de melhorias no acesso ao ingresso a linha de cuidado de NMCU**

O gestor atribui as dificuldades no acesso a fatores multicausais. Refere-se à falta de vontade política no enfrentamento aos desafios para concretizar as diretrizes do SUS no município.

Relata “Falência do sistema, inversão de valores, prevalência de indicação e o fluxograma proposto pelo SUS não funciona (...)”. Sugere melhorias no processo de regulação através da inclusão da exclusividade da classe médica como técnicos de regulação.

#### **4.4.4 Niterói**

##### **Processo de investigação e encaminhamento dos casos da NMCU**

Em Niterói é utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, incluindo a realização do preventivo ginecológico na faixa etária preconizada e o

rastreamento populacional. No nível primário o ginecologista recebe e analisa os resultados dos exames preventivos e é realizada a busca ativa de mulheres com exames alterados. Estas usuárias têm os exames repetidos e se persistirem as alterações são encaminhadas a atenção secundária.

As biópsias são analisadas em um único laboratório conveniado. Nos casos de malignidade as pacientes são contatadas tão logo se obtenha o resultado e solicitadas a comparecer a consulta com a patologista cervical, que trata as lesões precursoras e encaminha a comissão municipal de oncologia os casos de malignidade para serem inseridos no SER.

### **Diagnóstico histopatológico**

Em Niterói as biópsias são prioritariamente realizadas na Policlínica Malu Sampaio e Hospital Municipal Orêncio de Freitas e ocasionalmente no Hospital Universitário Antônio Pedro. O tempo médio para resultado varia entre 15 e 45 dias.

### **Dificuldades e sugestões de melhorias no acesso ao ingresso a linha de cuidado de NMCU**

Os gestores apontam como dificuldades a demora entre o preventivo e o resultado da biópsia e na dinâmica de resolução para exames inconclusivos que geram retornos da usuária, novas coletas e demandas informais para coleta de biópsias gerando falhas no processo e retrabalho. Os problemas

relacionadas à usuária são devido a desvalorização do diagnóstico por elas e por causas sociais como a desestruturação familiar.

Para melhoria do acesso sugere um olhar mais amplo para realidade da população incluindo contexto social e epidemiológico mais aprofundado para obtenção de um planejamento adequado a comunidade regional e não apenas o cumprimento de metas. Sugerem ainda o aumento dos locais de coleta de biópsia.

#### **4.4.5 Nova Iguaçu**

##### **Processo de investigação e referência dos casos da NMCU**

Em Nova Iguaçu a Atenção básica coleta o exame preventivo e a análise é realizada no Inca através Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia, Sitec. Casos de citologia alterados são enviados para o Programa de Atenção Integral à Mulher, Criança e Adolescente, PAISMCA e os inalterados retornam para unidade de origem.

Há busca ativa para casos alterados é realizada pela na atenção primária com encaminhamento via Sisreg para Atenção Secundária onde as lesões precursoras são tratadas. Os casos de NMCU são enviados para o Complexo regulador municipal para inserção no SER de onde seguem agendadas para alta complexidade.

No processo investigativo não há relato sobre busca ativa para rastreamento, somente para as mulheres com alterações celulares no preventivo. A busca ativa é de grande importância para a prevenção e

diagnostico precoce esta ferramenta é essencial para iniciar as ações da linha de cuidado para NMCU<sup>97</sup>.

### **Obtenção do diagnóstico histopatológico**

No município de Nova Iguaçu as biópsias são realizadas no Centro de saúde Vasco Barcelos e não foi precisado o tempo decorrido entre coleta e resultado.

### **Dificuldades e sugestões de melhorias no acesso ao ingresso a linha de cuidado de NMCU na percepção dos gestores**

Em Nova Iguaçu os gestores identificam dificuldades na organização e na oferta de serviços diagnósticos. Há demora na análise do preventivo. Existem poucos colposcópios no município. Após o resultado da biópsia o processo até a alta complexidade é rápido.

Sugerem a descentralização dos serviços com a finalidade de agilizar o acesso ao tratamento no SUS.

#### **4.4.6 São Gonçalo**

##### **Processo de investigação e referência dos casos da NMCU**

A Atenção primária de saúde acompanha casos negativos para malignidade. A demanda para a UBS é espontânea. A demanda na UBS é espontânea. Não há busca ativa para rastreamento.

Pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família têm a coleta do preventivo feita por enfermeiras. As usuárias com alterações citológicas são avaliadas por médicos e as com persistência de citologias alterada são referenciadas para unidade de atenção secundária para assistência. Nos casos de confirmação de NMCU a atenção secundária referencia para o complexo regulador do município onde são inseridas no SER para solicitação de tratamento na alta complexidade.

### **Obtenção do diagnóstico histopatológico**

Em São Gonçalo a coleta é realizada no ambulatório de ginecologia do Hospital da Mulher, Luiz Palmier e as análises são realizadas em laboratório terceirizado. O resultado é dado em período entre de 15 a 20 dias úteis.

### **Dificuldades e sugestões de melhorias no acesso ao ingresso à linha de cuidado de NMCU na percepção dos gestores**

Para os gestores de São Gonçalo as dificuldades são o déficit na oferta de serviço para análise anatomopatológica e citológica na capacitação de recursos humanos na área de saúde, morosidade na dinâmica do fluxo da linha de cuidado de NMCU no município e a deficiência na educação em saúde.

*“O processo de leitura de lâmina citológica é demorado e há dificuldade na descrição do material citológico por falta de espaço no formulário ocasionando falha e retrabalhos (...);”*

Há demora no resultado da biópsia, por problemas de cobertura de custos junto ao serviço conveniado de laboratórios, levando parte das usuárias a realizar exames na rede privada para agilizar o processo de acesso.

Gestores de São Gonçalo sugerem padronização do rastreamento como serviço permanente, desmistificação do exame preventivo através de educação em saúde; inclusão de laboratórios qualificados para leitura citológica e anatomopatológica na rede conveniada do SUS no município.

Afirmam haver necessidade de humanização em todos os níveis de atenção incluindo aspectos como resolutividade, acolhimento, promoção de interação entre os níveis de atenção a saúde na busca de soluções para dificuldades no acesso, realização de exames e intervenções assistenciais e administrativas envolvidas neste processo.

#### **4.4.7 Regulação de vaga para tratamento de NMCU nos municípios**

Todos os municípios alvo deste estudo seguem o fluxo traçado pelo MS e após o recebimento do resultado com a confirmação diagnóstica a paciente é solicitada a comparecer à consulta na unidade básica onde é informada sobre o diagnóstico e da necessidade de tratamento no nível terciário.

Os agendamentos para consulta oncológica em unidades de atenção terciária são realizados utilizando a plataforma SER. Em todos os municípios existem estruturas denominadas de Complexo reguladores que consistem em locais equipados com pessoal e ferramentas de informáticas com área de domínio territorial restrita com a finalidade de organizar o conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada

para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda necessária ao usuário.

No Rio de Janeiro o acesso ao sistema eletrônico Sisreg e SER é descentralizado, ou seja, existem médicos que são responsáveis técnicos com acesso ao sistema na atenção primária e secundária.

O município de Niterói conta com uma comissão de oncologia, formada por assistente social, biomédico, médico e um administrativo que analisam os casos com relação à prioridade do agendamento. Nos demais municípios os dados são inseridos no complexo regulador.

O período desde o resultado do exame citológico alterado, avaliação pela atenção secundária até a alta complexidade, segundo gestores e profissionais dos municípios no estudo é de cerca de 60 dias, com quatro consultas em média dependendo da evolução clínica ou execução de exames solicitados.

O tempo informado pelos gestores dos cinco municípios entre coleta e resultado da biopsia esteve entre o mínimo de 15 e o máximo de 45 dias.

O tempo de espera entre a solicitação do agendamento no Cacon e Unacon e a primeira consulta na alta complexidade é de 7 a 15 dias.

Os casos de NMCU são inseridos no sistema de regulação, assim que a usuária se encontra de posse da guia de referência. Todos os municípios têm o fluxo de acesso à alta complexidade preconizado pela portaria 140, 2014 da Secretaria de Atenção a Saúde <sup>94,98</sup>.

### **Sentimentos expressos pelos gestores ao participar da linha de cuidado do NMCU**

Os gestores e profissionais da Atenção primária, secundária e regulação dos cinco municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro e da gerência de câncer do Rio de Janeiro ao serem abordados sobre como se sentiam participando do processo de acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero reafirmaram dificuldades e trouxeram em sua falas expressões de satisfação, conquista, desafio, alegria, frustração, e tristeza.

*“Prestigiado em contribuir para melhoria da saúde da população menos favorecida”;*

*“Contribuindo para melhor assistência a saúde da mulher e para o SUS melhorando à assistência e qualidade do atendimento para hospitais terciários devido ao encaminhamento de pacientes já com diagnósticos definidos”.*

*“Ter que promover o acesso às mulheres dentro da faixa etária promovendo ampliação do cuidado e prevenção”;*

*“O cuidado integral na atenção básica ”;*

*“Algo que oscila entre frustração e alegria por reconhecer que participa ativamente do processo fazendo o seu melhor”*

*“Impotente por não ter dinheiro para aquisição de insumos e para admitir profissionais, o que facilitaria e agilizaria o fluxo de tratamento de lesões precursoras sem necessitar de encaminhamentos para hospitais e internação”;*

*“Vejo intervenção da política como algo ruim para o sistema, trazendo sujeira, corrupção e não enxergando o lado humano”.*

*“O meu sentimento é de tristeza e impotência diante destes fatos”.*

## 5. Análise Situacional

As dificuldades e propostas de melhorias no acesso ao tratamento de NMCU referidas pelas usuárias e onginecologistas do SUS, bem como dos gestores da atenção primária, secundária e regulação subsidiaram a construção de uma rede explicativa, segundo o enfoque do PES. Os nós críticos foram identificados para sistematização da avaliação do acesso ao tratamento de NMCU iniciado em estadiamento avançado.

O método permite um exame detalhado do processo organizacional e do esclarecimento de fatores particulares ao caso que podem levar a um maior entendimento da causalidade, mostrando-se adequado para a avaliação do acesso ao tratamento de NMCU <sup>91</sup>.

O NMCU tem incidência alta no Brasil. A prevenção é realizada no âmbito da saúde pública. No entanto, neste estudo o diagnóstico de 40% das usuárias entrevistadas ocorreu em estadiamento avançado. As usuárias eram procedentes dos municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro o que nos leva a refletir sobre o que ocorre nos menos populosos e com menos recursos.

A participação dos atores intra-institucionais é fundamental no processo de planejamento, ouvi-los é necessário para uma avaliação inicial sobre sua percepção sobre o assunto a ser trabalhado para identificação e intervenção sobre os problemas. O consenso derivado de opiniões distintas é rico e abrange o universo do contexto social e institucional

Neste estudo não houve interação direta entre os atores e a Rede de causalidade (Fluxograma situacional) foi construída com base nas respostas dos atores – gestores, oncologistas e mulheres - entrevistados e dos registros de prontuário. A rede foi considerada em sua causalidade multifacetada e o

olhar situacional foi ancorado na diversidade de atores entrevistados e os dados de prontuários que trouxeram uma visão mais ampla.

Na leitura para análise dos resultados da pesquisa foram destacadas as respostas às seguintes perguntas:

Para usuárias, “teve alguma dificuldade no encaminhamento ao Inca”, no caso de resposta positiva “quais foram as dificuldades”, “acha que algo deveria ser mudado no fluxo entre diagnóstico e a primeira consulta com oncoginecologista”. “Se a resposta fosse positiva “quais seriam as sugestões para melhorias”;

Para oncoginecologistas, “descreva o fluxo de acesso para tratamento de NMCU no Inca e aponte dificuldades, se houver”, e se resposta positiva “descreva” e “se conseguir identifique a causa”. Foi perguntado se “há necessidade de mudança no fluxo de acesso e quais”;

Para gestores da atenção primária, secundária e regulação foi perguntado se “na sua vivência percebe dificuldades no fluxo de acesso ao tratamento de NMCU no SUS”, se resposta positiva “descreva e identifique as possíveis causas”. Foi perguntado se “há necessidade de mudanças no acesso ao tratamento de NMCU no SUS e quais”. As respostas foram compiladas no quadro 6.

As informações de prontuário considerados para o momento explicativo foram relativas ao tempo de 73 dias decorrido entre a biópsia e o ingresso na alta complexidade; o tempo decorrido entre o ingresso na alta complexidade e o início do tratamento de 74 dias; e 40% de início do tratamento em caso avançado.

