



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Viviane Aparecida Siqueira Lopes

Política de Atenção Oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ

Rio de Janeiro

2018

Viviane Aparecida Siqueira Lopes

Política de Atenção Oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: José Mendes Ribeiro.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L864p Lopes, Viviane Aparecida Siqueira.
 Política de Atenção Oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na
 atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos
 dos Goytacazes/RJ / Viviane Aparecida Siqueira Lopes. -- 2018.
 142 f. : il. color. ; mapas ; tab.

 Orientador: José Mendes Ribeiro.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde
 Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

 1. Avaliação em Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Neoplasias do
 Colo do Útero. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Itinerários terapêuticos. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.994

Viviane Aparecida Siqueira Lopes

Política de Atenção Oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ.

Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 30/07/2018.

Banca de Defesa:

Profa. Dra. Elyne Montenegro Engstrom
Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Profa. Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
UFF-Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna
UFF-Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Mônica Silva Martins
Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Profa. Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira
Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro. (Orientador)
Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Rio de Janeiro
2018

AGRADECIMENTOS

À Deus e seus Anjos Benfeitores, meus amigos e inspiradores de todas as horas, que me abençoaram e iluminaram no sentido do alcance de meus objetivos.

À Universidade Federal Fluminense e Departamento de Serviço Social de Campos/UFF, pela concessão de afastamento de minhas atividades profissionais e de ‘licença capacitação’, permitindo o envolvimento e a dedicação necessários ao curso de doutorado e a sua conclusão.

À Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, na pessoa de todos seus professores e funcionários, ‘formiguinhas’ incansáveis na produção-reconstrução do conhecimento em Saúde Pública e no atendimento aos alunos de seus cursos. Vocês estarão sempre em meu coração!

Ao meu orientador, o professor José Mendes Ribeiro, por ter me aceitado como sua orientanda com acolhimento, parceria e amizade, emitindo importantes orientações no processo de pesquisa, de elaboração de artigo científico e de tese.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes e aos diretores do Hospital Escola Álvaro Alvim, da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, do Hospital Dr. Beda e do Centro de Referência e Tratamento da Mulher, pelas autorizações de pesquisa, cessão de espaços físicos para realização da pesquisa e colaboração de seus funcionários.

Ao Instituto de Oncologia de Macaé e à Clínica Onkosol, em Cabo Frio, pela permissão de uso de suas dependências para realização de entrevistas a usuárias residentes na região dos lagos/RJ.

Às professoras Mônica Martins e Cláudia Travassos pelas contribuições ao projeto de pesquisa que subsidiou esta tese, promovendo valiosos aprimoramentos em sua argumentação teórico-metodológica.

Às professoras Elyne Engstrom e Sandra Siqueira por aceitarem participar da banca prévia e banca de defesa, tecendo relevantes considerações com vistas ao aprimoramento da tese construída.

Às professoras Mônica Senna e Lenaura Lobato por aceitarem participar da banca de defesa de tese, demonstrando compreensão e disposição em colaborar com sua análise crítica.

Aos meus pais, Jorge e Edna; às minhas filhas, Thais, Paula e Bruna; e, a meu irmão, Adriano, por serem ‘porto seguro’, compartilhando as horas tristes e alegres e acreditando firmemente que tudo daria certo. Nosso amor e união é um lindo tesouro!

À meu namorado, Gelzimar, pelo apoio, paciência e afeto constantes, gerando um ‘espaço’ de conforto em meio ao turbilhão de desafios vivenciados no percurso do curso de doutorado.

Por fim, às mulheres acometidas por câncer de colo de útero, usuárias dos serviços oncológicos no município de Campos dos Goytacazes, por me concederem as entrevistas, expondo suas vidas, suas dores, dificuldades e expectativas de futuro. Como foi bom o nosso encontro!

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

FREIRE, Paulo. 1994

RESUMO

Este trabalho avalia o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero (CCU) no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Para isso, analisa quatro dimensões de desempenho, inseridas na metodologia apresentada por Viacava e colaboradores (2004), sendo: ‘acesso’, ‘aceitabilidade’, ‘continuidade’ e ‘efetividade’. A análise do acesso é norteada e ampliada pela utilização do modelo elaborado por Andersen (1995), do qual são utilizadas as dimensões ‘acesso potencial’, ‘acesso realizado’ e ‘acesso efetivo’. Os pressupostos teórico-metodológicos se constituíram, especialmente, pelos conceitos ‘desempenho dos sistemas de saúde’, ‘acesso’, ‘aceitabilidade’, ‘continuidade’, ‘efetividade’, ‘integralidade da atenção à saúde’ e ‘itinerários terapêuticos’. O estudo incidiu sobre usuárias das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Campos dos Goytacazes/RJ em tratamento de CCU, no período de junho de 2016 a julho de 2017, envolvendo, inicialmente, a análise da oferta de recursos e da utilização dos serviços, partir de pesquisa em banco de dados de acesso público. Em segundo momento, envolveu a análise, em prontuários únicos, da presença de pagamentos particulares e do tempo para emissão de laudo de biópsia e para início de tratamento. Em terceiro momento, estudou, via entrevistas, as características do acesso obtido por usuárias das referidas UNACONs, reconstruindo os itinerários terapêuticos. Os resultados indicaram que barreiras de acesso existentes não estiveram relacionadas à oferta ou à utilização de serviços. Estas barreiras se associaram à não agilidade no agendamento de consultas, exames e cirurgias; à emissão de laudos em tempo maior que 30 dias; ao extravio de exames; à possível má qualidade da coleta e da análise laboratorial referente ao Papanicolaou, às falhas na comunicação médico-paciente; à negligência médica; à presença de tempo maior que 60 dias para início de tratamento e à presença de pagamento particular por serviços. Houve satisfação com o setor de oncologia, entretanto, houve insatisfações com a prestação de serviços em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no ambulatório hospitalar de ginecologia. Assim, o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero, considerando sua linha de cuidados, necessita de aprimoramentos. O acesso, a continuidade e a aceitabilidade dos usuários se mostraram fragilizados, promovendo de modo relevante a composição do mix público-privado.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde. Acesso aos serviços de saúde. Itinerários terapêuticos. Neoplasias do colo do útero. Sistema único de Saúde.

ABSTRACT

This study evaluates the performance of health services in cervical cancer care (CCC) in the public sector of the municipality of Campos dos Goytacazes (RJ), Brazil. In this regard, it analyzes four realms of performance inserted in the methodology of Viacava and collaborators (2004), namely: “access”, “acceptability”, “continuity” and “effectiveness”. The analysis of access is guided and expanded by the use of the model elaborated by Andersen (1995), of which realms “potential access”, “access achieved” and “effective access” are used. The theoretical and methodological assumptions consisted especially of “health systems performance”, “access”, “acceptability”, “continuity”, “effectiveness”, “comprehensive health care” and “therapeutic paths”. The study focused on users of the High Complexity in Oncology Units (UNACON) of Campos dos Goytacazes (RJ) in the treatment of CCC, from June 2016 to July 2017, initially including an analysis of the supply of resources and the use of services, based on a public access database search. Then it involved the analysis in single medical records of the presence of out-of-pocket payments and time elapsed between biopsy report and onset of treatment. In the third stage, it studied, through interviews, the characteristics of the access obtained by users of the said UNACONs, reconstructing the therapeutic paths. The results indicated that existing access barriers were not related to the supply or use of services, but indeed to inefficient scheduling of visits, tests and surgeries; to reports being issued later than 30 days; to loss of test results; the possible poor quality of the collection and the laboratory analysis concerning the Papanicolaou; to medical-patient communication flaws; to medical negligence; to time greater than 60 days to start treatment and out-of-pocket expenses for services. Users were satisfied with the oncology sector; however, they were dissatisfied with the provision of services at the Basic Health Facilities (UBS) and the hospital gynecology outpatient clinic. Thus, considering its line of care, the performance of health services in cervical cancer care must be improved. The users’ access, continuity and acceptability proved to be fragile, promoting the composition of the public-private mix in a relevant way.

Keywords: Health assessment. Access to health services. Therapeutic paths. Uterine cervical neoplasms. Unified Health System.

LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

APAC –	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CACON –	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCU –	Câncer de Colo de Útero
CNES –	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
CIDAC –	Centro de Informações de Dados de Campos
CIR –	Comissão Intergestores Regional
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
CRTM –	Centro de Referência e Tratamento da Mulher
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FIRJAN –	Federação da Indústria do Estado do Rio de Janeiro.
GO –	Ginecologia e Obstetrícia.
HBPC –	Hospital da Beneficência Portuguesa de Campos
HEAA –	Hospital Escola Álvaro Alvim
H.Dr. Beda –	Hospital Geral Dr. Beda.
HPC –	Hospital dos Plantadores de Cana
HPV –	Papilomavírus Humano
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDSUS –	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IMNE –	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia
INCA –	Instituto Nacional de Câncer
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IT –	Itinerários Terapêuticos
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PNAISM –	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PU –	Prontuário Único
SADT –	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SBPC –	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos
SCMS –	Santa Casa de Misericórdia de Campos
SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SIA –	Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade
WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa da Região Norte Fluminense	56
Figura 2 –	Mapa de Campos dos Goytacazes e distritos	57
Figura 3 –	Fluxograma dos prontuários únicos levantados e usuárias localizadas nos UNACONs participantes do estudo, para o período julho de 2016 – junho de 2017	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações sobre identificação, seleção e inclusão de normas referentes à câncer de colo de útero, no período de janeiro/1998 a fevereiro/2018.	25
Quadro 2 – Normas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero, no Brasil, no período de janeiro/1998 a março/2018.	26
Quadro 3 – Normas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero, em março de 2018.	28
Quadro 4 – Número de pacientes com CCU convidadas, agendadas e entrevistadas.	74

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Itinerários terapêuticos de usuárias de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residentes em Cabo Frio/RJ.....	93
Diagrama 2 – Itinerários terapêuticos de usuária de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente em São Francisco do Itabapoana/RJ	94
Diagrama 3 – Itinerários terapêuticos de usuária de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente em Nova Friburgo/RJ.....	96
Diagrama 4 – Itinerários terapêuticos de usuárias de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente neste município, cujos inícios ocorreram em ambulatórios hospitalares ou em consultório médico do SESI.....	100
Diagrama 5 – Itinerários terapêuticos de usuárias de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente neste município, cujos inícios ocorreram em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM).....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Oferta de serviços de ginecologia e oncologia/SUS, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, em janeiro de 2018.	59
Tabela 2 – Oferta e utilização de serviços de saúde em Campos dos Goytacazes, segundo número de habitantes da região de Norte Fluminense e parâmetros referentes à serviços oncológicos, especializados e equipamentos, em 2017.....	61
Tabela 3 – Utilização de serviços de saúde públicos referentes ao controle do câncer do colo do útero, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, em 2017.....	63
Tabela 4 – Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária e Proporção de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da faixa etária alvo, em Campos dos Goytacazes, no período 2012-2017.....	64
Tabela 5 – Indicadores de processo relacionados à qualidade do controle do câncer de colo de útero, em Campos dos Goytacazes, em 2012.	65
Tabela 6 – Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero, em Campos dos Goytacazes, no período 2012-2016.	68
Tabela 7 – Faixas etárias das pacientes cujos prontuários foram localizados nos hospitais HEAA, Oncobeda e SPBC, em Campos dos Goytaczes.	72

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL: HISTÓRICO E LEGISLAÇÕES.	21
3	MARCO TEÓRICO	30
3.1	AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	31
3.2	INTEGRALIDADE EM SAÚDE	34
3.3	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	37
3.4	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	45
4	METODOLÓGIA	49
4.1	OBJETIVOS.....	49
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO	49
4.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
4.3.1	Primeira etapa da pesquisa	50
4.3.2	Segunda etapa da pesquisa	51
4.3.3	Terceira etapa da pesquisa	53
4.4	LIMITES DO ESTUDO.....	54
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	55
5	RESULTADOS: ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ.	56
5.1	OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	57
5.2	PRONTUÁRIOS ÚNICOS: PAGAMENTO DE PRÓPRIO BOLSO E TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	68
5.3	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.	73
5.3.1	Análise do acesso a serviços de saúde, continuidade, aceitação/satisfação e efetividade.	75
5.3.1.1	Características das entrevistadas	75
5.3.1.2	Sintomas e porta de entrada no sistema de saúde para controle do câncer de colo de útero.....	77
5.3.1.3	Detecção/Diagnóstico: unidades de saúde, exames realizados, periodicidades e barreiras de acesso.....	80

5.3.1.4	Conclusão Diagnóstica: Acesso à biópsia, tempo para realização, emissão de laudo e apresentação ao médico.	83
5.3.1.5	Tratamento e barreiras de acesso.....	86
5.3.1.6	Barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde	89
5.3.1.7	Itinerários Terapêuticos: características, serviços de saúde utilizados e barreiras de acesso.....	91
5.3.1.8	Satisfação com atendimento recebido: equipe profissional e equipamentos.	105
5.3.1.9	Resultados do acesso: Expectativas de cura do câncer de colo de útero.....	110
5.3.5.10	Outros achados relevantes	112
6	DISCUSSÃO	114
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	140
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	141

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero:

é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos). (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018 a)

Este câncer é um sério problema de saúde pública, pois são, aproximadamente, 530 mil novos casos por ano, sendo a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres e responsável por 265 mil óbitos por ano. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018 a).

No Brasil, em 2014, o número de óbitos foi de 5.448 mortes. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014). Para o biênio 2018-2019, são esperados 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição na taxa de incidência entre todos os tipos de cânceres. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

Este tipo de câncer possui indicadores de morbidade e mortalidade bastante sensíveis aos níveis de desenvolvimento econômico de países e regiões. Assim, no Brasil, sua incidência é diversificada entre as regiões brasileiras, ocupando entre primeira e quarta posição. Na região Sudeste, na qual se localiza o município que foi estudado pela pesquisa que subsidia este trabalho, este tipo de câncer é o quarto mais incidente. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

O câncer de colo de útero está associado à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), de transmissão sexual. Em especial, os subtipos oncogênicos deste vírus – o HPV-16 e o HPV-18 – são responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018 b).

Seu controle envolve uma linha de cuidado iniciada na atenção básica, perpassando a média complexidade e alcançando a alta complexidade, como previsto na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) e descrita em Brasil (2013) e INCA (2017; 2012). A linha de cuidado ao CCU é iniciada com ações de promoção à saúde, transversais aos vários níveis de atenção à saúde; seu segundo momento diz respeito à prevenção secundária, com as consultas ginecológicas e coletas de exame Papanicolaou; o terceiro momento, condiz com o diagnóstico, realização de citologias, colposcopias e biopsias; o quarto momento é o

tratamento, envolvendo procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia; o quinto momento, refere-se à reabilitação, realizada após o tratamento por equipe com capacitação na área oncológica; e, o sexto momento, condiz com os cuidados paliativos, que entre outras ações, envolvem radioterapia anti-hemorrágica e uso de medicamentos para controle da dor. (INCA, 2017; INCA, 2016).

A prevenção ao câncer de colo de útero, através do exame Papanicolau – executado por ginecologistas ou enfermeiros habilitados para tal – possui como público-alvo mulheres de 25 a 64 anos, devendo ser realizado anualmente. No entanto, este intervalo de repetição deverá ser expandido para três anos nos casos de dois exames normais consecutivos. (INCA, 2016).

A Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), ao prever a linha de cuidado, perpassando todos os níveis de atenção, como acima descrita, envolveu ações interligadas e apontou para a atenção integral aos indivíduos com este tipo de enfermidade, sendo, esta perspectiva retomada pela portaria 874 de 16/05/2013 (BRASIL 2013b).

Nesse sentido, a rede de serviços de saúde, em seus níveis hierárquicos, é espaço de implementação dos protocolos da atenção ao CCU, previstos nas “diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero” (INCA, 2016) e nas “condutas do INCA/MS” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2000).

Em relação ao câncer já diagnosticado, a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) prevê que seu tratamento seja realizado em hospitais gerais, credenciados pelos gestores locais e habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) ou em Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Os CACON(s) e UNACON(s) são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres. Os primeiros são unidades hospitalares destinadas ao tratamento dos cânceres mais prevalentes, podendo ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitem desta modalidade terapêutica. Os segundos destinam-se ao tratamento de todos os tipos de câncer, devendo, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física. (BRASIL, 2014; SBCO, 2015)

No sentido de induzir agilidade ao tratamento de câncer no Brasil, em novembro de 2012, foi sancionada a lei 12.732 (BRASIL, 2012), estabelecendo o prazo máximo de sessenta dias para início deste tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua aplicação foi normatizada pela portaria nº 876 de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b).

A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004; 2011), no que diz respeito ao câncer de colo de útero, estabelece interseções com a Política Nacional de Oncologia, definindo entre outras estratégias, a necessidade de “redução da morbimortalidade por câncer”.

O Pacto pela Saúde 2013-2015 (CIT, 2013), por sua vez, define entre suas prioridades o fortalecimento e a ampliação das ações de prevenção, de detecção precoce e de tratamento oportuno do Câncer de Colo de Útero, sendo, portanto, um compromisso pactuado entre os três níveis de gestão.

Essas políticas, no contexto brasileiro pós 1990, condizente com a descentralização das políticas públicas, são formuladas e induzidas pela união, acompanhadas e reguladas pelo estado; e, executadas especialmente pelos municípios brasileiros e/ou pelas regiões de saúde, a partir da definição de referências regionais.

O município de Campos dos Goytacazes, local de realização deste trabalho, se encontra localizado na região Sudeste brasileira, especificamente no estado do Rio de Janeiro, cuja população foi estimada, em julho de 2015, em 16.550.024 habitantes. (IBGE, 2015). Este estado é composto por noventa e dois (92) municípios e nove (09) regiões de saúde, sendo elas: Metropolitana I, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Centro-Sul, Serrana, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste. Campos dos Goytacazes é município polo da Região de Saúde Norte, composta por 08 municípios (Campos dos Goytacazes, São Fidelis, São Francisco do Itabapoana, São João da Barra, Macaé, Conceição de Macabú, Quissamã, Carapebus), correspondendo à 836.915 habitantes; dos quais 463.731 habitantes são do município de Campos dos Goytacazes, sendo 240.477 habitantes do sexo feminino. Destas, 126.142 mulheres estão na faixa etária de 25 a 64 anos, faixa etária alvo da política de rastreamento e controle do câncer de colo de útero (IBGE, 2010; RIO DE JANEIRO, 2017a). Em 2017, as populações do município de Campos dos Goytacazes e da Região de Saúde Norte foram estimadas em 490.282 e 910.045 habitantes, respectivamente. (IBGE, 2017)

Campos dos Goytacazes possui ampla rede de serviços de saúde, na qual se inserem três (03) Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (CNES, mai. 2018). Estas são referências em oncologia para a região Norte fluminense no que tange a serviços de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, cirurgia oncológica e cirurgia de cabeça e pescoço (oncológica) (CIB, 2014; CIR, 2015).

Em termos de saúde da mulher, o município possui todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atendimento ginecológico; um (01) Centro de Referência para Tratamento e Saúde da Mulher (CRTSM) destinado ao atendimento ambulatorial em ginecologia; seis

(06) hospitais com atendimento de ginecologia-obstetrícia, sendo um destes definido como referência em ginecologia e associado a uma das UNACON(s). (CNES, mai. 2018). Portanto, Campos dos Goytacazes/RJ ao possuir uma rede de serviços de saúde estruturada nos três níveis hierárquicos do SUS, remete, à priori, à possibilidade da atenção ao câncer do colo de útero percorrer com facilidade a linha de cuidado anteriormente descrita.

Entretanto, a literatura registra que, embora a oferta de serviços seja um indutor do uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; CASTRO, 2012; TRAVASSOS; CASTRO; CARVALHO, 2005), somente a oferta não significa o atendimento das necessidades de saúde e acesso aos serviços.

Um sinalizador de que apenas a oferta não garante o acesso aos serviços foi o resultado apresentado no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), em 2011 (BRASIL, 2011a), para o município de Campos dos Goytacazes, que registrou uma cobertura de Papanicolau de 41,35% da população-alvo, o que configurou uma baixa cobertura deste exame, indicando, portanto, limites na detecção/diagnóstico de CCU. A literatura, por sua vez, sinaliza a presença de limites ao acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; GOMES et al., 2014), incluindo serviços oncológicos (TRUFELLI et al., 2008), o que levanta a possibilidade de barreiras de acesso aos demais níveis hierárquicos da rede de serviços/SUS, também no município em estudo.

Assim, este trabalho visou avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero pelo SUS no município de Campos dos Goytacazes/RJ, adotando como medidas de desempenho o acesso aos serviços de saúde, a continuidade da atenção, a aceitabilidade e a efetividade da atenção. No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, foram analisadas as barreiras geográficas e organizacionais. Estas últimas barreiras analisadas a partir dos seguintes critérios: a) adequação da oferta e da utilização de serviços ginecológicos e oncológicos relacionados ao câncer de colo de útero; b) tempo entre solicitação e realização de atendimento; c) pagamentos de ‘próprio bolso’ para atendimento.