**Quadro. 6** Dificuldades, causas, conseqüências e sugestões de melhorias no acesso ao tratamento de NMCU no SUS nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói

Ator	Dificuldade/Problema	Causas	Sugestões	Conseqüências
<b>Usuárias, 23% das entrevistadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Peregrinação entre referência e contra-referência;</li> <li>-Demora no diagnóstico e nas consultas;</li> <li>-Necessidade do uso de informalidade (jeitinho) e judicialização;</li> <li>-Desorganização da rede do SUS;</li> <li>-Difícil processo de diagnóstico;</li> <li>-Fila da radioterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informações incorretas;</li> <li>-Déficit de profissionais de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Agilidade no diagnóstico;</li> <li>-Aumento da oferta de todos os serviços relacionados à linha de cuidado do NMCU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de resolutividade e humanização.</li> </ul>
<b>Oncoginecologista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico inadequado;</li> <li>-Déficit de profissionais na Atenção primária e secundária;</li> <li>-Fila da radioterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Déficit de profissionais especializados, equipamentos (colposcópios) e serviços de análise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhora na investigação;</li> <li>-Garantir tratamento de lesões precursoras;</li> <li>-Aumento da oferta de serviço e da qualificação profissional;</li> <li>-Empoderamento da mulher pela educação e nível econômico;</li> <li>-Criação de pólos de patologia para coleta e análise de biópsias;</li> <li>-Promoção de reuniões e conversas entre os níveis de atenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desestruturação do atendimento;</li> <li>-Baixa cobertura;</li> <li>-Baixa qualidade do serviço;</li> <li>-Desorganização de referência e contra-referência;</li> <li>-Demora no resultado de biópsias.</li> </ul>
<b>Gestor RJ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Processo de entrega de resultado de exames;</li> <li>-Localização de usuárias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausência de identificação dos casos com alteração;</li> <li>-Endereços errados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitação de profissionais de laboratórios;</li> <li>-Programas de promoção de saúde</li> <li>-Criação de monitoria e indicadores na UBS.</li> </ul>	

<b>Gestor REUNI</b>	-Demora no diagnóstico.		-Aumento da oferta e disponibilidade de serviços de diagnósticos; -Melhoria na dinâmica de realização diagnóstica.	
<b>Gestor Duque Caxias</b>	-Demora no diagnóstico.	-Falta de vontade política para enfrentar os desafios do acesso.	-Classe médica como técnico de regulação.	
<b>Gestor Niterói</b>	-Demora no diagnóstico e na resolução de casos inicialmente inconclusivos.		-Inclusão do contexto social e epidemiológico nos planejamentos; -Aumento da oferta de serviço para biópsia.	
<b>Gestor Nova Iguaçu</b>	-Organização e oferta de serviço diagnóstico; -Demora no diagnóstico.	-Poucos colposcópios no município.	-Descentralização dos serviços de diagnóstico.	
<b>Gestor São Gonçalo</b>	-Déficit de oferta de serviços de análise citológica e anatomopatológica; -Demora no diagnóstico; -Baixa capacitação de recursos humanos; -Ausência de programa de rastreamento; -Deficiência na educação em saúde.	-Baixa cobertura municipal para custo de serviços laboratoriais.	-Padronização de serviço permanente de rastreamento; -Educação em saúde; -Aumento da oferta de serviço laboratoriais; -Humanização, acolhimento, resolutividade e interação entre os níveis de atenção	

**Fonte:** Entrevista com usuárias e médicos do Cacon Inca e gestores da atenção primária, secundária e regulação dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

Para o momento explicativo onde ocorre a seleção e compreensão dos problemas foram listadas as descrições de problemas descritos pelos atores no estudo e analisados. Como critério para grau de valor foi utilizado o valor do problema para a usuária em relação ao acesso ao tratamento de NMCU no SUS, considerando o impacto do problema em relação ao acesso em estadiamento inicial. Como descritor de valor foram utilizadas as palavras baixo, médio e alto <sup>99</sup>.

Os problemas foram categorizados por foco para realização de protocolo de seleção e posterior elaboração do fluxograma situacional

**Quadro. 7** Causas apontados por usuárias, médicos e gestores do SUS, no acesso ao tratamento de NMCU no SUS e impacto considerado sobre o problema.

Causas do Problema expressas nas falas dos entrevistados	Impacto sobre os descritores do problema		
	Baixo	Médio	Alto
1. Deficiência na entrega de exames citológicos e anatomopatológicos			X
2. Dificuldade para localizar usuárias para entrega de exames de biópsias e citológicos com alterações		X	
3. Demora para o diagnóstico			X
4. Demora na resolução de diagnósticos inicialmente inconclusivos			X
5. Desorganização do serviço diagnóstico			X
6. Déficit de oferta de serviço diagnóstico			X
7. Falta de rastreamento		X	
8. Déficit na capacitação de profissionais de saúde		X	
9. Deficiência na educação em saúde		X	
10. Diagnósticos inadequados			X
11. Demora no agendamento de consultas em todos os níveis de atenção		X	
12. Peregrinação entre referência e contra-referência		X	
13. Desorganização do acesso ao tratamento de NMCU		X	
14. Ocorrência de acesso alternativos, judiciais e informais		X	
15. Demora do tratamento após ingresso na alta complexidade		X	
16. Fila da radioterapia		X	

**Fonte:** Entrevista com usuárias e médicos do Cacon Inca e gestores da atenção primária, secundária e regulação dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

O processo de realização de exames citológicos e anatomopatológicos e a dificuldade nos agendamentos de consultas foram as dificuldades mais citadas nas falas. Contudo, a escolha dos nós críticos segundo o enfoque do PES exige uma análise situacional que responde aos critérios: alto impacto sobre os descritores do problema, centro prático de ação e oportunidade política. Os seguintes nós críticos foram identificados.

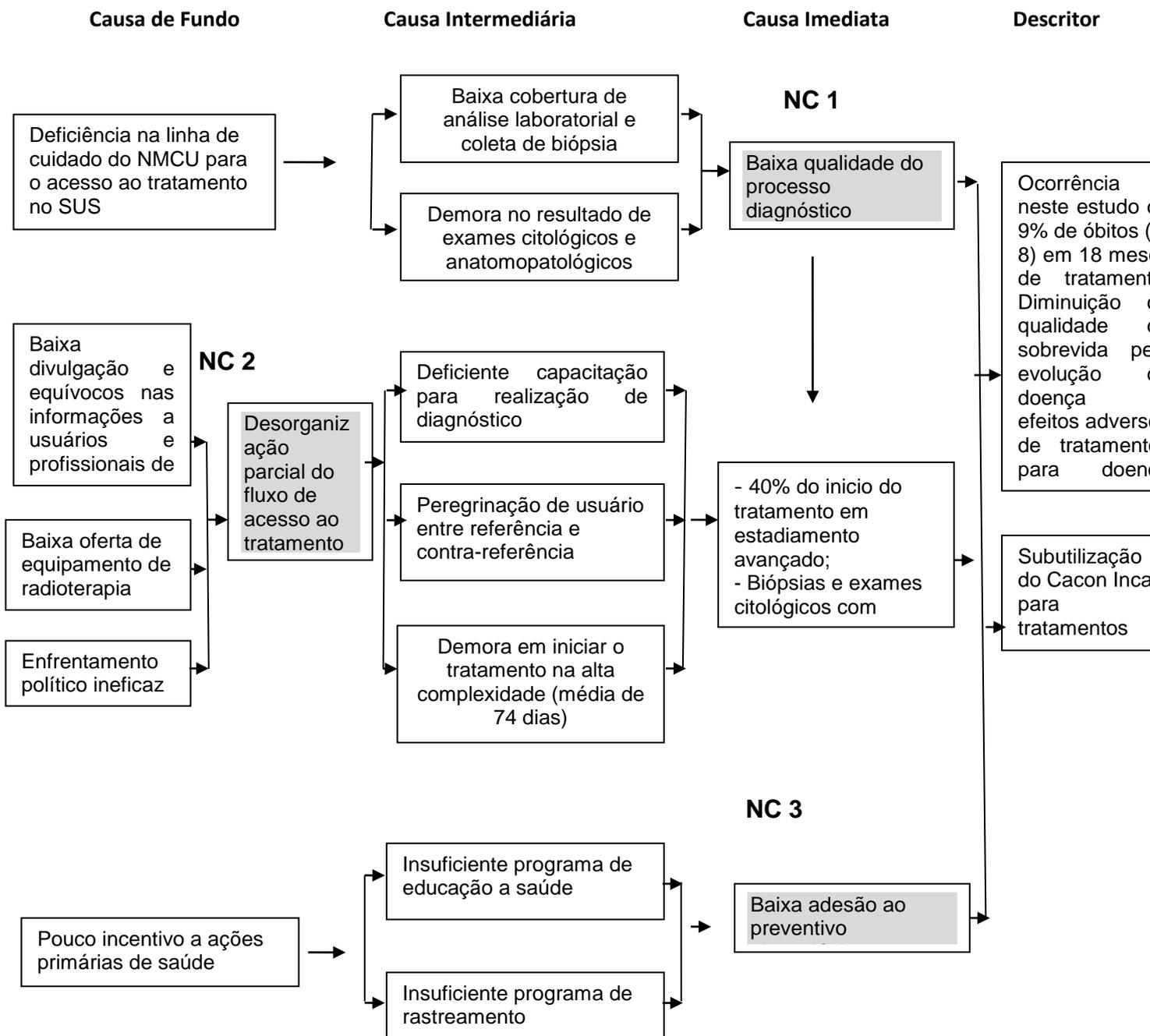
**NC. 1** Baixa qualidade do processo diagnóstico

**NC. 2** Desorganização parcial no fluxo de acesso ao tratamento de NMCU

**NC. 3** Baixa adesão ao preventivo ginecológico

**Problema:** Início tardio do tratamento de NMCU no SUS em estadiamento avançado no Sisreg.

**Quadro. 8** FLUXOGRAMA SITUACIONAL



NC: Nó crítico

Fonte: Tese sobre Acesso ao tratamento de Neoplasia maligna do colo do útero no SUS

As sugestões para solução do NC 1 – “Baixa qualidade do processo diagnóstico” foram coerentes com as causas para melhora do processo diagnóstico. Sugestões como a criação de pólos de coleta e análise de biópsias aumentando assim a oferta de serviços não concorrentes com outras demandas promovendo uma dinâmica mais ágil e a garantia do tratamento de lesões precursoras. Bem como a capacitação de profissionais de laboratórios. Os atores no estudo estão afinados com a situação do acesso ao tratamento de NMCU por vivenciá-las como profissionais e usuários. Suas sugestões coincidem com instancias envolvidas nesse processo. A criação de pólos diagnósticos é proposta da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro publicada em maio de 2017 no Plano Estadual de Atenção Oncológica<sup>100</sup>.

Anualmente o Inca oferece vagas para técnicos de anatomia patológica com vínculo empregatício para capacitar na área da histotecnologia, para atuarem em serviços de anatomia patológica e pesquisas científicas, respeitando as normas de boas práticas em laboratório, bem como os aspectos humanos e éticos.

No entanto estas ações devem ser implementadas de forma a atender a demanda de usuárias melhorando de fato o acesso ao tratamento e qualificando os exames.

Para o NC 2” Desorganização parcial do fluxo de acesso ao tratamento de NMCU no SUS”, foram sugeridos: promoção de reuniões e conversas entre os níveis de atenção; a inclusão do contexto social e epidemiológico nos planejamentos, e a humanização, acolhimento, resolutividade nas abordagens ao usuário. A interação entre os níveis de

atenção promoveria um ajuste no fluxo e a participação das usuárias traria uma contribuição preciosa para a adequação gerencial e utilitária do SUS para esse processo.

Em relação ao NC 3 “Baixa adesão ao preventivo”, as sugestões tiveram caráter abrangente envolvendo área econômica, educação e gestão organizacional. Foi referido que o empoderamento da mulher pela educação e o nível econômico modificaria o quadro através de conhecimento e cobrança de melhores serviços. Padronização de serviço permanente de rastreamento e de educação em saúde aumentaria a adesão, aliados a consideração do contexto regional das mulheres. A criação de monitoria e indicadores na UBS contribuiria para o mapeamento epidemiológico essencial para o planejamento.

## 6. Discussão

### O acesso das mulheres com NMCU ao tratamento no SUS

O acesso ao tratamento de NMCU envolve fatores multivariados, que influenciam o processo. Com relação às usuárias, a adesão a linha de cuidado e a organização da oferta de serviço são fatores determinantes no tocante às dificuldades.

Neste estudo o perfil sócio demográfico confere com o descrito na literatura para usuárias com NMCU, ensino fundamental e baixo nível sócio econômico.

Estudos sobre adesão a exames preventivos desenvolvidos acerca de dez anos apontavam, sobrecarga com as responsabilidades no cuidado a família, desinformação, ausência de sintomas, vergonha, tabus, como fatores que influenciam a não adesão é, dessa clientela ao hábito de realização do preventivo<sup>101,102</sup>. A identificação das causas está sustentada por artigos científicos, porém os problemas persistem sem que ajam transformações na prática do profissional de saúde e atendimento das necessidades dessas mulheres<sup>98</sup>.

O desconhecimento da doença por parte da população associado às dificuldades para o diagnóstico sedimenta o hiato entre o início da doença e a confirmação diagnóstica. No cotidiano profissional em serviços de oncologia do SUS histórias de desinformação sobre as causas e manifestações clínicas da doença se repetem<sup>105,103</sup>.

No percurso de descoberta e enfrentamento da doença as dificuldades aumentam durante a busca de confirmação diagnóstica e tratamento em consultas nem sempre resolutivas.

O bom atendimento se caracteriza não apenas pela qualidade expressa pela educação e gentileza do profissional, mas pela resposta adequada e resolutiva ao motivo pela busca deste atendimento.

A busca pelo acesso ao tratamento é árdua e se caracteriza por percursos diferentes de acordo com os recursos e contextos individuais. Neste estudo o início do percurso ocorreu no serviço privado, urgências, atenção secundária, hospitais gerais, militares, atendimentos informais entre outros e a sequência foi aleatória terminando sempre pela referência para o ingresso na regulação e alta complexidade.

A diversidade de percursos espelha a organização da rede e o contexto social. Características do contexto sócio-organizacional e geográfico influenciam o que Donabedian, 1973 chama de acessibilidade<sup>103,105</sup>. Em todos os municípios exceto Niterói onde a prevalência de acesso foi através da UBS, o serviço privado e a atenção secundária foram a porta de entrada. O fato reflete uma população de 25% de mulheres no mercado de trabalho com uso de plano de saúde para o passo de descobrimento da doença e no caso do início pela atenção secundária, a busca se dá em situações de sangramento e dor levando ao atendimento em serviços hospitalares com encaminhamento subsequente para ambulatórios de patologia cervical.

O mito da doença e a fragilidade emocional se instalam quando o diagnóstico está quase confirmado, surgindo sentimentos que foram expressos na entrevista. A notícia inesperada do adoecimento levou a reflexões e reações sobre a vida e a possibilidade de morte com reflexos no contexto social, cultural e familiar, e foram expressas pelas mulheres ao serem abordadas sobre como se sentia emocionalmente antes da primeira consulta na alta complexidade.

O motivo é subjetivo, individual e associado a características do contexto de cada história de vida. Neste estudo o sentimento de aceitação caracterizada por confiança, tranquilidade e esperança ou a ausência deste sentimento se mostrou ligada à rede apoio, nível de informação e história de vida. Pacientes com rede social de suporte familiar, afetivo, religioso e de informações apresentaram nível de aceitação mais rápido dos que as que não o referiram rede<sup>89</sup>.

De acordo com as diretrizes do SUS o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e igualitário. O princípio da universalidade no SUS significa que a ele compete atender a toda população, nos serviços de saúde oferecidos pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, serviços privados

conveniados ou contratados com o poder público. O acesso equitativo se dá pelo respeito aos direitos de cada um, segundo as suas diferenças<sup>102</sup>. No entanto, para aplicação eficaz do sistema a uma população é preciso basicamente conhecer o perfil epidemiológico regional e social bem como os recursos necessários para resolução do problema identificado <sup>101,103</sup>.

No caso das mulheres neste estudo alguns fatores constituíram como limitantes ao acesso como a organização da rede, forma de acesso e o processo diagnóstico. Sua identificação foi claramente definida nas respostas ao serem indagadas sobre a existência de dificuldade no acesso ao tratamento no SUS. As colocações das usuárias foram de que a readequação do sistema é imprescindível para que este possa atender a realidade contextual da população. Apontam a necessidade de inclusão de demandas relacionadas às condições de vida, habitação, nutrição, educação, culturais, de transporte, pessoais, populacionais, socioeconômicos e contexto situacional individual no planejamento de saúde <sup>104,105</sup>.

A universalidade é um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo acessível a toda a população. De fato, todos os cidadãos brasileiros estão aptos a ingressar no sistema, mas a oferta e meio de ingresso se constituiu em objeto de sugestões para melhorias.

A equidade diz respeito à oferta de igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Neste estudo pudemos observar a desigualdade sofrida por um grupo de mulheres de baixa escolaridade e renda frente ao adoecimento por NMCU e o enfrentamento do percurso de acesso ao tratamento no SUS.

A integralidade, um princípio finalístico do SUS encontra-se em processo de alcance no SUS e integrou o elenco de sugestões das usuárias. As ações de integralidades se cumpridas diminuiriam a incidência da doença através da promoção a saúde, detecção precoce e prevenção de riscos e agravos e assistência traçados para linha de cuidado da NMCU<sup>106</sup>.

Estudo conduzido por Viegas, (2015) sobre análise do acesso ao serviço de saúde verificou que na dimensão operacional há lacunas na cobertura, marcação de consultas, acolhimento, barreiras geográficas referencia e contra referencia.

Neste estudo a descrição dos dados de insatisfação das usuárias incluíram abordagem profissional, demora no agendamento de consultas e exames, falta de informações ou inadequação ao nível de compreensão do usuário sobre critério de indicação de tratamento, déficit de profissionais. A demora no início do tratamento surgiu em uma categoria recorrente neste estudo “a fila da radioterapia”, também referida pelos médicos, que embora não faça parte da primeira consulta influencia a percepção de atendimento no nível terciário, onde o tratamento é o objetivo final<sup>107</sup>.

A rede do SUS apresenta dificuldades no acesso e na continuidade da assistência em todos os níveis. Na alta complexidade há profissionais especializados, equipamentos de alta tecnologia e financiamento exclusivo. As queixas do usuário referentes a este nível de atenção tiveram base em peculiaridades das tecnologias leves que influenciam na qualidade da assistência<sup>108</sup>.

A atitude de gestores e profissionais deve ser fundamentada nos princípios e programas do SUS, como o de humanização tornando o mesmo uma realidade na prática profissional<sup>110</sup>. A adaptação dos cuidados de forma efetiva e aliada as expectativas de usuários e família dentro dos limites possíveis para tal, podem contribuir eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado se traduzindo em aceitabilidade <sup>109, 110</sup>.

A portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde que dispõe sobre os direitos dos usuários foi instituída com o objetivo de garantir entre outros atendimentos adequados, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento; o direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação; ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com

os serviços; ter responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção e ter direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação<sup>113</sup>.

A base de relacionamento com usuário do SUS como cidadão contribuinte deveria ter a mesma força que há no atendimento ao cliente privado em relação às leis de proteção ao consumidor. Neste estudo o atendimento no SUS apresentou um percentual de 28% de respostas sinalizando algum grau de insatisfação, relacionado a desrespeito de princípios pactuados pelo SUS com a população brasileira.

No cotidiano assistencial e administrativo do Cacon no estudo de forma regular e institucionalizada o consentimento livre e esclarecido para procedimentos e exames invasivos é utilizado, bem como o esclarecimento de fluxo e atendimento, motivo da indicação de tratamentos, realização de exames e prognóstico. Porém, o processo assistencial demonstrou abordagens não adequadas ferindo princípios da humanização e gerando constrangimento em alguns episódios relatados pelas usuárias.

Nos dados obtidos nos prontuários houve 40% casos de estadiamento avançado na primeira consulta na alta complexidade, o que demonstra falha em alguma fase do acesso.

O ingresso na alta complexidade em fase tardia ratifica a existência de dificuldades para a realização do diagnóstico, caracterizando o fato como nó crítico na rede da linha de cuidado do CCU que antes de se desfazer para avançar para o tratamento provoca um hiato irreversível no controle da doença. O quadro é preocupante, o estadiamento entrada é avançado e a condição clínica não favorece a uma boa resposta ao tratamento<sup>112</sup>.

As usuárias no estudo ingressaram na alta complexidade em 2015 e foram entrevistadas de dezembro de 2016 a janeiro de 2017, perfazendo um total de 23 meses em acompanhamento no Inca. A época da entrevista 89% estava em seguimento após tratamento. Na revisão de prontuário havia um percentual de óbito de 9%, configurando um retrato da consequência do

acesso inadequado ocasionando comprometimento da qualidade de sobrevivência, tratamentos paliativos e mortes evitáveis.

Ao observar em prontuário a linha temporal traçada entre a suspeita inicial e a confirmação diagnóstica pode-se observar variedade temporal entre municípios. Este fato reflete a gestão da linha do cuidado de NMCU a nível municipal em relação a, oferta e disponibilidade de serviços de coleta e análise de exames citológico e anatomopatológico, dinâmica de fluxo até o resultado da análise e da referência para outros níveis de atenção.

O período temporal entre o diagnóstico confirmado até a referência para a alta complexidade via SER foi uma média de 28 dias, para o ingresso na alta complexidade é de 17 dias, variando no município de Nova Iguaçu em dez dias a mais do que a média. A média temporal entre o ingresso na alta complexidade e o início do tratamento é de 74 dias.

Corroborou com este nó o hiato temporal provocado pelo período para atendimento na atenção primária para o exame citológico, o tempo para análise, a consulta para informação do resultado e o agendamento no Sisreg para atenção secundária.

Neste estudo a coleta citológica e o tempo para análise não puderam ser contabilizadas devido à ausência do dado em prontuário. Para ingresso na alta complexidade é solicitado para confirmação diagnóstica apenas a biópsia e as lâminas. A efetivação do uso do prontuário eletrônico com cobertura de todos os usuários do SUS permitiria uma melhor compreensão deste percurso e uma visão integral das necessidades de cuidado em saúde da usuária.

O cumprimento desta lei exige esforço político governamental, no sentido de instrumentalizar os níveis de atenção ao cuidado com câncer e colo do útero e da ação de gestores, profissionais e de usuários, em todos os níveis de atenção em prol da correção de falhas que levam a este cenário.

Os desafios do SUS para a correção de problemas na linha de cuidado da neoplasia maligna do colo do útero, são fundamentalmente baseados na promoção e prevenção através da intensificação do rastreamento na população preconizada pelo Ministério da Saúde e na cobertura vacinal de meninos e meninas contra o HPV para melhora do quadro a longo prazo; na dinâmica de confirmação diagnóstica na atenção secundária com referência imediata ao

SER; e na eliminação de fatores que retardam o início do tratamento na alta complexidade.

### **A visão dos oncoginecologistas do SUS sobre o acesso ao tratamento NMCU**

A posição dos médicos especializados em oncologia ginecológica na linha de cuidado do NMCU permite uma visão do final da linha e das conseqüências deste acesso. A percepção dos oncoginecologistas no atendimento inicial aponta para falha em algum ponto da linha de cuidado traçada para a prevenção e o controle d NMCU. A doença tem evolução progressiva e lenta. A lesão inicial é curável e para fase invasiva, o câncer propriamente dito, há um intervalo temporal de cerca de 10 anos variando com contexto histológico e imunológico de cada caso <sup>113</sup>.

O atendimento de casos avançados no ingresso na alta complexidade aponta para o indício de descumprimento da política de saúde da mulher. A estrutura disponível para o controle da NMCU parece não ser utilizada com eficácia. Variáveis de possível manejo, como exames periódicos, busca ativa para informação de resultados alterados, incentivo a hábitos saudáveis e informação no nível necessário a cada mulher não alcançam a cobertura necessária. O desafio do SUS está associado com ações de rastreamento e dificuldades de adesão <sup>97, 114</sup>.

O percurso de acesso é permeado por sofrimento físico é ocasionado pela evolução da doença ainda não confirmada. A demora do diagnóstico parece ser um dos obstáculos ao acesso. Os entraves administrativos geralmente estão relacionados à realização da biópsia que é critério para ingresso na alta complexidade.

A atenção primária atua como agente de integralidade entre os níveis de atenção, desenvolvendo ações preventivas e assistenciais e atendendo a necessidades de saúde da população. Este nível de atenção tem suas ações padronizadas com capacitação específica para cada cargo. O exame

preventivo de NMCU é ação de médicos e enfermeiros treinados, bem como função delegada a outros profissionais como técnicos de enfermagem e agentes de saúde conforme portaria reguladora. Falhas na técnica de coleta, reconhecimento de sinais, sintomas, características teciduais do colo de útero cujo padrão é de consenso mundial podem acarretar decisão equivocada ocasionando danos irreversíveis no controle da doença <sup>8,71</sup>.

Há necessidade de intensificar os treinamentos das diversas categorias e incluir neste a desmistificação de domínio de categorias relacionadas à linha de cuidado do NMCU, bem como a modernização do parque tecnológico dos laboratórios.

As afirmações dos médicos sobre a ocorrência de equívocos nos diagnósticos se fundamentam nas biópsias com resultados destoantes após revisão na alta complexidade. Sobre a “fila da radioterapia”, a referência ao SER para o tratamento associada ou não a quimioterapia é realizada na primeira consulta na alta complexidade, momento em que o tratamento é indicado. A autorização para o início do tratamento ocorre em cerca de 45 dias. Após a realização desta etapa do tratamento há uma nova e mais demorada regulação para iniciar a braquiterapia cujo tempo varia de 1 mês a 2 meses, diminuindo ou anulando a eficácia do tratamento. As dificuldades no acesso à alta complexidade e ao tratamento radioterápico ocasionam tratamentos tardios, perda da possibilidade de cura ou controle da doença, diminuição da qualidade de sobrevivência e aumento no custo do tratamento entre outras perdas de dimensões imensuráveis.

A radioterapia é empregada em 70% dos tumores sólidos, como tratamento adjuvante ou neoadjuvante. No entanto, o parque de equipamentos e de recursos humanos disponíveis no estado do RJ não é suficiente para demanda. A OMS recomenda que haja um aparelho de radioterapia para cada 600 mil habitantes. Hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a cerca de 90% dos pacientes oncológicos, conta com 220 máquinas, quando deveria ter, pelo menos, 330 <sup>115,116</sup>.

Com a finalidade de reduzir o tempo médio de espera pela radioterapia no município do RJ, foi elaborado um plano de ação para reduzir a zero, no prazo máximo de 60 dias, o número de pacientes que precisam de radioterapia

e que já tenham ultrapassado o prazo para iniciar o tratamento. Esta resolução decorreu da observação da insuficiência de vagas.

O fato é motivo de alerta e deveria ser monitorado com persistência, utilizando indicadores e trabalhado à exaustão para eliminar as barreiras que impedem o tratamento inicial até 60 dias após diagnóstico.

Assim, Ministério público federal e estadual em conjunto decidiram que os pacientes tratados em hospitais localizados no Rio de Janeiro que necessitem de radioterapia devem ser cadastrados em fila única no Sisreg, cujo gestor é a Secretaria de Saúde do município do RJ. Cabe exclusivamente ao gestor municipal providenciar o agendamento das avaliações iniciais destes pacientes junto aos prestadores de radioterapia<sup>17</sup>.

Esta decisão proporcionou equidade na oferta de vagas, porém provocou uma descontinuidade na assistência iniciada a usuárias matriculadas em instituições que possuíam este serviço, sobretudo para as com indicação de tratamento combinado com quimioterapia. Este tipo de tratamento deve ser realizado em concomitância para obter ação sinérgica e aplicação a terapia em instituições distintas inviabiliza a disponibilização do registro do processo de assistencial (prontuários), dificultando ações integrais. Há dificuldades nos deslocamentos do usuário para atendimento em dois serviços.

O Cacon Inca tem funcionários treinados para cadastrar no Sisreg os pacientes matriculados no Instituto que necessitam de radioterapia. E este é realizado tão logo o tratamento é indicado, no entanto a demora em iniciar o tratamento é fato descrito como dificuldade ao acesso do tratamento de CCU por médicos da alta complexidade e constituem barreira para o cumprimento do prazo de 60 dias entre registro do diagnóstico em prontuário e início do tratamento para cumprimento da Lei nº 12.732/12<sup>115</sup>.

O alcance da eficácia da linha de cuidado da NMCU deriva de uma conjunção de saberes, ações e diretrizes intersetoriais que formam a base das políticas públicas de promoção à saúde envolvendo educação, saúde física, mental e social, numa perspectiva ampla de combate a causalidade do

processo saúde doença. A capacitação técnica de gestores e profissionais envolvidos neste processo é essencial para realização com eficácia dos passos dessa linha de cuidado em conformidade com as diretrizes traçadas para saúde da mulher<sup>114</sup>.

O SUS em todos os níveis é afetado pela crise do Estado atingido pela influência política, gerando aumento da burocracia, insegurança em todas as instâncias gerenciadas pelo Estado, interesses privados, gestão inadequada de pessoas, processos e insumos e, insegurança no trabalho. Este é o cenário em que atuam os profissionais da saúde em todos os níveis de atenção<sup>92</sup>.

Os oncoginecologistas referiram como dificuldade para o acesso à deficiência na capacitação dos profissionais para o cumprimento do protocolo de promoção, prevenção do NMCU, na dinâmica de referencia dos casos de lesões precursoras para avaliação e controle e na atuação da rede de laboratórios de análise citológicas e anatomopatológicas de forma eficaz e em tempo adequado.

Foi pontuado pelos médicos o baixo nível socioeconômico e de educação da clientela como causa de falha na eficácia da linha de cuidado. O desconhecimento da doença associado a necessidade de sobrevivência em trabalhos informais e mal remunerados, ocupa lugar social que as impede de buscar prevenção e até mesmo tratamento em fase precoce. Esta causa é de difícil controle, por estar fora da governabilidade dos atores entrevistados no estudo, mas importante do ponto de vista de uma solução mais permanente para problema. O empoderamento das usuárias traria melhor disposição para compreensão e assimilação das informações sobre a vida e geraria cobrança por um acesso eficaz <sup>88</sup>.