A efetividade da atenção foi medida pelo alcance de melhoria autorreferida no estado de saúde e pela satisfação das usuárias com os serviços usufruídos.

Portanto, visou-se responder às seguintes questões:

- A oferta de serviços (profissionais – oncologista e ginecologista - e equipamentos - ultrassom, tomografia, ressonância magnética, quimioterapia, radioterapia) e a utilização dos serviços de saúde pertinentes à prevenção, ao

diagnóstico e ao tratamento do câncer de colo de útero são condizentes com os parâmetros do Ministério da Saúde?

- Barreiras de acesso geográficas e organizacionais são vivenciadas por mulheres para realização de exame Papanicolau e/ou por mulheres com câncer de colo de útero para realização de procedimentos referentes ao diagnóstico e/ou ao tratamento?
- Os percursos, a seguir elencados, ultrapassam 30 dias¹?
 - a) De realização de biopsia à obtenção do resultado; b) De obtenção do resultado à realização do primeiro tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia);
- Melhoria nos quadros clínicos e/ou satisfação das usuárias são registrados?

Assim, este estudo torna-se relevante por ser o câncer de colo de útero uma questão de saúde pública à nível nacional e pela importância do município em estudo para a saúde no contexto da região Norte Fluminense, cujas ações, portanto, repercutem em âmbito local e regional, podendo suscitar novos estudos sobre este município ou subsidiar estudos semelhantes em outros municípios de características semelhantes.

Em termos políticos, este trabalho, ao avaliar o Sistema Único de Saúde no que diz respeito ao controle do câncer de colo de útero e ao tratar dimensões como acesso, continuidade, aceitabilidade - medida pela satisfação das usuárias - e, efetividade - medida pela melhoria no estado de saúde, segundo a experiência das usuárias, e pela satisfação das usuárias -, estabelece relação destes caminhos metodológicos com a efetivação do direito à saúde enquanto direito de cidadania, portanto, universal e integral, perspectiva que defendemos.

Por fim, este trabalho pretende colaborar com a produção de novos conhecimentos sobre o município em estudo, em especial no referente à oncologia diante do câncer do colo de útero, visando contribuir com o debate científico sobre o tema e com a promoção de aprimoramentos na gestão pública da saúde.

¹ Neste projeto optou-se por este intervalo de tempo baseado em documento apresentado pela Biblioteca Virtual em Saúde / Telessaúde (BRASIL, 2009) e no Manual de Gestão da Qualidade para laboratórios de citologia (INCA, 2012a, p. 4).

2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL: HISTÓRICO E LEGISLAÇÕES

O comprometimento do poder público com a atenção ao câncer de colo de útero, no Brasil, é firmado em programas e/ou políticas referentes à saúde da mulher; ao câncer de colo de útero, especificamente; ao câncer de colo de útero na condição de doença crônica; à oncologia, em geral; e, no Pacto pela Saúde de 2006 e subsequentes. Ou seja, esse comprometimento perpassa várias formalizações políticas.

O controle do câncer do colo do útero, no Brasil, foi iniciado nos anos 1940, com o uso pioneiro da citologia e da colposcopia. Em 1956, foi criado o “Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) – para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino” (INCA, 2016, p. 21), sendo esta a primeira ação de âmbito institucional voltada para o controle deste câncer.

Na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) foi iniciado, em 1968, um programa de controle do câncer de colo de útero para Campinas e região. Programa semelhante, no início dos anos 1970, foi desenvolvido alcançando vários municípios do estado de São Paulo, com base na Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia – atualmente Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) – e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC). (INCA, 2016)

Entre 1972 e 1975, foi implementado o ‘Programa Nacional de Controle do Câncer’ pela Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde - que fora recentemente criada - visando o combate ao câncer em geral, no qual foi destacado o rastreamento do câncer de colo de útero. (INCA, 2016)

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, possuía entre seus objetivos programáticos, a implantação ou ampliação de “atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama” e de “atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmitidas” (BRASIL, 1984, p. 17), sendo um importante comprometimento público incluindo ações relacionadas ao HPV de transmissão sexual. Sua principal contribuição foi, segundo o Instituto Nacional de Câncer, “introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica”. (INCA, 2016, p. 21). Esse programa visava ir além das demandas relativas à gravidez e ao parto, que foram focos das políticas de saúde da mulher elaboradas até os anos 1970 e, abarcava princípios defendidos pelo movimento social pela

reforma sanitária como descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção, os quais efetivamente norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1990. (BRASIL, 1990).

Nos anos 1990, ao ser implementado o SUS também foram incluídas as premissas do PAISM, passando inclusive pelas redefinições da Política Nacional de Atenção Básica, na qual o atendimento de ginecologia-obstetrícia encontra-se inserido.

O Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino foi criado pela portaria n. 3040 de 21 de junho de 1998 (BRASIL, 1998), sendo desenvolvidas estratégias para estruturação da rede assistencial, monitoramento de ações via sistema de informações, mobilização e captação de mulheres e a definição das competências nos três níveis de governo. Em termos de sistema de informações, em 30 de agosto de 1999, pela portaria n. 408, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). (INCA, 2018d; INCA, 2018g.)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criada em 2004, (BRASIL, 2004), corroborou com os princípios do PAISM (BRASIL, 1984) propondo seu desdobramento e ampliação, objetivando, entre outros: a) a ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST, remetendo ao fortalecimento da atenção básica e à ampliação do acesso e da qualificação da atenção clínico-ginecológica na rede SUS; b) promoção, em conjunto com o Programa Nacional DST/Aids, da prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo o HIV e Aids; c) redução da morbimortalidade por câncer na população feminina, com a organização de referências regionais, com a garantia de reconstrução mamária para mulheres mastectomizadas e com o oferecimento de teste para detecção de HIV e de sífilis para, especialmente, mulheres com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor. Esta política inova em relação ao PAISM (1984) ao prevê atenção às mulheres em situação de violência doméstica ou sexual e a mulheres negras, na terceira idade, no climatério, com doenças mentais, trabalhadoras e indígenas.

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi lançada em 2005, pela portaria n. 2.439 de 08/12/2005 (BRASIL, 2005), mas posteriormente foi revogada pela portaria n. 874 GM/MS de 16/05/2013 (MS, 2013e), sob o título ‘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)’.

Na portaria de 2005, eram previstas, entre outros, a organização da linha de cuidado (atenção básica, atenção especializada, média e alta complexidade) e de atendimento

(promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), com vistas à atenção integral em saúde e, a constituição de redes estaduais ou regionais de atenção oncológica, formalizadas por Planos Estaduais de Saúde, com definição de níveis hierarquizados de atenção e de referências e contra referências. Em 2013, foram mantidas e ampliadas as prerrogativas da portaria de 2005 e foi enfatizada a perspectiva do câncer enquanto uma doença crônica. Assim, afirma princípios e diretrizes pertinentes à promoção, prevenção, vigilância/monitoramento/avaliação, cuidado integral (prevenção, detecção precoce, diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos), ciência/tecnologia, educação e comunicação em saúde. Em seus princípios gerais, reconhece o câncer como doença crônica prevenível, considerando as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Também inova ao prever a formação de recursos humanos, a articulação intersetorial e a incorporação/uso de tecnologias a partir de processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde e da Avaliação Econômica.

Em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) definiu como uma das ações prioritárias de união, estados e municípios, a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama, reafirmando, pelo estabelecimento de indicadores e metas, a importância da detecção precoce dessas neoplasias. Essa ação prioritária foi reapresentada nos Pactos pela Saúde subsequentes.

Para implementação e avaliação das ações de controle do câncer do colo de útero, vários documentos e legislações foram formuladas pelo governo brasileiro, alguns apresentados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e outros disponibilizados pelo site 'Saúde Legis'. O INCA elaborou um rol de documentos (INCA, 2018d), entre os quais alguns se mostram afins aos propósitos desta tese, sendo: a) Cadernos de Atenção Primária n. 29 (BRASIL, 2010), que aborda o rastreamento de indivíduos com diversas enfermidades, em vistas à detecção precoce, entre elas o câncer de colo de útero; b) Cadernos de Atenção Básica n. 13 (BRASIL, 2013), que trata do controle dos cânceres de mama e de colo de útero, visando à organização da rede de serviços e de ações para tal controle, desdobrados nas várias etapas da linha de cuidados; c) Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (INCA, 2016) que abordam os vários possíveis resultados para a citologia de colo de útero, a respectiva nomenclatura no Brasil e a sugestão de conduta.

O INCA também apresenta uma lista com 20 normas relacionadas ao câncer de colo de útero, estando 04 não vigentes em março de 2018. (INCA, 2018f). As normas vigentes são constituídas pelas específicas ao CCU (10 normas) e pelas referentes às doenças crônicas, à oncológica em geral, à radioterapia e aos laboratórios de citopatologia, contemplando o CCU

no conjunto dos tipos de cânceres (06 normas). Entre as que se referem ao CCU, 03 normas se repetiram na lista de normas apresentada pelo site “Saúde Legis” (MS, 2017c). Este site publicou, nos últimos 20 anos, 56 normas referentes ao câncer de colo de útero (CCU), estando 43 vigentes em março de 2018, sendo estas normas identificadas pela adoção dos seguintes critérios: a) Data de publicação: 01/01/1998 a 01/03/2018; b) Origem: Ministério da Saúde; c) Situação: vigência; d) Assuntos (para buscas distintas): ‘cancer de colo de útero’, ‘cancer de colo de útero e citopatologia’, ‘cancer de colo de útero e laboratorios’, ‘cancer de colo de útero e prevenção’, ‘cancer de colo de útero e detecção precoce’, ‘cancer de colo de útero e tratamento’, ‘cancer de colo de útero e quimioterapia’, ‘cancer de colo de útero e radioterapia’, ‘cancer de colo de útero e braquiterapia’, ‘cancer de colo de útero e doenças crônicas’. (Quadro 1.1).

Para apresentação das normas neste trabalho, foi elaborada uma lista de referências composta pelo resultado da busca, no ‘Saúde Legis’, com o assunto ‘cancer de colo de utero’; e, pelas legislações apresentadas pelo INCA, todas vigentes. Em um segundo momento, foram realizadas novas buscas a partir de novos formatos de assunto, mencionados anteriormente, pois em caso de identificação de normas não inseridas na lista de referência, estas seriam acrescentadas à lista inicial. Foram excluídas as normas que se repetiam nas duas listas e as normas referentes à: a) habilitação de serviços de saúde; b) outro tipo de câncer; c) estabelecimentos de recursos financeiros para unidade de saúde, estados e municípios específicos; d) Alteração de procedimentos relacionados a financiamento; e) criação de comitê para banca de processo seletivo. Foram incluídas para apresentação normas que definissem ações relativas à prevenção primária, à detecção precoce/diagnóstico e ao tratamento de câncer de colo de útero, podendo envolver a ação de laboratórios e de serviços de radio/químio/braquiterapia e estar relacionada à atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS ou normas relacionadas à oncologia em geral, no período de janeiro de 1998 a março de 2018, promulgadas pelo Ministério da Saúde. Foram incluídas na análise 30 normas, sendo 18 normas disponibilizadas pelo site ‘Saúde Legis’ e 12 normas apresentadas pelo INCA. (Quadro 1).

Quadro 1 – Informações sobre identificação, seleção e inclusão de normas referentes à câncer de colo de útero, no período de janeiro/1998 a fevereiro/2018.

Referências – N. Total: 76		
INCA-Legislação N: 20	Saúde Legis – ‘cancer de colo de útero’ N: 56	
Normas vigentes – N. Total: 59		
INCA-Legislação N: 16	Saúde Legis - ‘cancer de colo de útero’ N: 43	
Normas repetidas N: 04		
Normas vigentes em lista de referência – N: 55		
Normas vigentes no ‘Saúde Legis’, em novas buscas – N: 37		
Termos Usados em Novas Buscas	N. de Normas	Repetição na lista de referência
‘cancer de colo de útero e citopatologia’	07	Sim
‘cancer de colo de útero e laboratorios’	01	Sim
‘cancer de colo de útero e prevenção’	08	Sim
‘cancer de colo de útero e tratamento’	19	Sim
‘cancer de colo de útero e doenças crônicas’	01	Sim
‘cancer de colo de útero e radioterapia’	01	Não
‘cancer de colo de útero e detecção precoce’	0	-
‘cancer de colo de útero e quimioterapia’	0	-
‘cancer de colo de útero e braquiterapia’	0	-
Total de Normas Vigentes Identificadas N: 96		
Total de Normas Excluídas por Duplicação N: 40		
Normas Selecionadas N: 56		
Normas Excluídas a partir de critérios N: 26		
Normas Incluídas na Análise N: 30		

Fonte: Elaboração da autora, em março de 2018.

As dezoito normas incluídas na análise originadas do site ‘Saúde Legis’ enfatizaram gestão/política (07 – 38,9%); gestão/financiamento (04 – 22,2%); assistência à saúde [prevenção primária, detecção precoce e tratamento] (04 – 22,2%); participação social para gestão ou assistência (02 – 11,1%); avaliação (01 – 5,6%). Ressalta-se, entre 2001 e 2009, a criação de prioridades e indicadores expressa em Pactos pela Saúde; em 2010, a criação de grupo para avaliação do Programa Nacional de Controle ao Câncer de Colo de Útero; em 2013, insere a vacina contra HPV no sistema público de saúde e define padrões para avaliação da qualidade de exames citopatológicos; em 2014, cria os serviços de referência para diagnóstico e tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero e diagnóstico de Câncer de Mama; em 2016, lança as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero; e, em 2017, estabelece incentivo financeiro para estados e municípios referente a custeio da Qualificação Nacional. Estas normas, com exceção das numeradas como 01, 04, 09, 13 e 17, subsidiam este trabalho, seja por estarem intrínsecas aos seus propósitos, seja por nortear perspectivas suscitadas a partir de seus resultados. (Quadro 2).

Quadro 2 – Normas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero, no Brasil, no período de janeiro/1998 a março/2018.

N.	Ano	Legislação Saúde Legis	Ênfase Principal
1	2017	Portaria 4012 MS/GM 29/12/2017 - Estabelece recurso do Bloco de Média e Alta Complexidade a ser disponibilizado ao Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, em parcela única, referente ao incentivo financeiro de custeio da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero.	Financiamento: Estabelece incentivo financeiro
2	2017	Portaria 4043 MS/GM 29/12/2017 - Estabelece recurso do Bloco de Média e Alta Complexidade a ser disponibilizado ao Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, referente ao incentivo financeiro de custeio da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero.	Financiamento: Estabelece incentivo financeiro.
3	2017	Portaria 06 MS/ SCTIE 01/02/2017 - Torna pública a decisão de não incorporar o bevacizumabe para o tratamento de câncer de colo de útero persistente, recorrente ou metastático no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	Assistência: Tratamento.
4	2016	MS/SCTIE. Consulta Pública N. 34, de 21 de outubro de 2016. Diário Oficial da União de 24/10/2016 – seção 1. Consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) relativa à proposta de incorporação no Sistema Único de Saúde do bevacizumabe para o tratamento do câncer de colo de útero metastático.	Assistência: Participação social em decisão de tratamento
5	2016	Portaria 497 MS/SAS 10/05/2016 - Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.	Política
6	2016	MS/SAS - Consulta Pública n. 1, de 04/02/2016 – Diário Oficial da União n. 25, seção 1, de 05/02/2016. Torna pública, nos termos do art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, o texto preliminar das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.	Política
7	2014	Portaria 189 MS/GM 03/02/2014 - Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.	Gestão e Financiamento: Cria referências e incrementos financeiro.
8	2013	Portaria 3388 MS/GM 31/12/2013 - Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	Avaliação: Qualidade de exame (Doenças Crônicas)
9	2013	Portaria 54 MS/ SCTIE 19/11/2013 - Torna pública a decisão incorporar a vacina quadrivalente contra HPV na prevenção do câncer de colo do útero no Sistema Único de Saúde - SUS.	Assistência: Prevenção Primária
10	2012	COP 18 MS/GM 31/10/2012 - Torna público, minuta de Portaria que aprova, na forma do anexo, o texto do Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero. (PNQC).	Avaliação: Qualidade de exame
11	2011	Portaria 2012 MS/GM 24/08/2011- Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos Cânceres de Colo Uterino e de Mama.	Financiamento: Estabelece recursos adicionais

Quadro 2 – Normas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero, no Brasil, no período de janeiro/1998 a março/2018.

N.	Ano	Legislação Saúde Legis	Ênfase Principal
12	2011	Portaria 497 MS/GM 21/02/2011 – Torna pública, nos termos do Artigo 34, inciso II, e Artigo 59 do Decreto N. 4.176, de 28 de março de 2002, minuta de portaria que institui as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.	Política: Minuta de portaria que institui diretrizes brasileiras para rastreamento
13	2010	Portaria 310 MS/GM 11/02/2010 - Institui grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero.	Avaliação: Grupo de Trabalho
14	2009	Portaria 2669 MS/GM 06/11/2009 – Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011.	Gestão/Política: Objetivos, prioridades, metas e indicadores - Pacto pela Saúde 2010-11
15	2009	Portaria 48 MS/GM 13/01/2009 – Ficam mantidas para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria N° 325/GM, DE 21 de Fevereiro de 2008.	Gestão/Política: Objetivos, prioridades, metas e indicadores - Pacto pela Saúde 2009
16	2008	Portaria 3025 MS/GM 22/02/2008 – Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.	Gestão/Política: Objetivos, prioridades, metas e indicadores - Pacto pela Saúde 2008
17	2005	Portaria 2073 MS/GM 27/10/2005 – Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS submeta à consulta pública, por meio do sítio: http://www.saude.gov.br , o documento que trata da “Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas”. (Ementa elaborada pela biblioteca/MS).	Participação social: Consulta publica acerca de nomenclatura
18	2001	Portaria 1102 – MS/GM 30/07//2001 – Institui o Comitê Executivo da segunda fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), vinculado a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, deste Ministério.	Gestão/Política: Institui comitê executivo (política geral)

Fonte: Elaboração da autora, segundo informações apresentadas pelo site ‘Saúde Legis’.

*As normas apresentadas concomitantemente pelo ‘Saúde Legis’ e pelo INCA estão sinalizadas em cinza.

** Ano de Publicação.

As dezesseis normas apresentadas pelo INCA referiram-se ao câncer de colo de útero, especificamente, (11- 68,7%); à oncologia de modo geral (04 - 25%); e, às doenças crônicas (01-6,3%). As *normas não específicas ao CCU* referiram-se à avaliação de serviços e laboratórios (02), expansão de serviços de radioterapia (01), prazo para início de tratamento oncológico (01) e a redefinição de rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas (01). As *normas específicas ao CCU* foram relativas à política e/ou gestão (05), à avaliação (03), à financiamento (02) e à assistência à saúde: prevenção primária (01). Estas normas, com exceção das numeradas como 08, 12, 13, 14 e 15, subsidiam este trabalho, seja por

estarem intrínsecas aos seus propósitos, seja por nortear perspectivas suscitadas a partir de seus resultados. (Quadro 3)

Quadro 3 – Normas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero, em março de 2018.

N.	Ano	Legislação INCA	Ênfase
1	2014	<u>MS/GM Portaria nº 483 / 1º abril 2014:</u> Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.	Assistência: Doenças crônicas (doenças crônicas)
2	2014	<u>MS/GM Portaria nº 1220 / 03 jun 2014:</u> Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Assistência - Tratamento: Lei do 1º. Tratamento (Oncologia geral)
3	2014	<u>MS/GM Portaria nº 140 / 27 fev 2014:</u> 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).	Gestão/Avaliação: Critérios de avaliação/serviços (Oncologia geral)
4	2014	<u>MS/GM Portaria nº 189 / 31 jan 2014:</u> Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.	Gestão/Política: Serviços de referência e seu financiamento (CCU + Mama)
5	2013	Portaria 3388 MS/GM 31/12/2013 - Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	Avaliação: (específico CCU /Doenças Crônicas)
6	2013	<u>MS/GM Portaria nº 874 / 16 mai 2013:</u> 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).	Política (específico CCU/Doenças Crônicas)
7	2012	<u>MS/GM Portaria nº 931 / 10 mai 2012:</u> Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).	Assistência - Tratamento: Expansão de radioterapia. (Oncologia geral)
8	2011	Portaria 2012 MS/GM 24/08/2011- Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos Cânceres do Colo Uterino e de Mama.	Financiamento (CCU + Mama)
9	2011	<u>MS/GM Portaria nº 1.682 / 21 jul 2011:</u> Institui o Grupo Coordenador Nacional da Força-Tarefa para a Avaliação dos laboratórios de citopatologia no âmbito do SUS.	Gestão/Avaliação: Laboratórios (Oncologia geral)
10	2011	<u>MS/MS Portaria nº 558 / 24 mar 2011:</u> Constitui o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama.	Gestão: Comitê Assessor (CCU + Mama)

Quadro 3 – Normas relacionadas ao controle do câncer de colo de útero, em março de 2018.