O aumento da oferta de serviço e a educação permanente em serviço podem contribuir para correção de algumas das causas de dificuldades apontadas pelos médicos. Estas propostas, associadas à interação com os usuários buscando compreender o processo de adoecimento vivenciado individualmente, podem contribuir para melhoria do acesso e da atenção em saúde<sup>117</sup>.

As sugestões apontadas correspondem a real necessidade de melhoria na rede e é confirmada por autores que estudam o tema <sup>95</sup>.

Atuar nesse contexto é sofrido para o profissional de saúde. Dar más notícias faz parte do cotidiano na triagem para tratamento na alta complexidade. Embora as mulheres saibam que foram acometidas por câncer, a doença é avançada se constitui em uma segunda má notícia. Por esta causa o fato de terem acesso a uma instituição com legitimidade social de referência para o tratamento de câncer se constitui em frustração, por não poderem usufruir da estrutura disponível para tratamento para cura ou controle. Chegaram tarde demais...

O Cacon no estudo é estruturado para tratamento da NMCU em qualquer estágio, incluindo especialistas e estrutura de tecnologia cirúrgica avançada, inclusive robótica. A estrutura é subaproveitada por causas diversas. Um dos médicos questiona o direcionamento de casos avançados que exigem quimioterapia e radioterapia intencionalmente para este Cacon com redistribuição de casos cirúrgicos para outras unidades.

Esta é uma questão importante para ser discutido com os atores responsáveis pela Rede de Cuidados no sentido de reunir esforços para garantir a qualidade do cuidado superando a subutilização dos serviços, o baixo desempenho em termos técnicos e de interpessoais.

O desafio para o alcance da integralidade está na necessidade de repensar saberes e práticas profissionais no cuidado às mulheres <sup>118</sup>.

### **O acesso ao tratamento de NMCU na percepção dos gestores**

A integralidade do cuidado exige articulação entre os níveis de atenção, profissionais de saúde, instituições e serviços afins e escuta empática ao usuário e comunidade. A entrevista com gestores de atenção a saúde e regulação nos municípios trouxe uma proximidade com o processo investigativo do NMCU próximo ao contexto regional das usuárias no estudo.

De um modo geral na fala dos gestores pode-se perceber a individualização do cuidado no domínio de atuação de cada profissional expressa por ações incipientes na integralidade, descaracterizando a interdisciplinariedade.

O profissional do SUS lida com o cotidiano de desafios de nós e falhas na rede de atenção a saúde. Por vezes na tentativa de gerenciar casos sob sua avaliação se utiliza de praticas de atendimento que possam reconduzir o usuário a rede com objetivo de dar continuidade ao processo assistencial.

Profissionais de saúde são formados com base na qualificação do cuidado e este norteia o seu desempenho em qualquer instância assistencial ou administrativa de forma humanizada. Assim o reconhecimento de necessidades por eles detectadas como o de ingresso a rede de atenção secundaria deveriam ser avaliadas e regulamentadas em contextos práticos de forma igualitária e inclusos na política de saúde<sup>119</sup>.

Esforços devem ser demandados no sentido de que nenhum dos serviços seja utilizado de forma inapropriada. A gestão do cuidado com foco na trajetória do usuário envolve questões de planejamento de recursos, adoção de estratégias e ferramentas, avaliação contínua e correção das insuficiências com adição de novas estratégias. A linha do cuidado da NMCU requer uma estruturação do cuidado para atenção da população ampla “sadia” e da acometida de NMCU em qualquer fase.

Estratégias relacionadas a busca ativa devem ser intensificadas na perspectiva de rastreamento na população “sadia”. Neste estudo 57% das mulheres procedentes do município do RJ apresentavam nível de doença avançado no primeiro atendimento na alta complexidade não mais podendo ser tratadas com tratamento cirúrgico proposto para doenças nos estádios iniciais.

A descentralização do encaminhamento no nível secundário realizado por profissionais de saúde habilitados na Atenção Primária da SMS do RJ, favorece a redução no tempo de acesso ao tratamento de CCU no SUS. A

proximidade entre o profissional deste nível de atenção e a usuária permite a valorização do contexto social, conhecido pelo profissional na UBS, diminuindo fatores envolvidos na não adesão a tratamentos de saúde. Estudo conduzido por Girianelli, 2014 aponta a barreira social como 44% dos motivos da não adesão<sup>97,121</sup>.

*“Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando o atendimento aos mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológicos sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação”*<sup>121</sup>. A equidade é um princípio do SUS que envolve justiça social, igualdade, acesso universal e priorização dos que mais precisam para redução das iniquidades.

A regulação da assistência de acordo com a portaria 1.559, tem dentre os seus objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Estes critérios quando não respeitados provocam desigualdades no acesso, na monitorização dos dados e fragilizam a organização do SUS<sup>94</sup>.

A integração entre os níveis de atenção é incipiente. A desigualdade no fluxo de acesso, na disponibilidade e oferta de serviços para diagnóstico entre os municípios é grande. Quanto menor o desenvolvimento do município, menor a rede de saúde e mais vulnerável a população para o adoecimento.

A ausência de padronização de programa permanente para rastreamento e promoção a saúde na atenção primária desconstrói a lógica da acessibilidade. A acessibilidade caracterizada como disponibilidade é um elemento essencial da atenção primária que associada à efetividade do cuidado “fazer a coisa certa” e a conformidade do cuidado “fazer certo a coisa certa” expressa a dimensão apresentada por um serviço<sup>119</sup>.

## 7. Considerações finais

Esta tese buscou responder os objetivos propostos para este estudo.

O perfil sociodemográfico das mulheres com NMCU que se tratam no SUS é de baixa renda procedente de trabalhos informais, pensões e benefícios, pouca escolaridade, faixa etária prevalente de 50 anos. Quanto a adesão ao preventivo, 54% tinham o hábito de realizá-lo regularmente em instituições públicas ou privadas. O acesso aos serviços de saúde em todos os níveis é permeado por graus diferenciados de dificuldades para pacientes e profissionais.

O perfil é um subsídio para o planejamento de programas de saúde. O conhecimento deste contexto social facilita a criação de estratégias para atrair as usuárias para UBS e evitar o desfecho de doença invasiva, incluindo horário de funcionamento e abordagens de interesse das usuárias. Essa é uma clientela para a qual não há programas específicos na UBS, exceto se houver comorbidades como hipertensão ou diabetes.

A faixa etária de 24 a 65 anos contém subgrupos de faixas etárias com focos de saúde peculiares necessitando ser contemplados com programas efetivos e permanentes. Programas para as que se encontram no período fértil, pré e pós menopausa incentivando-as a levarem os filhos para vacinação contra o HPV.

O estadiamento mais prevalente é o inicial, 60% neste estudo o que representa um acesso eficaz para parte das usuárias, mas permite que 40% de inicie o tratamento em fase avançada, algo preocupante para uma rede desenhada e estruturada para impedir que a doença se quer ocorra. Óbitos de

mulheres em idade fértil e produtiva ocorreram neste estudo por evolução da doença em 18 meses de admissão na alta complexidade se constituindo em um marco emblemático de falha no sistema.

A descoberta da doença para 71% foi por sinal ou sintoma quando o SUS se comprometeu com uma linha de cuidado para detecção precoce da NMCU.

Foram encontrados 8 tipos de roteiros de percursos por serviços de saúde em busca de diagnóstico e tratamento.

O roteiro mais prevalente foi o iniciado pelo serviço privado, 33%, seguido pelos iniciados pela UBS como preconizado pelo Ministério da Saúde, 27% e pelos iniciados na atenção secundária como achado na investigação da causa de sangramento por via vaginal, 20%.

O somatório de percursos diferentes do preconizado pelo SUS totalizam 67% e ocorreram por característica da clientela, uso de plano de saúde, hospitais de referência para algumas categorias profissionais como militares, influência de pessoas conhecidas entre outros.

Os finais dos percursos são a unidade secundária e a regulação se constituindo num corredor estreito permeado pela padronização que tipifica a igualdade de acesso, mas que retarda o início do tratamento por falhas no sistema.

Quanto aos sentimentos de usuárias, oncoginecologista e gestores ao vivenciarem o acesso ao tratamento de NMCU no SUS de forma distinta respeitando a visão de cada ator apresentaram sentimentos negativos oscilando em positivos com limitações. Usuárias apresentaram depressão caracterizada por expressões como “*Quando passamos pelos buraquinhos é*

*que entendemos onde eles estão...; Quem está na administração não se solidariza com a doença só pensa no custo... Temos a doença e as barreiras têm que ser quebradas para tentar um tratamento, muitas vezes obsoleto e dar graças a Deus por encontrar profissionais que lhe atendam ”...*

Oncoginecologistas se declararam subutilizados, por disporem na alta complexidade de tecnologia avançada e capacitação para controle da doença e atende-las em estadiamento que não permite o uso desta estrutura. Os gestores ao expressarem sentimentos reafirmaram dificuldades e trouxeram em suas falas expressões de satisfação, conquista, alegria, desafio, frustração e tristeza.

*“Algo que oscila entre frustração e alegria por reconhecer que participa ativamente do processo fazendo o seu melhor” “Impotente por não ter dinheiro para aquisição de insumos e para admitir profissionais, o que facilitaria e agilizaria o fluxo de tratamento de lesões precursoras sem necessitar de encaminhamentos para hospitais e internação”.*

Entre as usuárias 77% não apresentaram dificuldades no acesso e 23% descreveram dificuldades caracterizadas por nós críticos de grande relevância.

O desabafo dos atores define a rede do SUS como irregular, acidentada e de difícil acesso para um quarto das buscam tratamento de NMCU. Para que todas atinjam o acesso é necessária persistência dos atores, rede de apoio familiar, profissional de gestão e política de enfrentamento aos desafios postos.

O acesso ao tratamento do NMCU no SUS/RJ apresenta falhas pontuais e sistemáticas que permitem que o pressuposto deste estudo infelizmente seja uma premissa verdadeira. O NMCU tem linha de cuidado estabelecida pelo Ministério da Saúde. Há no Estado do Rio de Janeiro estabelecimentos para

atenção primária, secundária e terciária estruturadas para viabilizar este atendimento. Porém existem limitações que impedem que o acesso ao primeiro atendimento por oncoginecologista ocorra em pacientes com doença em fase inicial.

Os nós em ordem de importância para o acesso ao tratamento de NMCU em estadiamento inicial são “Baixa qualidade do processo diagnóstico”, “Desorganização parcial do fluxo de acesso ao tratamento de NMCU no SUS” e “Baixa adesão ao preventivo”.

As dificuldades e as sugestões contêm imbricações e suscitam questões relacionadas com disponibilidade e aceitabilidade como pano de fundo apontada por diversos autores como as principais barreiras do acesso<sup>121</sup>.

Expressões objetivas sobre dificuldades e nós críticos na rede e linha de cuidados se repetiram nos relatos de vários gestores e profissionais de saúde.

O discurso dos profissionais, gestores e usuários foram ferramentas para compreensão do processo e possibilitou perceber que falhas ocorrem em todos os pontos da linha de cuidado de NMCU, porém o nó crítico para o acesso ao tratamento é o diagnóstico, segundo afirmações representativas de todos os atores.

A regulação no SUS, busca viabilizar de forma igualitária o cumprimento das necessidades do uso de serviço de saúde no SUS e tem cumprido parcialmente o conceito de acessibilidade.

A oferta, disponibilidade dos serviços, eficiência, e a aceitabilidade não têm estado presente nas demandas da linha de cuidado para o tratamento de neoplasia maligna do colo do útero.

As dificuldades no acesso apontadas pelas usuárias foram relacionadas à demora no diagnóstico, falta de informação e intensificadas pelos sentimentos emergidos durante seu percurso em relação ao adoecimento, decepções com os atendimentos não resolutivos e por vezes constrangedoras em algum dos níveis de atenção.

A linha de cuidado da neoplasia maligna do colo do útero parece estar bem desenhada, porém a estrutura e fluxo ainda permitem início de tratamento em fase avançada, demonstrando que está estratégia precisa ser aprimorada.

A causa parece ter ser a baixa oferta e disponibilidade de serviços expressa nas falas dos atores, falta de estrutura de laboratórios e aprimoramento do processo de trabalho, atualização de conhecimentos sobre o diagnóstico e o processo de acesso e da divulgação do mesmo a população, e profissionais de saúde inclusive da rede privada.

A regulação considera que o agente responsável pelo diagnóstico diferencial é a alta complexidade, o fato acresce mais 20 dias após acesso à alta complexidade para a revisão de lâmina antes do início do tratamento.

As falhas foram evidenciadas pela demora no acesso entre a confirmação diagnóstica e o efetivo início do tratamento dobrando o tempo previsto pela lei de 60 dias para 147 neste estudo, se o marco inicial da contagem for o diagnóstico obtido na atenção secundária<sup>13</sup>.

Após o ingresso na alta complexidade as dificuldades persistem para usuárias e oncologistas em relação à demora para o início do tratamento, tendo como causa referida por eles a regulação.

Um projeto de intervenção na adequação de procedimentos que reduzam o tempo da confirmação diagnóstica pode implicar diretamente na redução de tempo para o início do tratamento, como a criação de pólos de biópsias sugeridos pelos gestores e profissionais de saúde onde a análise e a confirmação fossem realizadas.

As sugestões tiveram como finalidade a efetividade da promoção, prevenção, redução do tempo para o início do tratamento e atingir a dimensão de aceitabilidade e integralidade da assistência. Usuárias sugeriram uma relação de empatia com profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, em especial na alta complexidade, local onde ingressam com sentimentos pertinentes ao enfrentamento de doença estigmatizada e com grande expectativa de resolução para controle e cura, necessitando acolhimento com resolutividade e respeito. A abordagem empática e respeitadora é fundamental no atendimento ao usuário assim como é a do cliente na iniciativa privada.

Há um consenso entre os atores com respeito a causa do acesso entre usuárias, gestores e profissionais de saúde ao apontarem dificuldades e sugestões no que diz respeito a causa, a dificuldade e sugestões, demonstrando que embora vivenciem o acesso de posições diferentes todos têm a mesma percepção de que o nó do acesso é o diagnóstico.

A obtenção de eficácia e efetividade em pontos na linha de cuidado como a vacinação de jovens, o rastreamento, diagnóstico e tratamento de lesões precursoras são o grande desafio no combate a doença em longo prazo.

Identifica-se que tem muito a ser feito em função de garantir a população o que está estabelecido na Constituição.

Na atualidade o sistema efetivamente não contempla as demandas do fluxo de exames e consultas de forma ágil para iniciar a prestação do cuidado em nenhuma ponta da linha de cuidado para NMCU.

O acesso aos serviços para muitas usuárias se configura em “peregrinação”, caracterizada por idas e vindas, que atrasam o diagnóstico e consequentemente o início do tratamento. Existem fragilidades pontuadas pelos atores em todos os ideais da política do SUS.

Em seus princípios o SUS aponta a universalidade, integralidade e equidade direcionando a política e reafirmando que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Os resultados deste estudo mostram que ainda há muito a se fazer para garantir o direito ao atendimento em toda a linha de cuidado e de forma adequada e em tempo hábil para evitar as formas graves do NMCU.

Alguns dos nós críticos apontados requerem intervenção e melhoria nos diversos níveis de atendimento envolvendo a promoção, prevenção e assistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [homepage na internet]. Cervical cancer: estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [acesso em 20 out 2017]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>
2. Instituto Nacional do câncer José de Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Ferley J, Shin HR, Bray FD, Marthers C, Parkin DM [homepage na internet]. Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [acesso em 20 out 2017]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>
4. Thuler LCS. Câncer de colo do útero no Brasil: estado da arte. Rev Bras Cancerol 2012; 58(3):321-37.
5. Oliveira CA, Russomano F, Santos GJSC, Corrêa FM. Risco de alto grau de lesão intraepitelial escamosa persistente após eletrocirurgia para tratamento excisional com margens positivas: a meta-análise. Rev Bras Ginecol Obstet 2012; 130 (2):119-25.
6. Carmo CC, Luiz RR. Sobrevida de mulheres com câncer de colo uterino diagnosticadas em um centro brasileiro. Rev Saúde Pública 2011; 45(4): 661-67.
7. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Controle do Câncer de Colo de Útero [acesso em 05 dez 2014]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterocuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterocuidados_paliativos).
8. Associação Brasileira das Organizações Não Governamentais [homepage na internet]. As ONGs e a realidade brasileira [acesso 15 nov 2015]. Disponível em: [www.abong.org.br](http://www.abong.org.br)
9. Pinheiro R, Mattos R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Cepesc; 2011.

10. Albuquerque GS, Machado MFA, Sampaio NMV. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolau. Rev. Latinoam Enferm 2006; 14(4): 503-9.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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) [portaria na internet]. Disponível em: <http://www.bvs.ms.saude.gov.br>.

12. Ministério da Saúde (BR). Rede câncer: portal da rede de atenção [acesso em 15 out 2016] Disponível em: <http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/redecancer/site/home>

13. Governo do Brasil [homepage na internet]. Início do tratamento contra o câncer pelo SUS não poderá ultrapassar 60 dias [acesso em 15 maio 2015]. Disponível em: [http://www.brasil.gov.br/saude/2013/05/pacientes-com-cancer-tem-ate-60-dias-para-iniciar-o-tratamento-na-rede-publica-de-saude/@nitf\\_galleria](http://www.brasil.gov.br/saude/2013/05/pacientes-com-cancer-tem-ate-60-dias-para-iniciar-o-tratamento-na-rede-publica-de-saude/@nitf_galleria).

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, 1º de agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 4 ago 2008;Seção 1.

15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero [acesso em 18 jun 2016]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF).

16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Decisão judicial estabelece fila única para radioterapia no município do Rio de Janeiro [acesso em 02 abril 2016]. 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](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/decisao_judicial_estabelece_fila_unica_para_radioterapia_no_municipio_do_rio).

18. Dias HEA, Dias EN, Ribeiro LBC. Manual do câncer ginecológico. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.

19. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Câncer: o que é [acesso 20 abril 2016]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.
21. Gardner E. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
22. Salvajoli JV, Faria SF. Radioterapia em oncologia. Rio de Janeiro: Médicas e Científicas; 1999.
23. Bezerra SJS. Fatores de risco para o câncer de colo e lesões cervicais por Papilomavírus humano. Ceará. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Ceará; 2007.
24. Zardo GP, et al . Vacina como agente de imunização contra o HPV. Ciênc Saúde Coletiva 2014; 19(9):3799-08.
25. Nakagawa JTT, Schirmer J, Barbieri M. Vírus HPV câncer de colo de útero. Rev. Bras. Enferm 2010; 63(2): 307-11.
26. Source FJ, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base. Lyon: IARC; 2013.
27. World Health Organization. World Cancer Report 2008. Lyon: IARC; 2009.
28. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
29. Thuler LCS, Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. Rev. Bras Ginecol Obstet 2014; 36(6): 237-43.

30. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Controle do câncer do colo do útero: fatores de risco [acesso em 15 mar 2017]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/fatores\\_risco](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco).

31. Tenaral AG, Silva FAD, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer do colo do útero: percepção de como enfrentar a realidade. Rev Bras Cancerol 2002; 48(4): 493-98.

32. Vidal MLB. Efeitos adversos tardios subsequentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual: marcas na sobrevivência. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Ciência] – Instituto Nacional de Câncer; 2008.

33. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero [acesso em 15 mar 2017]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF).

34. Instituto Nacional de Câncer (BR). TNM: classificação de tumores malignos. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

35. Fonseca SM, Pereira SN. Enfermagem em oncologia. São Paulo: Atheneu; 2014.

36. Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, et al. Cisplatin radiation and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. N Engl J Med 1999; 340(15): 1155-61.

37. Ferrigno R. Radioterapia exclusiva no tratamento do câncer do colo do útero com telecobalto e braquiterapia de baixa taxa de dose: análise de resultados e variáveis. Radiol Bras 2001; 34(6): 368-68.

38. Nakano T, et al. Long-term results of high-dose rate intracavitary brachytherapy for squamous cell carcinoma of the uterine cervix. Cancer 2005; 103(1): 92-101.

39. Okuno E. Efeitos biológicos das radiações ionizantes: acidente radiológico de Goiânia. Estud Av 2013; 27 (77): 185-99.

40. Marana HRC, et al. Estadiamento cirúrgico do câncer de colo de útero localmente avançado. *Rev. Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(12): 744-49.
41. Pazza MJ, Teixeira, AC. Rotinas clínicas e cirúrgicas em ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
42. Simonsen M, et al. Presença de sintomas no momento do diagnóstico da recorrência do câncer do colo do útero está relacionada com pior prognóstico? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36(12): 569-74.
43. Moimaz SAS, et al. Satisfação e percepção o usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* 2010; 20(4): 1419-40.
44. Gawryszewski ARB, Oliveira AMTG. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis* 2012; 22(1): 119-40.
45. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
46. Santos ALA, Moura JFP, Santos CAAL, Figueiroa JN, Souza A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico. *Rev. Bras. Cancerol* 2012; 58(3): 507-15.
47. Ribeiro MGM, Santos SMR, Teixeira MTB. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. *Rev Bras Cancerol* 2011; 57(4): 483-91.
48. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl2):S190-S98.
49. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 260-8.
50. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9(3): 208-20.

51. McIntyre D, Mooney G, editores. The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.
52. Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19 (2):127-40.
53. Ronald A, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51(1): 95-124.
54. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
55. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2000;16(1):231-39.
56. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
57. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(1):231-239.
58. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
59. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento na prática de produção de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
60. Donabedian A, Wheeler HRC, Wyszewski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Med. Care* 1982; 20 (10):1975-92.
61. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico* 1990; 32 (2):113-17.

62. Paiva CHA, Teixeira L A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2014; 21 (1):15-35.

63. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990.

64. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

65. Roese A. Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média com no Município de Camapuã. Rio Grande do Sul. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

66. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

67. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

68. Rangel G, Lima LDV, Elia P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde Debate* 2015; 39 (107):1065-78.

69. Matta GC, Seidi H, Gagno J, Lima LD, Fausto M, Lima PGA. O SUS, as redes de atenção e a atenção básica [monografia na internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015 [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15676>.

70. Zeferino LC, Cunha FM. Organização de sistemas de saúde. In: Brentani M, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP. Bases da oncologia. São Paulo: Lemar; 1998.

71. World Health Organization [homepage na internet]. Cancer fact sheet n. 297. Geneva: WHO, 2007 [acesso em 20 de maio de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

72. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Treinamento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Rio de Janeiro: INCA; [201-?] [acesso em: 23 maio 2016]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform\\_sistema\\_inform\\_cancer\\_2pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform_sistema_inform_cancer_2pdf)

73. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União 3 set 1998.

74. Brasil. Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Diário Oficial da União 22 out 2011.

75. Instituto Nacional de Câncer (BR). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

76. Ministério da Saúde (BR) [homepage na internet]. Dicas em saúde onde se tratar de câncer no SUS [acesso em 12 de abril de 2015]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/133cancer\\_sus.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/133cancer_sus.html).

77. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

78. Rio de Janeiro (Estado). Secretaria de Estado de Saúde [homepage na internet]. Plano Estadual de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde; 2017 [acesso em 12 set 2016]. Disponível em: [http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228/planoatencaoncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico\\_052017/file.html](http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228/planoatencaoncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico_052017/file.html).

79. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. Cad Saúde Pública 2001;17(4):909-14.

80. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde/SUS [homepage na internet]. Central Unificada de Regulação é inaugurada no Rio de Janeiro [acesso em 13 fev 2016]. Disponível em:

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

81. Yin RK. Case study research: design and methods. Thousand Oaks (CA): Sage; 1989.

82. Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, et al. Avaliação das práticas educativas desenvolvidas nas consultas médicas e de enfermagem nas unidades de saúde da família da região de Maruípe no município de Vitória. Cien Saúde Col 2008; 16: 513-526.

83. Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. 3.ed. São Paulo: Cia Editora Nacional; 1969.

84. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

85. Silva LB, Nogueira ACC. Serviço social e oncologia: algumas considerações sobre determinantes sociais do adoecimento. In: XX Seminário Latino Americano de Escuela de Trabajo Social. Argentina; 2012.

86. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo demográfico 2010: evolução populacional e pirâmide etária [acesso em 12 maio 2015]. Disponível em: [www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php](http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php).

87. Silva LB, Bezerra AFBB, Chaves LDP, Tanakara OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev Saúde Pública 2014; 48(2): 240-48.

88. Xavier RB. Contextos sociodemográfico e itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação: contribuições para discussão de risco reprodutivo. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] – Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

89. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos e enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

90. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea; 1993.

91. Matus C. Planificación de situaciones. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
92. Habermas J. Teoria do agir comunicativo. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
93. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.559, 1º de agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 4 ago 2008;148:Seção 1:48.
95. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev Saúde Pública 2014; 48(2): 240-48.
96. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4): 925-34.
97. Girianelli, VR; Thuler, LCS, Silva, GA. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela estratégia saúde da família da Baixada Fluminense. Rev Bras Ginecol Obstet 2014; 36(5): 198-204.
98. Artmann E. O planejamento estratégico situacional: a trilogia Matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 1993.
99. Uribe RFJ, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde; conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
100. Rio de Janeiro (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Atenção Oncológica [home Page na internet]. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde; 2017 [acesso em 16 set 2016]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228planoatencaoncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico-052017/file.html>.

101. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Estimativas populacionais 1980-2010: Brasil, regiões geográficas e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

102. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras. Diário Oficial da União 20 set 1990.

103. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University; 1973.

104. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com câncer: do diagnóstico ao tratamento. Rev. Enferm UFSM 2015; 5(3): 499-510.

105. Cabral ALLV. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc & Saúde Coletiva 2011; 16(11): 4433-42.

106. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador; 2011 [acesso em 9 de set 2016]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod\\_resource/content/2/TEIXEIRA. Os princípios do Sistema Único de Saúde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA.Os%20princ%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%ADde.pdf).

107. Campos FE. Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 1988.

108. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência Saúde. Saúde Soc 2015; 24 (1):100-2.

109. Juliana MCC, Yunes MAN. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. Ambient. Soc 2014; 17 (3):133-54.

110. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cad Saude Publica 2008;24(5):1168-73.

111. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.820, 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União 14 ago 2009; 155: Seção 1:80.

112. Santos RS, Melo, ECP. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. Esc Anna Nery 2011; 5(2):410-16.

113. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

114. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 28 fev 2014.

115. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 23 nov 2012.

116. Magno LD. A crise política e a Política de Saúde: uma saída pela esquerda [acesso em 12 mar 2016]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/08/a-crise-politica-e-a-politica-de-saude-uma-saida-pela-esquerda>.

117. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. Esc Anna Nery 2010; 14(1):90-6.

118. Granja GF, et al. Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro (SUS): uma teoria fundamentada em dados. Rev Baiana Saúde Pública 2010; 34:74-88.

119. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. Rev Enferm UFSM 2015; 5(3); 440-510.

120. Borges PVG, Guarisi R, Lacerda AA, Poli JL, Borges PCG, Moraes SS. Busca ativa de mulheres como fator de eficácia de programa rastreamento de

câncer de mama e colo uterino no município de Jundiaí. Einstein 2010; 8 (1):1-6.

121. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

**Anexo. 1**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTE:** Instrumento de coleta de dados aplicado à pacientes no estudo “o acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista”

Nº da Entrevista Campo de coleta - INCA/HCII

**Município de origem:**

Duque de Caxias  Niterói  Nova Iguaçu  Rio de Janeiro  São Gonçalo

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Data de nascimento / /

2. Até que série a senhora estudou?

série do:  grau ou  período da Faculdade;  Especialização;  Mestrado;  
 Doutorado

3. De acordo com a cor de sua pele como à senhora se classifica?

Branca  Negra  Amarela  Parda  Indígena

4. Estado civil

Solteira  Casada  União consensual  Viúva  Divorciada

5. Quantos filhos a senhora tem?  Quantos são menores de idade?

6. A senhora trabalha?  0= Não  1= Sim

6.1 Qual a sua ocupação / profissão \_\_\_\_\_.

7. Porque a senhora não trabalha?

1=Doença  2=Aposentada  3=Do lar  4 =Desempregada  5 Benefício  6  
=Estudante.