N.	Ano	Legislação INCA	Ênfase
11	2010	Portaria 310 MS/GM 10/02/2010 – Institui grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero.	Gestão/Avaliação: Grupo de Trabalho p/ Avaliação (específico CCU)
12	2007	<u>GM/MS n° 2918 / 2007:</u> Exclui e altera procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS relativos ao controle do câncer de colo do útero e de mama.	Financiamento. (CCU + Mama)
13	2007	<u>GM/MS n° 3.212, de 20/12/2007:</u> Institui um Comitê Permanente para acompanhamento das recomendações contidas no relatório referente à incorporação da Vacina contra papilomavírus humano.	Assistência: Prevenção primária. (específico CCU)
14	2006	<u>SAS/MS n° 287/2006:</u> Estabelece fluxo para envio, avaliação e atualização da base nacional de dados do Siscolo. GM/MS n.788/1999: Transfere ao INCA a coordenação do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.	Gestão/Avaliação: Avaliação e informação em Saúde. (específico CCU)
15	1998	<u>GM/MS n° 3041/1998:</u> Institui, sob a supervisão da Secretaria de Políticas de Saúde, o Comitê Executivo do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.	Política: Comitê Exec (específico CCU)
16	1998	<u>GM/MS n° 3040/1998:</u> Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.	Política (específico CCU)

Fonte: Elaboração da autora, segundo informações apresentadas no site do INCA, em março de 2018.

* As normas apresentadas concomitantemente pelo 'Saúde Legis' e pelo INCA estão sinalizadas em cinza.

** Ano de criação da norma.

O rol de legislação disponibilizado pelo INCA ressalta normas não específicas ao CCU, especialmente ao abordar o câncer no contexto da atenção às doenças crônicas, a lei do primeiro tratamento oncológico, a avaliação da qualidade de serviço e laboratórios, os aspectos abordados pela literatura brasileira referente ao acesso aos serviços para atenção ao câncer de colo de útero e relacionados aos resultados da presente pesquisa, posteriormente apresentados.

Em geral, as normas apresentadas, em conjunto, trataram de política/gestão (10), avaliação de serviços (07), assistência à saúde: prevenção ou tratamento (05), financiamento (05), participação da sociedade civil (02) e doenças crônicas (01). Ou seja, há indução pela esfera federal acerca da implementação de ações por estados e, especialmente, por regiões de saúde e municípios, com vistas à integralidade da atenção ao câncer de colo de útero. A maioria das normas, como já mencionado, subsidia este trabalho.

Desse modo, há vasta normatização acerca do câncer de colo de útero no Brasil de modo específico ou contemplado por normas referentes à oncologia ou à doenças crônicas, expressando, em termos de formulação de políticas, amplo comprometimento público com o controle do câncer de colo de útero.

3 MARCO TEÓRICO

O presente trabalho buscou avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero, no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Para isso, adotou metodologia para avaliação do desempenho de sistemas de saúde, proposta por Viacava e colaboradores (2004); associando-a ao modelo conceitual de acesso a serviços de saúde, elaborado por Andersen (1995). Adotou, também, as definições de barreiras geográficas e organizacionais de acesso a serviços de saúde, concebidas por Donabedian (1973; 1988) e rerepresentadas por Travassos e Castro (2012); o conceito de integralidade nos sentidos apresentados pela lei 8.080/1990 e por Mattos (2004; 2009), Cecílio (2009), Ayres (2009) e Pinheiro e Silva Junior (2008); e, utilizou o conceito de itinerários terapêuticos como uma abordagem avaliativa da integralidade em saúde, como previsto por Bellato, Araújo e Castro (2008).

Assim, utilizou medidas de desempenho de sistemas de saúde relativas ao ‘acesso a serviços de saúde’, ‘continuidade da atenção’, ‘aceitabilidade’ e ‘efetividade da atenção’ (VIACAVA ET AL, 2004); associadas aos conceitos de acesso aos serviços de saúde, propostas por Andersen (1995), referentes ao ‘acesso potencial’, ‘acesso realizado’, ‘acesso efetivo’. Para além destes, foram reconhecidas e analisadas as barreiras geográficas e organizacionais de acesso. (DONABEDIAN, 1973, 1988; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). As primeiras foram estudadas a partir da presença de dificuldades de acesso relacionadas à distância física entre residência das usuárias e unidades de saúde para tratamento oncológico. As segundas foram analisadas a partir das seguintes perspectivas: a) adequação da oferta e da utilização de serviços ginecológicos e oncológicos relacionados ao câncer de colo de útero; b) tempo entre solicitação e realização de atendimento; c) pagamento particular/’social’ por atendimento de saúde; d) satisfação das usuárias com a atenção à saúde recebida.

Nessa perspectiva, foi utilizada a metodologia proposta por Viacava e colaboradores (2004) que compreendem ‘acesso’ como capacidade do sistema de saúde de prover os cuidados e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado; ‘continuidade’ como prestação de serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis; ‘aceitabilidade’ como grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com valores e expectativas dos usuários; e, ‘efetividade’ como grau em que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.

O acesso efetivo, segundo Andersen (1995), possui sentido semelhante ao aspecto efetividade proposto por Viacava e colaboradores (2004). Para o primeiro, a efetividade é

vista como melhoria nas condições de saúde e na satisfação dos usuários. Para o segundo, significa alcance de resultados. Nesta perspectiva, resultados podem ser compreendidos como melhoria (ou não) nas condições de saúde dos indivíduos a partir da atenção à saúde usufruída, mas também como o declínio (ou não) nas taxas de morbidade e mortalidade por câncer de colo de útero, tendo em vista resultados mais amplos. A satisfação dos usuários, a nosso ver, é fruto da presença de aceitabilidade, sendo, portanto, associadas. A definição de continuidade condiz com a presença de integralidade da atenção à saúde no sentido preconizado pela lei n. 8.080/1990. Mas, a integralidade também foi concebida no sentido de sua construção em cada serviço de saúde, pois, nesta perspectiva, colabora com a construção da satisfação dos usuários, aspecto considerado neste trabalho.

Os conceitos norteadores deste trabalho tiveram suas definições e sentidos contextualizados por revisão de literatura que será apresentada nos subitens a seguir.

3.1 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O desempenho dos sistemas de saúde se refere ao grau de alcance dos objetivos destes sistemas (HURST; HUGHES, 2001; VIACAVA et al., 2004, REIS et al., 2017). A avaliação, segundo Contandriopoulos e colaboradores (2000, p. 31), é “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”. Estes componentes são diversificados, compondo propostas metodológicas também diversas, relacionando de modo próprio dimensões de um sistema de saúde ou de serviços de saúde como as apresentados por Sicotte e colaboradores (1998), Contandriopoulos e colaboradores (2000), Viacava e colaboradores (2004; 2012), Vieira-da-Silva (2006), Marchal e colaboradores (2014).

Assim, o reconhecimento e o estudo de várias dimensões configuram a avaliação de desempenho de tipo multidimensional, ou seja, que permite o exame do sistema de saúde e, particularmente, dos serviços de saúde pela união conceitual de dois ou mais modelos unidimensionais. Essa multidimensionalidade, segundo Costa e colaboradores (2015), torna-se pertinente diante da complexidade de organizações como as do setor saúde, possibilitando uma análise mais ampla.

Nessa perspectiva, Contandriopoulos e colaboradores (2000) apresentam como componentes do sistema de saúde a serem avaliados: a estrutura, o processo (subdividido nas dimensões técnica dos serviços, das relações interpessoais e organizacional) e os resultados. Para Vieira-da-Silva (2006), os aspectos relevantes para a avaliação são: cobertura,

acessibilidade, equidade, eficácia (relativo ao efeito das ações), efetividade, impacto, eficiência (relacionado a custo-produtividade), qualidade técnico-científica, direcionalidade e consistência (referente à adequação entre ações e objetivos), grau de implantação, satisfação do usuário, aceitabilidade, acolhimento, privacidade, relações de trabalho e no trabalho, relações sindicais e de gestão.

Sicotte e colaboradores (1998) apresentam um modelo conceitual para avaliação do desempenho organizacional dos serviços de saúde, no qual o desempenho ocorre pela relação entre metas, produção, valores/cultura organizacional e capacidade de adaptação ao contexto externo, todos inter-relacionados, tensionados e alinhados. Marchal e colaboradores (2014), revisitando Sicotte e colaboradores (1998), realizaram algumas modificações, sendo: a) expansão do âmbito de aplicação do modelo conceitual incluindo não apenas serviços de saúde, mas também organizações de apoio à saúde; b) infusão de elementos-chave e conceitos relativos à integralidade e à defesa de valores como acesso e utilização equitativo dos serviços de saúde, alterando o sentido de algumas palavras ou expressões de Sicotte e colaboradores, sendo: “manutenção de cultura e valores organizacionais” passou a “salvaguardar a cultura e valores organizacionais”, “produção” passou a “prestação de serviços”, Contexto/Ambiente passou a “Interação com o ambiente”; c) ultrapassagem de abordagem funcionalista de Sicotte e colaboradores, ao propor uma estratégia analítica com ênfase na dinâmica social dentro dos serviços de saúde e em sua relação com o meio ambiente; nas interações dentro e entre as funções e o surgimento resultante da mudança, feedbacks e efeitos não intencionais.

Viacava e colaboradores (2004 e 2012) elaboraram uma matriz conceitual e metodológica acerca da avaliação dos sistemas de saúde, da qual faz parte a avaliação dos serviços de saúde. Para eles, os serviços de saúde é parte dos sistemas de saúde. Estes sistemas expressam uma visão ampla de saúde, envolvendo as condições de vida e trabalho dos grupos sociais e as ações desenvolvidas pelas instituições de diversos setores sociais, entre eles as do setor saúde. Os serviços de saúde, responsáveis pela assistência à saúde propriamente dita, por sua vez, constituem uma rede de serviços de saúde, em virtude da necessária inter-relação entre os mesmos no sentido de viabilizar a efetivação do princípio da integralidade, intrínseco ao Sistema Único de Saúde.

A avaliação do desempenho do sistema de saúde, segundo Viacava e colaboradores (2004; 2012), é composto por quatro âmbitos, sendo: determinantes de saúde, condições de saúde da população, estrutura do sistema de saúde, desempenho do sistema de saúde. Estes âmbitos seriam perpassados pela perspectiva da equidade.

Cada um destes âmbitos é subdividido em alguns aspectos ou características. O âmbito ‘determinantes de saúde’ é composto por determinantes de tipo *ambientais* (fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde); *socioeconômicos e demográficos* (características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos à saúde), *comportamentais e biológicos* (atitudes, práticas, crenças, comportamentos e fatores biológicos individuais, que condicionam, predis põem, influenciam a ocorrência de agravos à saúde).

O âmbito ‘condições de saúde da população’ é composto por: *Morbidade* (ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências), *Estado funcional* (ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas / funcionalidade), *Bem-estar* (qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos) e *Mortalidade* (Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população).

O âmbito ‘Estrutura do Sistema de Saúde’ é composto por: *Condução* (capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas); *Financiamento* (montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados); *Recursos* (conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde).

O âmbito ‘Desempenho do Sistema de Saúde’ é composto por: *Acesso* (capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo); *Aceitabilidade* (grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população); *Respeito ao direito das pessoas* (capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas); *Continuidade* (capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada); *Adequação* (grau com que os cuidados, intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico- científico existente); *Segurança do paciente* (capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais); *Efetividade* (grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados); *Eficiência* (relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados).

Neste trabalho, como anteriormente mencionado, é adotada parte da metodologia proposta por Viacava et. al. (2004), referente ao âmbito ‘Desempenho do Sistema de Saúde’, no que diz respeito aos aspectos: acesso, aceitabilidade, continuidade e efetividade; e

referente ao âmbito ‘condições de saúde da população’, relacionado aos aspectos: morbidade e mortalidade.

3.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE

A atenção ao câncer de colo de útero (CCU) envolve a constituição e articulação de uma rede de serviços de saúde, da qual fazem parte unidades básicas de média e de alta complexidade em saúde, incluindo os serviços de apoio à diagnose e à terapia (SADTs); como sinaliza a definição das linhas de cuidado para este tipo de atenção (BRASIL, 2013a). Portanto, remete à integralidade da assistência à saúde no sentido da garantia de ações preventivas, ações para diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Esse sentido está presente na lei n. 8.080/1990, ao definir a integralidade da assistência à saúde como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Ou seja, enfatiza a perspectiva da articulação e da continuidade da atenção à saúde, realizada pela rede de serviços de saúde em seus três níveis de ação. Remete, portanto, à organização e à gestão da rede de serviços de saúde para que a integralidade possa ser alcançada.

Entretanto, embora a definição legal seja valiosa para a análise da integralidade, como concebido por este trabalho, a literatura apresenta outros sentidos para a ‘integralidade em saúde’, que também permeiam este trabalho, em especial, diante à perspectiva de satisfação do usuário com o atendimento oncológico recebido, posteriormente apresentada.

Nesse sentido, Cecílio (2009) denota, como uma das dimensões da integralidade, o que chama de ‘integralidade focalizada’, ressaltando o atendimento integral das necessidades apresentadas por cada usuário em cada serviço de saúde, a partir da ação interdisciplinar da equipe profissional. Nessa perspectiva, a integralidade seria “fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. (CECÍLIO, 2009, p. 119).

Corroborando, Mattos (2004) compreende a integralidade como a possibilidade de associação de práticas preventivas e assistenciais a partir do reconhecimento pela equipe profissional das necessidades trazidas por cada usuário dentro de cada unidade de saúde, mesmo as inseridas em níveis mais complexos de atenção. Esta perspectiva foi redefinida/ampliada em Mattos (2009).

Assim, Mattos (2009) apresenta três sentidos para a integralidade. O *primeiro*, diz respeito a um valor que foi, inicialmente, sustentado e defendido nas práticas médicas, referente a não compreensão dos indivíduos apenas enquanto um sistema biológico; mas, envolvendo sua contextualização. Nessa perspectiva, a integralidade é o reconhecimento das necessidades dos indivíduos; associando assistência médica e prevenção, mas indo além destas, quando, a exemplo, há o reconhecimento pelo profissional de uma simples necessidade de conversa. A realização da integralidade, assim, ultrapassa a iniciativa individual de cada profissional abarcando mudanças radicais nas práticas desenvolvidas pela equipe profissional. Este primeiro sentido, portanto, se sintoniza com a perspectiva de ‘integralidade focalizada’, proposta por Cecílio (2009).

O *segundo sentido*, pertinente aos anos 1970, refere-se à mudança na organização dos serviços e nas práticas de saúde, quando a perspectiva da integralidade norteou a criação dos prontuários únicos e o atendimento de demandas espontâneas (e não apenas a demanda definida verticalmente pelos programas de saúde). A integralidade, assim, seria um “princípio de organização contínua do processo de trabalho, caracterizado pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.” (MATTOS, 2009, p. 61).

Este sentido, a nosso ver, se relaciona com a integralidade prevista em lei, pois a proposta de atenção integral – associando prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação – remete à organização/gestão da rede de serviços de saúde.

O *terceiro sentido* diz respeito às respostas governamentais através de políticas especiais, e diante de grupos específicos da população. A ênfase, nesse sentido, é para as necessidades e as contextualizações específicas de determinados segmentos da população, implicando, muitas vezes, em ações profissionais e em formulações políticas a elas pertinentes.

Ayres e Kalichman (2016) corroboram os dois primeiros sentidos mencionados por Mattos (2009) e acrescentam a presença a partir dos anos 1990 de programas e políticas norteados por um modelo assistencial no qual a prevenção de doenças e de agravos e a promoção da saúde são o principal eixo norteador. Além destes, novas estratégias de gestão dos serviços de saúde com ênfase na ação de equipes de referência multidisciplinar com trabalho interdisciplinar também passam a ser realizadas.

Ayres (2009, p. 14) e Ayres (2009 apud AYRES; KALICHMAN, 2016, p. 8) apresentam quatro eixos em torno dos quais a integralidade tem sido experimentada no campo da saúde, sendo: a) *Eixo das necessidades*, que diz respeito à qualidade e à natureza da escuta,

acolhimento e resposta a necessidades que não se restrinjam a distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar deles; b) *Eixo das finalidades*, que remete aos graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/ reinserção social. Lida com a noção de eficiência dos serviços e de seu acesso oportuno e conveniente por indivíduos, famílias e comunidades; c) *Eixo das articulações*, que se refere aos graus e aos modos de composição dos saberes interdisciplinares, de equipes multiprofissionais e de ações intersetoriais para criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada; d) *Eixo das interações*, que problematiza a qualidade e a natureza das interações nas práticas de cuidado, objetivando condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, condição de realização dos eixos anteriores.

Na perspectiva de integralidade relacionada às necessidades de saúde, sem perder de vista a articulação entre os níveis de atenção à saúde, Pinheiro e Silva Jr (2008, p. 19) afirmam que a integralidade é materializada por práticas que “produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, medeiam negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção”.

Assim, estes autores ressaltam a ação integral como “efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”. Ou seja, o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços e o modo como este atendimento ocorreu é fruto de uma “transversalidade inovadora”; portanto, de ações que constroem e qualificam as normas e que colaboram para a “produção de conhecimento emancipatório e comprometido com a afirmação da vida”. (PINHEIRO; SILVA JR, 2008, p. 29).

Esses autores apresentam três dimensões que caracterizam ‘avaliações amistosa à integralidade’, sendo:

- a) Dimensão da gestão e organização dos serviços, na qual, demanda, necessidade e oferta assumem papel fundamental como categorias transversais; sendo, inseridas análises de: estratégias para regulação do acesso às ações e serviços de saúde, utilização da educação permanente, utilização de tecnologia no desenho dos processos de trabalho, permeabilidade ao controle social na definição de prioridades, utilização integrada de sistemas de informação e reconhecimento das características do território de referência;

- b) Dimensão das práticas dos trabalhadores, na qual, inserem análises da capacidade dos trabalhadores produzirem práticas com acolhimento e desfragmentação do atendimento prestado;
- c) Dimensão do direito à saúde, na qual, inserem análises do potencial de promover o bem comum a partir do compartilhamento de seus resultados. (PINHEIRO; SILVA JR, 2008, p. 29-35)

Diante do exposto, a integralidade pode ser investigada a partir de sentidos diversos, sendo todos relevantes para este trabalho. Para análise da ‘continuidade’ da assistência à saúde, como medida de desempenho de sistemas de saúde, fez-se pertinente o sentido de integralidade previsto na lei 8.080/1990, que remete à organização, articulação e continuidade da rede de serviços de saúde; cujo sentido possui correlações com as argumentações de Cecílio (2009), Mattos (2004; 2009) e Pinheiro e Silva Junior (2008), no que se refere à dimensão da ‘gestão e organização dos serviços’. Para análise do atendimento das necessidades de saúde relacionadas ao CCU realizado por cada equipe em cada serviço de saúde envolvido na pesquisa e expresso pela satisfação (ou não) das usuárias dos serviços de saúde com este atendimento foi também importante o sentido de integralidade proposto no ‘eixo das finalidades’ por Ayres (2009).

3.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de acesso aos serviços de saúde varia entre os autores e segundo o tempo e o contexto. Estas variações são condizentes com os modelos de estudo de acesso, configurando entendimentos mais ou menos abrangentes sobre o tema.

Os estudos sobre acesso aos serviços de saúde também podem variar segundo a ênfase dada por cada autor que pode recair sobre as características dos indivíduos, as características da oferta, ambas as características ou a relação entre indivíduos e serviços. Além disso, o estudo pode enfatizar os resultados ou os objetivos finais dos sistemas de saúde; ou, ainda, a relação entre os vários fatores que compõem este sistema no sentido do alcance de seus objetivos. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

Donabedian (1973), citado por Travassos e Martins (2004), utilizou o termo acessibilidade, definindo-a como a relação entre as características da oferta de serviços e a capacidade destas de atender às necessidades de saúde de uma determinada população. Respaladas em Donabedian (1973), Travassos e Castro apresentam essa definição como

“grau de ajuste entre o problema de saúde da pessoa e os recursos humanos e tecnológicos empregados”. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 188). O acesso, portanto, não diz respeito apenas à disponibilidade de recursos, remetendo à análise da presença ou não de características facilitadoras ou limitadoras do uso por potenciais usuários.

Em outras palavras, o estudo sobre acesso aos serviços de saúde possui como foco central a utilização destes serviços. No entanto, esse estudo ultrapassa os primeiros contatos diretos do usuário com médicos e demais profissionais – via atendimentos e procedimentos com vistas à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – que demarcam a utilização de serviços de saúde. O estudo do acesso implica em sua análise enquanto um processo, envolvendo seus múltiplos aspectos inseridos nos modelos de estudo. Nesse sentido, as indagações acerca da efetividade da utilização de serviços diante da presença de necessidade de saúde, da facilidade para tal, dos passos dados para se chegar à utilização, dos resultados da utilização, entre outros, norteiam os estudos sobre o acesso.