8. Quantas pessoas moram na sua casa?  pessoas

9. Somando todos os ganhos das pessoas que trabalham ou recebem benefícios em sua casa, qual a sua renda familiar?  R\$ ou  Salários mínimos

10. Quanto tempo gasta de sua residência até o hospital em que trata de câncer de colo do útero? .....horas .....minutos

11. Quantos transportes à senhora utiliza na ida as consultas com oncoginecologista?

(resposta em números)

Ônibus  Trem  Barca  Metrô  Automóvel  Veiculo da Prefeitura

12. Necessita deixar crianças com alguém para vir às consultas?  Sim  Não

12.1 Com quem deixa seus filhos? \_\_\_\_\_

13. Tinha o hábito de fazer preventivo?  Sim  Não

13.1 Onde fazia o preventivo? \_\_\_\_\_  Não se aplica

13.2 Com que frequência fazia o preventivo? \_\_\_\_\_ (anual, semestral, bianual, sem padrão temporal)

### DADOS DO ACESSO

14. Como descobriu que estava com câncer de colo do útero? (Observar na resposta: o que sentia em que situação ocorreu o diagnóstico, se a procura foi espontânea, orientada ou casual).

15. Onde foi o primeiro atendimento?

Público  Privado Estabelecimento e bairro:

\_\_\_\_\_

16. Como foi a consulta no primeiro atendimento em que descobriu a doença? (observar na resposta: Saber se foi esclarecedora, resolutiva, se houve exame físico, desdobramentos ou encaminhamento por escrito, o que esperava dessa consulta)

17. Como foi o período entre a primeira consulta até o primeiro atendimento por oncoginecologista no SUS? Observar na resposta:

17.1 Período de Tempo em meses: \_\_\_\_\_

17.2 Houve tratamento de sinais e sintomas? \_\_\_\_\_

17.3 Houve exames? \_\_\_\_\_

17.4 Teve resultados \_\_\_\_\_

17.5 Houve encaminhamento após diagnóstico? \_\_\_\_\_

17.6 Os encaminhamentos foram por escrito? \_\_\_\_\_

17.7 Em média quantos atendimentos houveram até a consulta com especialista? \_\_\_\_\_

17.8 Teve dúvidas sobre como o que aconteceria contigo entre o período do diagnóstico e a primeira consulta com especialista?

0= Não  1= Sim  1= Não lembro

17.9 Se houve dúvidas, estas foram esclarecidas?  0= Não  1= Sim  1= Não se aplica

17.10 Quais eram suas queixas (o que sentia fisicamente ou trazia desconforto)

17.11 Como se sentia emocionalmente antes da primeira consulta com especialista?

**18.** Teve alguma dificuldade no encaminhamento para o INCA?

0= Não  1= Sim  1= Não lembro

**19.** Se a resposta da questão 18 for sim, quais foram às dificuldades?

**20.** Acha que algo deveria ser mudado neste período entre o diagnóstico e a primeira consulta e o atendimento por oncoginecologista?

0= Não  1= Sim  1= Não sei

**21.** Se acha que algo deve ser mudado quais seriam as suas sugestões para melhora?

**22.** Como foi a primeira consulta com oncoginecologista? Observar na resposta:

Saber se foi esclarecedora;

Resolutiva;

Se houve exame físico;

Desdobramentos ou encaminhamento por escrito;

O que esperava dessa consulta.

**NÚMERO da entrevistada:** \_\_\_\_\_ **Matricula Hospitalar** \_\_\_\_\_

#### **DADOS DE PRONTUÁRIO**

**23.** Performance Status na primeira consulta com oncoginecologista.

= 0  = 1  = 2  = 3  = 4  9= Sem registro

**24.** Estadiamento clínico na primeira consulta com oncoginecologista

1= IA1  2= IA2  3= IB1  4 = IB2  5= II  6= IIA  7= IIB

8=III  9=IIIA  10=IIIB  11=IV

**25.** Data do citológico [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**26.** Data da biópsia:

**26.1** Data da coleta: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**26.2** Instituição que realizou procedimento  Público  Privada  Filantrópica

**26.3** Instituição que realizou leitura da lâmina  Público  Privada  Filantrópica

**26.4** Data do resultado [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**27.** Data da solicitação de encaminhamento para alta complexidade

[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**28.** Data da solicitação de consulta com oncoginecologista no SISREG

[ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**29.** Data da consulta com oncoginecologista [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**30.** Tipo histológico da biópsia

inicial \_\_\_\_\_

**31.** Tipo histológico da revisão de

lâmina \_\_\_\_\_

**32.** Tratamento indicado.

[ ] 1=Radioterapia [ ] 2=Radioterapia e Quimioterapia [ ] 3=Radioterapia e  
Cirurgia

[ ] HTAI [ ] 2= HTAII [ ] 3= HTAIII [ ] 4= Paliativo.....

[ ] 5=Outra.....

**33.** Sinais e sintomas descritos em prontuário no primeiro atendimento com  
oncoginecologista. \_\_\_\_\_

**34.** Data do início do tratamento [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**35.** Status do paciente na data da coleta de dados. [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

35.1 [ ] Aguardando tratamento

35.2 [ ] Em curso de tratamento

35.3 [ ] Seguimento pós-tratamento

35.4 [ ] Paliativo

35.5 [ ] Óbito

35.6 [ ] Alta Descrever

motivo \_\_\_\_\_

**ANEXO 2.****TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTE**

**Título da Pesquisa:** O acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista

**Pesquisador responsável** – Maria Luiza Bernardo Vidal

**Instituição responsável pela pesquisa (Centro Coordenador)** – Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) / Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ):

**Endereço:** Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo, Rio de Janeiro – RJ, CEP 22.250-020. Contatos. (21) 2554-1832 pgsma@iff.fiocruz.br

**Instituições Co - participantes:**

- Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva, INCA /Hospital do Câncer II - Rua Equador, nº 831-Santo Cristo CEP 20.220.410- Rio de Janeiro/ RJ.
- Fundação Municipal de Saúde de Niterói - Rua Visconde de Sepetiba, 987-Centro/ Niterói - CEP 24020-206.
- Município de Nova Iguaçu – Rua Luiz Alves, 956 – Centro - CEP 26215-120.
- Secretaria Municipal de Saúde Duque de Caxias – Alameda James Franco, 03 – Jardim Primavera / Duque de Caxias – CEP 25515-265.
- Prefeitura Municipal de Saúde São Gonçalo – Rua Feliciano Sodré 100, Centro /São Gonçalo RJ. CEP 24440-440.
- Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro (Áreas Programáticas 3.1, 3.2, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3) – Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Cidade Nova, CEP 20211-110.

i TCLE versão paciente \_\_\_\_\_  
Rubrica paciente Rubrica pesquisador

**Você está sendo convidada a participar de uma entrevista com objetivo de conhecer como foi o seu caminho até iniciar seu tratamento de câncer de colo do útero no INCA. Suas respostas farão parte de uma pesquisa que será realizada por Maria Luiza Bernardo Vidal, enfermeira do Hospital de câncer II do Instituto Nacional do Câncer e doutoranda do IFF/FIOCRUZ.**

Esta pesquisa é parte dos pré-requisitos para meu doutoramento. As informações que necessito de você deverão ser fornecidas de forma voluntária, sendo assegurado por mim que poderá recusar-se a responder perguntas que lhe causarem constrangimento de qualquer natureza.

Sua participação como paciente é importante por ter vivenciado esta realidade recentemente e assim poderá contribuir para a avaliação do acesso à rede SUS no estado do Rio de Janeiro para o primeiro atendimento por oncoginecologista (ginecologista que trata de câncer).

**Leia com atenção o texto a seguir, por favor, e pergunte se tiver dúvidas.**

Para realização desta pesquisa serão entrevistadas moradoras dos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói que fazem tratamento de câncer do colo do útero no INCA. Entrevistarei também gestores de unidades de atenção básica destes municípios, bem como os médicos que lhe atenderam na primeira consulta no INCA. Serão coletados dados de prontuário e dados de cadastros públicos relacionados à doença. Todas as respostas e informações serão analisadas, escritas e publicadas em forma de tese e artigos.

**Mantenha-se atento a leitura do texto e pergunte se tiver dúvidas**

- Sua participação ou não desta pesquisa não trará risco ou prejuízo ao seu tratamento.
- A pesquisa não trará benefício direto para você, mas contribuirá para o melhor conhecimento do acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS com a finalidade de reorganizá-lo.
- Os riscos que correrá durante a entrevista estão relacionados a questões emocionais que serão trazidas a sua memória sobre o trajeto vivido por você desde o seu diagnóstico, processo de acesso ao INCA e o primeiro atendimento.

- Será realizada apenas uma entrevista.
- A entrevista levará aproximadamente 20 minutos.
- Eu, pesquisadora principal Maria Luiza Bernardo Vidal asseguro que você tem o direito de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza.
- Garanto plena liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, inclusive durante a entrevista no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.
- Não haverá custos financeiros ou de outra natureza de ressarcimento ou pagamento para sua participação.
- Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação prevista ou não neste termo de consentimento, haverá direito à assistência integral ou compensação, conforme determina a lei.
- Suas respostas serão colocadas pela pesquisadora principal Maria Luiza Bernardo Vidal ou pelas participantes de equipe de pesquisa, Carmen Lúcia de Paula e Ana Claudia Frazão Paiva, em uma ficha numerada e serão utilizadas, apenas para fins de pesquisa que será publicada para divulgação deste conhecimento, sem que seu nome seja revelado.
- As perguntas da entrevista serão sobre: Seu nível de escolaridade, idade, número de filhos, estado civil, filhos, renda familiar e transporte; O que pensa sobre o atendimento de mulheres para tratamento do câncer de colo do útero no SUS; Como ocorreu o atendimento no seu caso e se tem sugestão para modificar esse atendimento.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável, Maria Luiza Bernardo Vidal, que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s) (21)3207-2933 e E-mail, mvidal@inca.gov.br.

**Se ainda existir dúvidas sobre ética nesta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias pelo E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br e Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491 ou Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua do Resende 128 sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Contatos: cep@inca.gov.br Telefones: (21) 3207-4550/4556 – Horário de Atendimento: 09h00 às 16:00 horas.**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ASSINATURAS DE CONSENTIMENTO LIVRE  
ESCLARECIDO**

Declaro que li entendi todo o conteúdo deste documento.

Ao assinar este documento, forneço meu consentimento livre e esclarecido para a realização da pesquisa.

Concordo que a pesquisadora Maria Luiza Bernardo Vidal e as co-pesquisadoras Carmen Lúcia de Paula e Ana Cláudia Frazão Paiva colem e processem minhas informações.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu ou meu representante por mim delegado e o pesquisador ou co - pesquisadores responsáveis deverão rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na ultima folha.

Nome do sujeito da Pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito da Pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora / Co-pesquisadora \_\_\_\_\_

Pesquisadora - Maria Luiza Bernardo Vidal

Co-pesquisadora Carmen Lúcia de Paula

Co-pesquisadora Ana Cláudia Frazão Paiva

Rio de Janeiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### Anexo. 3

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTOR:** Instrumento de coleta de dados aplicado à pacientes no estudo “o acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista”  
Nº da Entrevista

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

##### Retirado identificação

Campo de coleta  Duque de Caxias  Niterói  Nova Iguaçu  Rio de Janeiro  São Gonçalo

Cargo do entrevistado  Gestor  Outro delegado pelo gestor

Estabelecimento em que atua:

Atividade Desenvolvida:

#### DADOS DO ACESSO

1. Como se dá no seu município o processo de investigação e encaminhamento dos casos de câncer de colo do útero?
2. Onde são feitas as biópsias e em média quanto tempo para o resultado?
3. Após o diagnóstico como se dá o encaminhamento para regulação?
4. Quem classifica a prioridade de atendimento no SISREG?
5. Há avaliação por oncologista antes de ir para regulação?
6. No caso de haver consulta com oncologista, qual o tempo médio de espera para agendamento desta consulta? Nesta consulta há intervenção em sinais e sintomas?
7. Quanto tempo e número de atendimentos em média ocorrem entre diagnóstico e início do tratamento?
8. Existe agendamento para ser atendido na regulação? Em caso positivo há prioridade por condição clínica? Quem avalia se houver?
9. Como o regulador aplica critérios de classificação para prioridade no agendamento de primeira consulta no Cacon ou Unacon? A escolha do Cacon ou Unacon obedece a que critério e é identificado por quem?
10. Na sua vivência percebe dificuldades no fluxo encaminhamento ao tratamento de câncer de colo e útero no SUS?  SIM  NÃO
11. Consegue identificar a causa da dificuldade?  SIM  NÃO
12. Descreva as dificuldades-  Não se aplica

13. Há necessidade de mudanças no acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS? SIM NÃO  Não se aplica

14. Se houver necessidade de mudanças no acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS, onde deveriam ocorrer?

Nível primário Nível secundário  Nível terciário Regulação

Estrutura do SUS  Outro especifique-----

15. Quais seriam as suas sugestões para mudanças?  Não se aplica

16. Como se sente participando de parte desse processo assistencial?-----

**ANEXO. 4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTOR**

**Título da Pesquisa:** O acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista

**Pesquisador responsável** – Maria Luiza Bernardo Vidal

**Instituição responsável pela pesquisa (Centro Coordenador)** – Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) / Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ):

**Endereço:** Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo, Rio de Janeiro – RJ, CEP 22.250-020.

Contatos. (21) 2554-1832 pgsmca@iff.fiocruz.br

**Instituições Co - participantes:**

- Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva, INCA /Hospital do Câncer II- Rua Equador, nº 831-Santo Cristo CEP 20.220.410- Rio de Janeiro/ RJ.

-Fundação Municipal de Saúde de Niterói - Rua Visconde de Sepetiba, 987-Centro/ Niterói - CEP 24020-206.

- Município de Nova Iguaçu – Rua Luiz Alves, 956 – Centro - CEP 26215-120.

- Secretaria Municipal de Saúde Duque de Caxias – Alameda James Franco, 03 – Jardim Primavera / Duque de Caxias – CEP 25515-265.

- Prefeitura Municipal de Saúde São Gonçalo – Rua Feliciano Sodré 100, Centro /São Gonçalo RJ. CEP 24440-440.

- Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro (Áreas Programáticas 3.1, 3.2, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3) – Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Cidade Nova, CEP 20211- 110.

iv TCLE versão gestor

---

Assinatura Pesquisador Assinatura Gestor 143

**Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre “O acesso atendimento por oncoginecologista” realizada pela pesquisadora Maria Luiza Bernardo Vidal, enfermeira do Hospital de câncer II do Instituto Nacional do Câncer e doutoranda do IFF/FIOCRUZ. O objetivo do estudo é avaliar o acesso das pacientes com CCU na rede SUS no estado do Rio de Janeiro para o primeiro atendimento por oncoginecologista. Sua participação como gestor é importante por participar desta realidade no seu cotidiano de trabalho.**

Esta pesquisa é parte dos pré-requisitos para meu doutoramento. As informações que necessito de você deverão ser respondidas de forma voluntária, sendo assegurado por mim que poderá recusar-se a responder perguntas que lhe causarem constrangimento de qualquer natureza.