A utilização dos serviços de saúde possui um conjunto de fatores determinantes relacionados à oferta e à demanda. Em relação à *oferta*, o primeiro fato a ser destacado é a existência dos serviços, onde interferem:

Aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado). (BARATA, 2008, p. 19).

No caso da organização dos serviços de saúde, as restrições administrativas – como as solicitações de “documentação excessiva, horário de atendimento pouco conveniente, tempo de espera prolongado, serviço concorrido e barreiras médicas” – podem limitar uso de serviços de saúde. (CARVACHO, 2008, p. 888).

No que se refere à *demand*a, o principal determinante do uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde e a percepção desta por seu portador. Neste estado, influem significativamente a idade e os aspectos sociais, como “gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social” (BARATA, 2008, p. 19)

Nesse sentido, o acesso e o uso dos serviços de saúde refletem as desigualdades sociais existentes e, portanto, as vulnerabilidades presentes. Segundo Barata (2008), as vulnerabilidades individual, social e programática são dimensões complementares que promovem a produção do processo de saúde-doença; sendo: a) vulnerabilidade individual referente às características demográficas e sociobiológicas dos indivíduos; b) vulnerabilidade

social referente às condições de inserção social dos indivíduos e grupos sociais no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; c) vulnerabilidade programática decorrente do perfil das políticas públicas e das respostas sociais às questões de saúde. (BARATA, 2008)

Entre estas vulnerabilidades, a programática, em primeiro momento, ressalta-se diante do estudo de acesso e utilização de serviços de saúde, pois remete à presença de recursos necessários à resolução das questões de saúde. No entanto, as três dimensões de vulnerabilidade apresentadas, em conjunto, estão relacionadas ao uso de serviços de saúde, como incorporado nos modelos de estudo de acesso aos serviços de saúde.

O estudo sobre o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de grande interesse. Os trabalhos científicos frutos deste interesse, produzidos a partir da década de 1960, enfatizam modelos teóricos que subsidiam suas análises. Estes modelos apresentam o acesso aos serviços de saúde enquanto um fenômeno social gerado por múltiplos fatores inter-relacionados que, por sua vez, promovem diversos resultados e também apontam para a possibilidade de mensuração desse acesso.

Andersen e Newman, na década de 1960, formularam o Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, com o objetivo de explicar o uso individual de serviços de saúde (não se detendo, vale ressaltar, nas interações entre processo de cuidados e resultados deste uso). Esse modelo concebe o uso dos serviços de saúde a partir da presença de três fatores: a) fatores predisponentes – fatores demográficos, tais como idade e sexo; estrutura social, crenças em saúde; b) fatores capacitantes – meios disponíveis às pessoas (individuais / familiares e comunitários) para obtenção de cuidados de saúde, tais como instalações, equipamentos, profissionais de saúde; e, também, renda, transporte, tempo; c) necessidades de saúde – percebidas pelos indivíduos e/ou diagnosticadas por profissional de saúde.

A partir dos anos 1960, portanto, foram apontados caminhos teóricos-metodológico para a análise/avaliação do acesso à assistência à saúde e/ou utilização dos serviços de saúde. Nos anos subsequentes, foram elaboradas redefinições do modelo apresentado por Andersen e Newman (1973)², assim outras contribuições aos estudos de acesso.

Donabedian³ (1973), ainda no mesmo ano, distinguiu duas dimensões de acesso: sócio-organizacional e geográfica. A primeira, diz respeito às características da oferta de serviços; e, a segunda, refere-se à distância entre residência e unidades de saúde, envolvendo tempo de locomoção, custo de viagem, entre outros (DONABEDIAN, 1973 apud

² A versão original é ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants Of medical care utilization in the United States. **Milbank Quartely**, 51, p. 95-124, 1973. Neste trabalho é usada a republicação em 2005, ou seja, Andersen & Newman (2005).

³ Idem nota 3.

TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Essas distinções influenciaram os estudos sobre acesso aos serviços de saúde, subsidiando, a exemplo, as formulações de Barata (2008), anteriormente mencionadas.

Aday e Andersen (1974) ampliam o modelo teórico elaborado por Andersen e Newman (1973), ressaltando a articulação entre política de saúde, recursos e organização da oferta de serviços, características da população de risco, características da utilização dos serviços de saúde e da satisfação do consumidor.

O modelo de análise proposto pelos autores supramencionados aponta para a interferência da amplitude e qualidade da *política de saúde vigente* (financiamento, educação/formação profissional, recursos humanos, organização) sobre as *características da oferta de serviços de saúde* (volume e distribuição dos recursos; organização, abarcando a entrada no sistema e sua estrutura) e *características da população de risco* (predisposições mutáveis e imutáveis; capacitadores mutáveis e imutáveis; necessidades percebidas e/ou avaliadas).

Por sua vez, *as características da oferta de serviços de saúde* interferem nas *características da população de risco, na utilização de serviços de saúde e na satisfação do usuário dos serviços* (conveniência, custos, coordenação, cortesia, informação, qualidade). Esta satisfação se estabelece pela utilização dos serviços de saúde (tipo, local, propósito, intervalo de tempo), sendo, portanto, interrelacionadas. E, *as características da população de risco* interferem, concomitantemente, na *utilização de serviços de saúde e na satisfação do usuário destes serviços*.

Desse modo, Aday e Andersen (1974) ampliam as dimensões de análise do acesso aos serviços de saúde, envolvendo definições macroestruturais como as previstas na política de saúde; passando pelas características do sistema de saúde, em termos de recursos e organização da assistência à saúde; pelas predisposições, possibilidades ou capacitadores de acesso e necessidades da população de risco e associando tais elementos à utilização dos serviços de saúde e à satisfação dos usuários dos serviços.

Donabedian (1988) ressaltou, no processo de assistência à saúde, o relacionamento interpessoal (entre médico ou outro profissional de saúde e usuário do serviço de saúde) a partir da análise de aspectos como privacidade, confidencialidade, escolha informada, empatia, honestidade e sensibilidade, considerando a satisfação do usuário um dos resultados esperados dos cuidados de saúde realizados. Em relação à estrutura dos serviços de saúde, enfatizou aspectos a serem analisados, como conveniência, conforto, tranquilidade e privacidade. Para ele, aspectos objetivos poderiam ser investigados a partir de critérios

explícitos como os indicadores previamente especificados e a partir de prontuários médicos. Estes seriam somados à investigação de aspectos subjetivos e relacionais a partir de entrevistas aos atores envolvidos e/ou selecionados.

Júlio Frenk (1992) apresenta três abordagens pertinentes ao conceito de acesso aos serviços de saúde, denominadas ‘domínio amplo’, ‘domínio intermediário’ e ‘domínio restrito’. A *primeira abordagem* corresponde ao fluxo construído do desejo de obter cuidado de saúde à continuidade do cuidado; a *segunda* corresponde ao fluxo que parte da procura por serviços de saúde e engloba a entrada nos serviços e a continuidade do cuidado; a *terceira* corresponde ao fluxo que parte da procura por serviços de saúde indo apenas até a entrada nos serviços.

Nessa perspectiva, a abordagem de Andersen e Newman (2005) e a dos demais autores mencionados se inserem em uma das dimensões apontadas por Frenk (1992). Andersen e Newman (2005) elaboram uma proposta teórico-metodológica acerca do acesso aos serviços de saúde cuja dimensão se configura restrita, mas as releituras ao inserirem novos ângulos de análise promovem um movimento de ampliação da perspectiva original.

Penchansky e William (1981) apresentam um modelo de acesso que parte da percepção da necessidade de saúde, recaindo principalmente sobre a oferta e organização da rede de serviços de saúde, incluindo a localização destes serviços em relação ao local de residência dos usuários destes serviços. Aspectos como recursos financeiros dos usuários dos serviços para fins de pagamento pelos serviços de saúde utilizados e aceitabilidade desses usuários diante dos profissionais de saúde e vice-versa também são apresentados. Esses autores compreendem o acesso aos serviços de saúde como um conjunto de dimensões específicas de ajuste entre o usuário do serviço de saúde e o sistema de saúde, sendo:

- a) Disponibilidade (availability): Relação entre o volume e o tipo de serviço (e recursos) existente e o volume e tipo de necessidade dos clientes; referindo-se à adequação da oferta de médicos, dentistas e outros provedores; de estruturas como clínicas e hospitais, e de programas e serviços especializados.
- b) Acessibilidade (accessibility): Relação entre a localização dos serviços e a localização dos clientes, levando-se em consideração os recursos necessários ao transporte dos clientes, tempo de viagem, distância e custo.
- c) Adaptabilidade (accomodation): Relação entre o modo como os recursos da oferta são organizados para admitir os clientes - o que inclui sistemas de marcação de consulta, horários de funcionamento, possibilidade de ingresso

direto, serviços telefônicos -, a habilidade dos clientes de se ajustarem a esses fatores e a percepção sobre a conveniência dos mesmos.

d) Capacidade aquisitiva (affordability): Relação entre preços dos serviços, planos de saúde aceitos ou depósitos requeridos e a renda dos clientes, sua capacidade de pagamento e/ou posse de seguro de saúde.

e) Aceitabilidade (acceptability): Relação entre atitudes dos clientes em face das características pessoais e técnicas dos provedores e as reais características destes, bem como as atitudes do provedor em face das características pessoais dos clientes. Diz respeito à relação do consumidor com atributos do provedor, tais como idade, sexo, etnia, tipo de serviço, proximidade geográfica do serviço, filiação religiosa do serviço ou provedor. Por sua vez, os provedores demonstram preferência em relação a determinados atributos dos clientes ou a determinados mecanismos de financiamento.

Os autores supracitados, portanto, ressaltam a dimensão ‘adaptabilidade’ e ‘aceitabilidade’, envolvendo dupla participação – do sistema de saúde e do usuário – na qual se insere a necessidade de adaptação dos usuários e a preferência de provedores por determinados segmentos de usuários. Também consideram a ‘capacidade aquisitiva’, inserida na perspectiva de presença do setor privado da saúde, o que, a priori, não seria coerente com o modelo universal de assistência à saúde vigente no Brasil, a não ser que não funcione adequadamente, gerando estratégias como pagamento “social” ou “particular” de serviços não disponíveis pelo SUS no lugar e no tempo necessários.

Andersen (1995), revisitando o modelo comportamental original, afirma que o acesso é uma medida de política de saúde relativamente complexa, podendo ser razoavelmente definida em termos multidimensionais a partir dos conceitos do modelo original. Assim, propõe os conceitos ‘acesso potencial’; ‘acesso efetivo’ ‘acesso eficiente’ ‘acesso realizado’. Este último permite a análise do ‘acesso equitativo’ e ‘acesso desigual’. Acesso potencial é definido pela presença de recursos que fornecem os meios para o uso e, portanto, quanto mais presente os recursos em determinado território, maior probabilidade de serem utilizados. Acesso realizado é a utilização, propriamente dita, dos serviços.