**Leia com atenção o texto a seguir e pergunte se tiver dúvidas**

Esta pesquisa envolve os 5 (cinco) municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói

Para efetuar a pesquisa serão entrevistadas mulheres com CCU residentes em cada um dos cinco municípios citados, que tiveram primeiro atendimento por oncoginecologista no INCA; gestores de atenção primária dos municípios de origem das pacientes no estudo; e oncoginecologista que efetuaram primeiro atendimento as pacientes no estudo. Serão coletados dados de prontuário e dados de cadastros públicos relacionados à linha de cuidado de CCU.

-Os benefícios desta pesquisa para os gestores estão relacionados à possibilidade de conhecimento do acesso ao tratamento do câncer de colo do útero no SUS, sob o olhar de pacientes, gestores e oncoginecologistas e da obtenção de sugestões para melhorias na organização do processo após resultados da pesquisa.

-Os riscos estão relacionados ao envolvimento dos gestores com o processo de acesso ao tratamento de câncer de colo de útero no SUS sem que tenham completa governabilidade sobre a situação o que poderá aflorar sentimentos derivados deste fato durante a entrevista. v

-As entrevistas com gestores serão previamente agendadas de acordo com a disponibilidade do profissional e realizadas preferencialmente através do aplicativo Skype.

vi TCLE versão gestor \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador Assinatura Gestor

- O documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido digitalizado será enviado pela pesquisadora por via virtual ao gestor, que após ler e assinar se houver concordância devolverá pela mesma via. Uma cópia assinada pela pesquisadora será enviada ao gestor, só então será agendada a entrevista.

- Da entrevista com gestores constarão questões relacionadas à descrição do cargo ocupado, local de atuação, atividade desenvolvida, processo de encaminhamento ao INCA e necessidades de sugestões de modificação neste processo.

- Suas respostas serão colocadas pela pesquisadora principal Maria Luiza Bernardo Vidal ou pelas participantes de equipe de pesquisa, Carmen Lúcia de Paula e Ana Cláudia Frazão Paiva, em uma ficha numerada e serão utilizadas, apenas para fins de pesquisa que será publicada para divulgação deste conhecimento, sem que seu nome seja revelado.

- A Entrevista levará aproximadamente 20 min.

-Eu, pesquisadora principal Maria Luiza Bernardo Vidal asseguro que você tem o direito liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza.

-Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, inclusive durante a entrevista sem penalização alguma.

Não haverá custos financeiros ou de outra natureza de ressarcimento ou pagamento para sua participação

-Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação prevista ou não neste termo de consentimento, haverá direito à assistência integral ou compensação, conforme determina a lei.

-Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s) (21)3207-2933 e E-mail [mvidal@inca.gov.br](mailto:mvidal@inca.gov.br)

**-Se ainda existir dúvidas sobre ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias pelo E-mail: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br); e Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491 ou Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua do Resende 128 sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Contatos: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br) Telefones: (21) 3207-4550/4556 – Horário de Atendimento: 09h00 às 16:00 horas.**

vii TCLE versão gestor \_\_\_\_\_

Rubrica Gestor Rubrica Pesquisador 145

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E ASSINATURAS**

**Título da Pesquisa:** O acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista.

**Pesquisador responsável** – Maria Luiza Bernardo Vidal

**Instituição responsável pela pesquisa (Centro Coordenador)** – Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) / Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)

**Endereço:** Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo, Rio de Janeiro – RJ, CEP 22.250-020.

Contatos. (21) 2554-1832 pgsmca@iff.fiocruz.br

Eu.....,Conselho.....Órgão.....

Unidade..... Município.....autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li entendi todo o conteúdo deste documento. Ao assinar este documento, forneço meu consentimento livre e esclarecido para a realização da pesquisa.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador ou membros da equipe de pesquisa deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na ultima folha. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

**Assinatura** \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

**Testemunha** \_\_\_\_\_ Documento\_\_\_\_\_

Endereço/telefone\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

[ ]Maria Luiza Bernardo Vidal,[ ]Carmen Lucia de Paula [ ]Ana Claudia Frazão Paiva

**Assinatura do Investigador**

\_\_\_\_\_

**Anexo. 5**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ONCOGINECOLOGISTA:** Instrumento de coleta de dados aplicado à pacientes no estudo “o acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista”

Nº da Entrevista Campo de coleta- **INCA/HCII**

**DADOS DO ACESSO**

1. Como percebe no seu cotidiano a chegada das pacientes para triagem em relação a:

1.1 Estado geral

1.2 Estadiamento

1.3 Histórico de acesso

2. Percebe dificuldades no fluxo de encaminhamento ao tratamento de CCU no INCA?

SIM  NÃO  NÃO SEI

3. No caso de perceber dificuldades, por favor descreva-as-----  NÃO SE APLICA

4. Consegue identificar a causa das dificuldades?  SIM  NÃO  NÃO SEI

5. Que pontos apontaria como causa para as dificuldades no acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS?-----

5. Acha que há necessidade de mudanças no acesso a este atendimento?

SIM  NÃO  NÃO SEI

6. Se acha que há necessidade de mudanças por favor descreva-as-----

7. Onde seriam as mudanças?

Nível primário  Nível secundário  Nível terciário  Regulação  Estrutura do SUS  Outro, Especifique-----

8. Quais seriam as sugestões para mudança?-----

9. Como se sente participando de parte desse processo assistencial?

-----

**ANEXO 6.**  
**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ONCOGINECOLOGISTA**

**Titulo da Pesquisa:** O acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista

**Pesquisador responsável** – Maria Luiza Bernardo Vidal

**Instituição responsável pela pesquisa (Centro Coordenador)** – Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) / Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ):

**Endereço:** Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo, Rio de Janeiro – RJ, CEP 22.250-020. Contatos. (21) 2554-1832 pgsmca@iff.fiocruz.br

**Instituições Co - participantes:**

-Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva, INCA /Hospital do Câncer II- Rua Equador, nº 831-Santo Cristo CEP 20.220.410- Rio de Janeiro/ RJ.

-Fundação Municipal de Saúde de Niterói - Rua Visconde de Sepetiba, 987-Centro/ Niterói - CEP 24020-206.

-Município de Nova Iguaçu – Rua Luiz Alves, 956 – Centro - CEP 26215-120.

-Secretaria Municipal de Saúde Duque de Caxias – Alameda James Franco, 03 – Jardim Primavera / Duque de Caxias – CEP 25515-265.

-Prefeitura Municipal de Saúde São Gonçalo – Rua Feliciano Sodré 100, Centro /São Gonçalo RJ. CEP 24440-440.

-Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro (Áreas Programáticas 3.1, 3.2, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3) – Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Cidade Nova, CEP 20211- 110.

**Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre “O acesso atendimento por oncoginecologista” realizada pela pesquisadora Maria Luiza Bernardo Vidal, enfermeira do Hospital de câncer II do Instituto Nacional do Câncer e doutoranda do IFF/FIOCRUZ. O objetivo do estudo é avaliar o acesso das pacientes com CCU na rede SUS no estado do Rio de Janeiro para o primeiro atendimento por oncoginecologista. Sua participação como oncoginecologista é importante por participar desta realidade no seu cotidiano de trabalho.**

Esta pesquisa é parte dos pré-requisitos para meu doutoramento. As informações que necessito de você deverão ser respondidas de forma voluntária, sendo assegurado por mim que poderá recusar-se a responder perguntas que lhe causarem constrangimento de qualquer natureza.

**Leia com atenção, por favor, o texto a seguir e pergunte se tiver dúvidas**

Esta pesquisa envolve os 5(cinco) municípios mais populosos do estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

Para efetuar a pesquisa serão entrevistados: mulheres com CCU residentes em cada um dos cinco municípios citados, que tiveram primeiro atendimento por oncoginecologista no INCA; gestores de atenção primária dos municípios de origem das pacientes no estudo; e oncoginecologista que efetuaram primeiro atendimento no INCA. Serão coletados dados de prontuário e dados de cadastros públicos relacionados à linha de cuidado de CCU.

- Os benefícios desta pesquisa para os oncoginecologistas estão relacionados a possibilidade de conhecimento do acesso sob o olhar de pacientes gestores e oncoginecologistas levando a possíveis melhorias na organização do processo após resultados da pesquisa.
- Os riscos estão relacionados ao envolvimento dos oncoginecologistas com o processo de acesso ao tratamento de câncer de colo de útero no SUS sem que tenham completa governabilidade sobre a situação o que poderá aflorar sentimentos derivados deste fato durante a entrevista.
- As entrevistas com oncoginecologistas serão previamente agendadas e realizadas no HCII/INCA de acordo com a disponibilidade do profissional no HCII em consultório reservado para esse fim.

- O agendamento só ocorrerá após o profissional ler este termo de esclarecimento sobre a pesquisa (TCLE), assinar e rubricar todas as folhas se houver concordância.
  - Da entrevista com oncoginecologistas constarão questões relacionadas à descrição do cargo ocupado, local de atuação, atividade desenvolvida, estado das pacientes na primeira consulta ocorrência de dificuldades ao acesso à linha de cuidado de CCU e necessidades de sugestões de modificação neste processo.
  - Suas respostas serão colocadas pela pesquisadora principal Maria Luiza Bernardo Vidal ou pelas participantes de equipe de pesquisa, Carmen Lúcia de Paula e Ana Claudia Frazão Paiva, em uma ficha numerada e serão utilizadas, apenas para fins de pesquisa que será publicada para divulgação deste conhecimento, sem que seu nome seja revelado.
  - A Entrevista levará aproximadamente 20 min.
  - É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação sem qualquer prejuízo.
  - Eu, pesquisadora principal Maria Luiza Bernardo Vidal asseguro que você tem o direito de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza.
  - Garanto plena liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, inclusive durante a entrevista no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo ou constrangimento.
  - Não haverá custos financeiros ou de outra natureza de ressarcimento ou pagamento para sua participação.
- .Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação prevista ou não neste termo de consentimento, haverá direito à assistência integral e indenização, conforme determina a lei.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que poderá ser encontrado através do(s) telefone(s) (21)3207-2933 e E-mail mvidal@inca.gov.br

**Se tiver consideração ou dúvida sobre ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessário E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-84 ou Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer. Endereço: Rua do Resende 128 sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Contatos: cep@inca.gov.br Telefones: (21) 3207-4550/4556 – Horário de Atendimento: 09:00 às 16:00 horas.**

TCLE Versão Oncoginecologista \_\_\_\_\_  
Rubrica Oncoginecologista Rubrica Pesquisador

Eu.....,Conselho.....Órgão.....

Unidade..... Município.....autorizo voluntariamente a  
minha participação nesta pesquisa. Declaro que li entendi todo o conteúdo deste documento.

Ao assinar este documento, forneço meu consentimento livre e esclarecido para a realização da pesquisa.

Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador ou membros da equipe de pesquisa deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

**Assinatura** \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**Testemunha** \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Endereço /  
telefone \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

**Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

[ ]Maria Luiza Bernardo Vidal,[ ]Carmen Lucia de Paula [ ]Ana Claudia Frazão Paiva

**Assinatura Investigador** \_\_\_\_\_

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista

**Pesquisador:** ELIZABETH ARTMANN

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58529116.4.0000.5269

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.722.309

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva do tipo estudo de caso com abordagem e aplicação do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus sobre avaliação do acesso ao tratamento de câncer de colo do útero (CCU) no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista. O estudo envolve os cinco municípios mais populosos do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

Esta versão se constitui na resposta ao parecer

**Objetivo da Pesquisa:**

•Descrever os estadiamentos de CCU mais frequentes no primeiro atendimento por oncoginecologista no SUS. •Analisar a ocorrência de dificuldades no acesso para o primeiro atendimento por oncoginecologista. •Analisar soluções propostas para sistematizar o acesso ao tratamento de CCU na rede SUS/RJ em estadiamento inicial, a partir das sugestões dos atores sociais consultados no estudo

Endereço: RUI BARBOSA, 718  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS**



Continuação do Parecer: 1.722.309

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo não esclareceu a logística para incorporar 390 mulheres num período de 2 meses

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

foram atendidas as solicitações

**Recomendações:**

atendidas

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

atendidas

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_728803.pdf	30/08/2016 17:23:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEONCOGINECOLOGISTA.docx	30/08/2016 17:21:14	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTOR.doc	30/08/2016 17:20:32	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTE.doc	30/08/2016 17:18:11	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP32.pdf	29/08/2016 16:22:58	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	VICEDIRETORIAPEQUISA.pdf	05/08/2016 22:34:05	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	19/07/2016 13:42:27	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP53.pdf	19/07/2016 13:34:10	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP51.pdf	19/07/2016	MARIA LUIZA	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 1.722.309

Outros	RIODEJANEIROAP51.pdf	13:32:26	BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CEPINCA.pdf	12/06/2016 14:10:54	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP33.pdf	12/06/2016 13:53:21	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIRO33.pdf	12/06/2016 13:50:23	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIRO31.pdf	12/06/2016 13:45:09	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP52.pdf	12/06/2016 13:15:27	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTANI.pdf	12/06/2016 12:09:47	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTADC.pdf	12/06/2016 10:37:19	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARRTAN.pdf	12/06/2016 10:33:48	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTASG.pdf	12/06/2016 10:18:34	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESULTADOS.pdf	12/06/2016 10:07:38	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TRATAMENTO E PROCEDIMENTOS.pdf	12/06/2016 10:02:18	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO.pdf	10/06/2016 16:29:20	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CONFIDENCIALIDADE.pdf	10/06/2016 16:26:48	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTE.doc	10/06/2016 16:13:34	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ONCOGINECOLOGISTA.doc	10/06/2016 16:12:58	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/06/2016 16:00:49	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Setembro de 2016

Assinado por:  
Ana Maria Aranha Magalhães Costa  
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716  
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepff@ff.fiocruz.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "ACESSO AO TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO SUS"

**Pesquisador:** ELIZABETH ARTMANN

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61732016.6.3001.5274

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.844.336

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_810397.pdf" de 11/11/2016.

O presente projeto é de doutoramento de Maria Lulza Bernardo Vidal, sob orientação de Elizabeth Artmann, bem estruturado e pertinente. Entretanto, necessitava de atendimento à pendências que foram listadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datado de 26 de Setembro de 2016. Como se trata de um Projeto onde o INCA é Coparticipante, nos cabia apenas as opções de APROVAR ou NÃO APROVAR através deste Parecer Consubstanciado.

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datada de 26 de Setembro de 2016, referente ao CAAE Original 58529116.4.3001.5274.

#### Objetivo da Pesquisa:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datada de 26 de Setembro de 2016, referente ao CAAE Original 58529116.4.3001.5274.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
Bairro: CENTRO CEP: 20.291-062  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.044.336

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datada de 26 de Setembro de 2016, referente ao CAAE Original 58529116.4.3001.5274.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datada de 26 de Setembro de 2016, referente ao CAAE Original 58529116.4.3001.5274.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datada de 26 de Setembro de 2016, referente ao CAAE Original 58529116.4.3001.5274.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.744.909, datada de 26 de Setembro de 2016, referente ao CAAE Original 58529116.4.3001.5274.

**No Projeto de Pesquisa:**

1.1 - Quanto aos Formulários para Coleta de Dados é importante ressaltar que sob nenhuma circunstância poderá constar qualquer informação (nome, matrícula, registro médico, etc.) que permita a identificação dos participantes de pesquisa (VIDE OS ANEXOS). Estes deverão ser registrados em ordem numérica crescente e a relação com os dados de seu registro apresentados em separado do protocolo (e não anexados), de acesso exclusivo do Pesquisador Principal, garantindo assim o sigilo. O pesquisador principal deverá garantir a anonimização dos dados através do uso de formulários específicos. Solicita-se adequação.

**Resposta:**

Foram retirados dados de identificação dos roteiros de entrevista para paciente, gestor e oncologista referentes aos anexos 1,3 e 5 e alterados os TCLEs anexos 2,4 2 6 para inclusão dos

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 205  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.644.336

dados referentes ao anonimato.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 - No Projeto Completo, em arquivo "word", no Item 3.2 (Estratégia metodológica), lê-se: "A entrevista será feita no Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. "Serão entrevistados gestores de Atenção Primária dos municípios de origem das pacientes, bem como oncoginecologistas que efetuem primeiro atendimento as pacientes entrevistadas." Para clareza, deve estar apontado o local onde se dará a entrevista com as participantes de pesquisa (pacientes) e os oncoginecologistas, para salvaguarda do sigilo e do anonimato. Solicita-se adequação.

Resposta:

O local da entrevista está descrito no Item 3.4.2 Estratégia, no primeiro parágrafo.

A coleta será feita por entrevista face a face para pacientes e oncoginecologistas em CCU em consultório a ser disponibilizado pelo setor de ginecologia a época da coleta no HClI-INCA. Gestores de Atenção Básica a Saúde serão entrevistados preferencialmente com uso do softer Skype de notebook do pesquisador em ambiente reservado para este fim devido a distância e disponibilidade destes atores ou pessoalmente em local reservado apontado pelo entrevistado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 - É apresentado um tamanho da amostra de 420 participantes de pesquisa, sem, contudo, apresentar como se chegou a este cálculo amostral. Solicita-se adequação.

Resposta:

O tamanho amostral está relacionado à quantidade de pacientes oriundas dos municípios no estudo que foram matriculadas no INCA no ano de 2015, 390; da quantidade de oncoginecologistas pertencentes ao quadro fixo do INCA que autorizaram estas matrículas para tratamento de câncer de colo do útero no ano de 2015, 10; e de gestores da unidade básica de saúde e unidade encaminhadora de pacientes para regulação de cada Secretaria de Saúde (4) e Áreas Programáticas (6) envolvidas no estudo em um total de 20 gestores a serem entrevistados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: RUA DO RESENDE, 126 - SALA 205			
Bairro: CENTRO		CEP: 20.231-002	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)3207-4550	Fax: (21)3207-4556	E-mail: cep@inca.gov.br	



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.044.330

2 - No TCLE das participantes de pesquisa (pacientes do HC II) e dos oncogenecologistas do HC II:

2.1 - Sendo INCA um dos campos de pesquisa, deve o CEP - INCA ser igualmente apresentado. Sugerimos o seguinte texto: O Comitê de Ética em Pesquisa do INCA é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se você tem perguntas sobre os seus direitos como um participante da pesquisa, você pode entrar em contato: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Câncer.

Endereço: Rua do Resende 128 sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Contatos: cep@inca.gov.br Telefones: (21) 3207-4550/4556 – Horário de Atendimento: 09:00 às 16:00 horas.

Resposta: Incluído os dados de contato do CEP - INCA nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos de Paciente, Gestores e Oncogenecologistas nos anexos 2,4 e 6.

2.2 - O TCLE das participantes de pesquisa (paciente) é contraditório quando apresenta as seguintes frases: "Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação prevista ou não neste termo de consentimento, haverá direito à assistência integral e indenização, conforme determina a lei." & "Não há indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa." Solicita-se adequação.

Resposta:

Foi retirada a frase "Não há indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3 - O TCLE das participantes de pesquisa (paciente) apresenta corretamente a seguinte frase "Os riscos que correrá durante a entrevista estão relacionados a questões emocionais que serão trazidas a sua memória sobre o trajeto vivido por você desde o seu diagnóstico, processo de acesso ao INCA e o primeiro atendimento". Contudo não apresenta a ação para minimizar este dano, qual seja a assinatura da Chefe do Serviço de Psicologia do HC II, demonstrando sua ciência no Formulário para Submissão de Estudos no INCA.

3 - No Formulário para Submissão de Estudos no INCA:

3.1 - Apresentar a assinatura da Chefe do Serviço de Psicologia do HC II.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-062  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.044.336

**Resposta:**

Na nova apresentação do projeto o formulário para Submissão de Estudos INCA contém a assinatura da Chefe do Serviço de Psicologia do HCl-INCA, unidade hospitalar onde ocorrerá a coleta de dados das mulheres com CCU.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810397.pdf	11/11/2016 12:06:19		Aceito
Outros	AUSENCIADECEPCOPARTICIPANTES.doc	09/11/2016 17:04:07	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810397.pdf	07/11/2016 14:30:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLLEGESTOR.doc	07/11/2016 14:29:56	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLFONCOGINECOLOGISTA.doc	07/11/2016 14:29:38	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLPACIENTE.doc	07/11/2016 14:29:15	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIROPACIENTE.doc	01/11/2016 16:49:53	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	01/11/2016 16:48:06	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	31/10/2016	MARIA LUIZA	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 126 - SALA 205  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.544.536

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	14:50:00	BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	REGISTROPROJETO.pdf	31/10/2016 14:49:43	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PUBLICARERESULTADO.pdf	24/10/2016 14:47:10	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO.pdf	24/10/2016 14:36:51	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RECRUTAMENTOPACIENTECOMTCL E.pdf	24/10/2016 14:35:27	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PRIVACIDADEECONFIDENCIALIDADE.pdf	24/10/2016 14:35:05	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CEPINCA.pdf	24/10/2016 14:18:59	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RESPOSTAPARECER.doc	24/10/2016 14:14:27	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTANI.pdf	24/10/2016 14:02:58	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIRO31.pdf	15/10/2016 20:06:17	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP53.pdf	15/10/2016 20:04:19	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP52.pdf	15/10/2016 20:01:56	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP51.pdf	15/10/2016 19:55:24	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP33.pdf	15/10/2016 19:51:15	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP32.pdf	15/10/2016 19:49:26	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIRO33.pdf	15/10/2016 19:41:05	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARRTAN.pdf	15/10/2016 19:36:13	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTADC.pdf	15/10/2016 19:34:40	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTASG.pdf	15/10/2016 19:33:59	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIROPACIENTE.doc	15/10/2016 19:31:00	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIROGESTOR.doc	15/10/2016 19:30:14	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIROONCOGINECOLOGISTA.doc	15/10/2016 19:29:29	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
Bairro: CENTRO CEP: 20.251-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefones: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.044.336

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Novembro de 2016

---

Assinado por:  
Carlos Henrique Debenedito Silva  
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista

**Pesquisador:** ELIZABETH ARTMANN

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58529116.4.3002.5279

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.858.132

**Apresentação do Projeto:**

O câncer de colo de útero (CCU) é a segunda neoplasia feminina mais frequente entre as mulheres, após o câncer de mama, e a quarta causa de morte por câncer entre as brasileiras. O tratamento é indicado de acordo com o estadiamento pode variar entre procedimentos conservadores como a retirada de lesões pré-neoplásicas, até tratamentos complexos como cirurgias radicais, radioterapia, quimioterapia e associações destas modalidades. Pacientes com câncer enfrentam dificuldades para atendimento na rede pública que vão desde a realização do diagnóstico até o acesso ao tratamento, refletindo a fragmentação do sistema de organização do fluxo de atendimento até a primeira consulta na clínica especializada em oncologia no SUS. O CCU tem linha de cuidado estabelecida pelo Ministério da Saúde. Há no Estado do Rio de Janeiro estabelecimentos para atenção primária, secundária e terciária equipadas para viabilizar este atendimento. Porém existem limitações que impedem que o primeiro atendimento por oncoginecologista ocorra na fase inicial da doença. O problema se agrava quando o primeiro atendimento ocorre em estágio considerado avançado. No intento de resolução de questões relacionadas ao fluxo, efetividade e qualidade do acesso ao atendimento ambulatorial e hospitalar, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, determinaram a realização da regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.050.132

definição de fluxos. No entanto, apesar desta regulação algumas fragilidades são observadas pelos seus usuários na sua operacionalização como disponibilidade de vagas e resolatividade. A realização deste estudo tem como objetivo avaliar o acesso das pacientes com CCU na rede SUS no Rio de Janeiro para o primeiro atendimento por oncoginecologista nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói. Será um estudo qualitativo exploratório e descritivo do tipo estudo de caso com abordagem e aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Para tal serão entrevistadas mulheres com CCU residentes em cada um dos cinco municípios citados, que tiveram primeiro atendimento por oncoginecologista no SUS no Centro de alta complexidade em oncologia (Cacon), INCA; gestores das Secretarias de Saúde e atenção primária dos municípios de origem das pacientes; bem como oncoginecologista que efetuaram primeiro atendimento as pacientes entrevistadas. Serão coletados dados de prontuário e dados de cadastros públicos relacionados à linha de cuidado de CCU.

**Objetivo da Pesquisa:**

\* Objetivo Primário:

- Avaliar o acesso ao tratamento de mulheres com CCU na rede SUS no Rio de Janeiro.

\* Objetivo Secundários:

- Descrever os estabelecimentos de CCU mais frequentes no primeiro atendimento por oncoginecologista no SUS;
- Analisar a ocorrência de dificuldades no acesso para o primeiro atendimento por oncoginecologista;
- Analisar soluções propostas para sistematizar o acesso ao tratamento de CCU na rede SUS/RJ em estabelecimento inicial, a partir das sugestões dos atores sociais consultados no estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

\* Riscos:

- Os riscos que podem identificar nas pacientes estão relacionados a questões emocionais que serão trazidas a memória sobre o trajeto vivido por elas desde o diagnóstico até o processo de acesso ao INCA. Quanto aos profissionais os riscos serão relacionados ao envolvimento com o processo de acesso ao tratamento de câncer de colo de útero no SUS sem que tenham completa governabilidade sobre a situação.

\* Benefícios:

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.050.132

- A pesquisa não trará benefício direto para as pacientes, mas contribuirá para o melhor conhecimento do acesso ao tratamento de câncer de colo do útero no SUS com a finalidade de reorganizá-lo. Para os gestores e oncologistas os benefícios estão relacionados a avaliação do sistema sob a visão de usuários, gestores e oncologistas e a possibilidade de melhorias na organização do processo após resultados da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foi corrigido o item riscos com acréscimo da quebra de confidencialidade.

No TCLE foi acrescentado o direito a indenização se necessária.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória agora estão satisfatórios.

**Recomendações:**

Sem outras recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado. Devendo o pesquisador enviar os documentos solicitados por e-mail pelo CEP.

**Considerações Finais e critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, Sobrejoia  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepems@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.050.132

Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_726803.pdf	30/08/2016 17:23:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEONCOGINECOLOGISTA.docx	30/08/2016 17:21:14	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTOR.doc	30/08/2016 17:20:32	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTE.doc	30/08/2016 17:18:11	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP32.pdf	29/08/2016 16:22:58	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_726803.pdf	08/08/2016 14:51:44		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_726803.pdf	06/08/2016 22:36:02		Aceito
Outros	VICEDIRETORIAPESSQUISA.pdf	06/08/2016	MARIA LUIZA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 18, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepems@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Anexo: 1.050.132

Outros	VICEDIRETORIA PESQUISA.pdf	22:34:05	BERNARDO VIDAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	19/07/2016 13:42:27	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP53.pdf	19/07/2016 13:34:10	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP51.pdf	19/07/2016 13:32:26	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPACIENTE.doc	19/07/2016 13:25:11	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEONCOGINECOLOGISTA.docx	19/07/2016 13:24:42	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTOR.doc	19/07/2016 13:23:59	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CEPINCA.pdf	12/06/2016 14:10:54	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP33.pdf	12/06/2016 13:53:21	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIRO33.pdf	12/06/2016 13:50:23	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIRO31.pdf	12/06/2016 13:45:09	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	RIODEJANEIROAP52.pdf	12/06/2016 13:15:27	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTANI.pdf	12/06/2016 12:09:47	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTADC.pdf	12/06/2016 10:37:19	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARRTAN.pdf	12/06/2016 10:33:48	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	CARTASIG.pdf	12/06/2016 10:18:34	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCLE.pdf	12/06/2016 10:09:20	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESULTADOS.pdf	12/06/2016 10:07:38	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TRATAMENTO E PROCEDIMENTOS.pdf	12/06/2016 10:02:18	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO.pdf	10/06/2016 16:28:20	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Declaração de	CONFIDENCIALIDADE.pdf	10/06/2016	MARIA LUIZA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, Sobradinho  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsm@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 1.000.132

Pesquisadores	CONFIDENCIALIDADE.pdf	16:26:48	BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTAPARAPACIE NTE.doc	10/06/2016 16:13:34	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTAPARAONCO GINECOLOGISTA.doc	10/06/2016 16:12:58	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTAPARAGEST OR.doc	10/06/2016 16:12:21	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	10/06/2016 16:00:49	MARIA LUIZA BERNARDO VIDAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Dezembro de 2016

Assinado por:  
Salesia Felipe de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Rua Everisto de Velha, 16, Sobrelaje  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefons: (21)2215-1485 E-mail: cepema@rio.rj.gov.br