Em relação à equidade/desigualdade, a preponderância do uso dos serviços em determinadas áreas geográficas e/ou por determinados grupos de indivíduos, com características étnicas, socioeconômicas e culturais específicas apontam para a análise da presença ou não de acesso equitativo ou desigual. A desigualdade é configurada quando a partir da estrutura social (por exemplo, a etnia), das crenças de saúde e dos recursos

capacitadores do uso (por exemplo, a renda), há a definição de quem recebe ou não a assistência à saúde (ANDERSEN, 1995).

A implementação de políticas em vistas à ampliação do acesso e acesso equitativo envolve, segundo Andersen (1995), reforçando a perspectiva de Aday e Andersen (1974), a análise do grau de mutabilidade de determinados fatores, ou seja, da possibilidade ou não desses fatores serem alterados com tais políticas. As variáveis demográficas (como sexo e idade) e de estrutura social (como etnia e renda) são consideradas de baixa mutabilidade. As crenças em saúde são consideradas de média mutabilidade e, alguns elementos inseridos no conjunto dos recursos capacitadores, como oferta de serviços, número de profissionais e equipamentos, são de alta mutabilidade. Portanto, ações públicas que visem ampliar o acesso equitativo devem incidir necessariamente sobre as crenças e recursos capacitadores. Além desses fatores, as necessidades percebidas – originalmente vistas como imutáveis – e as necessidades avaliadas também possuem bom grau de mutabilidade, pois, diante de ações de educação em saúde e da criação de diretrizes clínicas que promovam o diagnóstico de enfermidades, suscitam uma maior procura por serviços de saúde.

O acesso efetivo é estabelecido quando estudos sobre a utilização mostram que o uso melhora o estado de saúde ou a satisfação dos consumidores com os serviços. Acesso eficiente, por sua vez, é mostrado quando o nível do estado de saúde ou satisfação aumenta em relação à quantidade de serviços de saúde consumida (ANDERSEN, 1995). Os conceitos de acesso elaborados por Andersen (1995) foram também apresentados por Travassos e Castro (2012), dos quais se ressaltam os acessos ‘efetivo’ e ‘eficiente’, possuidores de fatores explicativos que incorporam – além dos aspectos relacionados aos ‘acesso potencial’ e ‘acesso realizado’ – “fatores relativos aos serviços e aos profissionais da saúde associados à qualidade”, destacando-se “a qualidade técnica do cuidado prestado e as relações interpessoais entre profissionais da saúde e pacientes.” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 190).

O modelo para análise do comportamento individual e do acesso aos serviços de saúde reelaborado por Andersen (1995) é composto por quatro eixos, sendo: *Contexto* (sistema de saúde e o ambiente externo); *Características da População* (fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde); *Comportamento de Saúde* (práticas pessoais de saúde, como dieta, exercícios físicos, autocuidado em interação com o uso dos serviços de saúde); e, *Resultados* (estado de saúde percebido/diagnosticado e satisfação dos usuários dos serviços de saúde). Tais eixos são inter-relacionados, interagindo dialeticamente.

Assim, o *sistema de saúde e o ambiente externo* (aspectos físicos, políticos e econômicos) interferem nos fatores predisponentes, fatores capacitantes, necessidades de saúde e também nos resultados do sistema de saúde. *Os fatores predisponentes, fatores capacitantes e as necessidades de saúde* interferem no comportamento de saúde e nos resultados de saúde. O comportamento de saúde, por sua vez, interfere nos *resultados de saúde*. Em feedback, os *resultados de saúde* interferem no comportamento de saúde e nos *fatores predisponentes, nos fatores capacitantes e nas necessidades de saúde*. O modelo de estudo de acesso elaborado por Andersen (1995) acrescenta o eixo ‘comportamento de saúde.

Segundo Travassos e Castro (2012), o acesso compreendido na perspectiva do domínio restrito, ou seja, do modelo de Andersen e Newman/1973 (2005), é definido como “o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população”. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 185-186)

No entanto, como registrado nas várias reelaborações do modelo comportamental e acesso aos serviços de saúde original, há outras dimensões que se mostram inter-relacionadas que limitam ou facilitam este acesso. Nesse sentido, Travassos e Castro (2012), tendo em vista a operacionalidade das dimensões presentes nos modelos de acesso, denominaram os possíveis limites de acesso a serem encontrados (ou não) de barreiras, sendo: inexistência de serviços de saúde, barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e de informação.

As *barreiras geográficas* “refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde”. A distância entre residência e/ou trabalho e serviços de saúde envolve custos em termos de tempo e financeiros, o que reduz a possibilidade de acesso aos serviços, em especial, indivíduos de baixa/média renda. As *barreiras organizacionais* “expressam as características da organização dos serviços e do tipo e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização”. Este tipo de barreira envolve, a nosso ver, tempo de espera, horário conveniente, tipo de profissional disponível, presença de acolhimento e política de humanização, qualidade técnica do cuidado. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 186-187).

As *barreiras de informação* são relativas à precariedade ou fragilidade das “informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde e as doenças e suas alternativas terapêuticas [que] atuam como facilitadores da utilização de serviços”. O nível de informação é construído não somente da ação do setor saúde, mas também do capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de comunicação. As *barreiras*

financeiras são referentes ao pagamento ou copagamento de serviços de saúde pelos usuários destes serviços, constituindo barreiras especialmente vivenciadas por indivíduos pobres, com destaque para os serviços ambulatoriais. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 187-188).

No que diz respeito à relação entre acesso/uso de serviços e desigualdades sociais, Travassos e Castro (2012) adotam o conceito de equidade horizontal, ou seja, a igualdade entre iguais, operacionalizada como igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades iguais, como previsto nas normas que regem o SUS. Segundo as autoras, equidade nas condições de saúde – que remete ao maior risco em termos de morbidade e mortalidade expresso pelos grupos socialmente menos privilegiados – é distinta da equidade no acesso e utilização de serviços. Esta última é

expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 184)

A presença da equidade é uma preocupação também expressa na proposta metodológica para avaliação de sistema de saúde apresentada por Viacava e colaboradores (2004; 2012), que neste caso, a nosso ver, no que refere ao acesso aos serviços de saúde, também é horizontal.

Os conceitos e modelos explicativos sobre o acesso aos serviços de saúde revisados possuem muitas semelhanças e proximidade conceitual, trazendo em suas revisitações ou novas composições reflexões que contribuem para a análise de estudos empíricos. Nessa perspectiva, o presente trabalho foi norteador pelo modelo comportamental proposto por Andersen (1995), associado às contribuições de Donabedian (1973; 1988) que sublinhavam a relevância das barreiras organizacionais e da (in) satisfação das usuárias dos serviços de saúde, enquanto elementos que influenciam o uso dos serviços e o resultado da atenção à saúde.

3.4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Os itinerários terapêuticos (ITs) são a “busca de cuidados terapêuticos [...] em termos dos caminhos percorridos por indivíduos [...] na tentativa de solucionar seus problemas de saúde” (GERHARDT, 2006, p. 2449), não se limitando “à identificação e à disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos, mas [estando] relacionado às diferentes buscas individuais e às possibilidades socioculturais de cada paciente”. (MARTINS; IRIART, 2014, p. 275).

Assim, a “ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada”. (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133)

Nessa perspectiva, Bellato, Araújo e Castro (2008, p. 171) afirmam que os ITs são uma prática de “busca por cuidado em saúde de usuários na experiência de seu adoecimento”, que pode ocorrer em sistemas de cura e cuidado formais ou informais. E Almeida (2009, p. 32) assinala que “o itinerário terapêutico é [...] um termo que designa um conjunto de planos, estratégias, e projetos voltados para um objeto preconcebido”, sendo este objeto, neste trabalho, o acesso aos serviços de saúde para atenção ao CCU.

Complementando, Ferreira e Silva (2012, p. 3089) afirmam que o desenho de busca por cuidados “emerge das narrativas contadas pelos sujeitos, [...] nem sempre [com] uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista”.

A reconstrução de itinerários terapêuticos (IT), portanto, é uma estratégia metodológica que possibilita a compreensão da trajetória de busca por cuidados de saúde, na rede formal e/ou informal de saúde, a partir da ótica dos usuários dos serviços de saúde; incluindo os sentidos, lacunas, complementariedades e associações percebidas e expressas pelos usuários neste processo.

Os itinerários terapêuticos permitem uma compreensão mais ampla do que a proporcionada por perguntas pontuais e objetivas e, portanto, muito direcionadas. Permitem a expressão das condições nas quais a busca por serviços de saúde ocorreu e, nos casos de estudos avaliativos, o registro do nível de resolutividade proporcionado pelas práticas profissionais usufruídas pelo usuário.

Nesse sentido, Bellato, Araújo e Castro (2008) afirmam que os ITs possibilitam traçar a lógica da trajetória percorrida pelo usuário dos serviços e/ou sua família e os sentidos tecidos nos vários trajetos que a compõem. Para estes autores, os ITs constituem “olhares avaliativos privilegiados sobre as práticas em saúde, o modo de organizá-la e seus efeitos nas vidas de usuários do SUS e de suas famílias”. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008, p. 172)

O uso dos ITs para avaliação em saúde, é ressaltado a partir de quatro perspectivas, sendo: a) a experiência de adoecimentos e seus múltiplos custos para o usuário e sua família, decorrentes do adoecimento e da busca por cuidados; b) a experiência de busca de cuidado, permitindo a análise de facilidades, dificuldades e resultados encontrados; incluindo, análise de deslocamentos territoriais necessários e produção de vínculos por serviços e profissionais de saúde; c) as redes de sustentação e apoio, analisando sua presença ou não, como são

tecidas com vistas à resolução dos problemas de saúde do usuário; d) da organização formal dos serviços de saúde, permitindo analisar as práticas profissionais realizadas e suas implicações na trajetória de busca por cuidados; e, analisar o consumo de serviços, a regulação da referência e contra-referência, nos diversos níveis de atenção da saúde no setor público. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Em relação à experiência de adoecimento, Tavares e Bonet (2008) registram a dimensão processual presente no conceito de experiência, apontando para uma vivência que não se apresenta previamente estabelecida. Esta vivência é intersubjetiva, ou seja, é fruto da mediação entre objetividade e subjetividade/cultura. Assim, os ITs expressam essa transitoriedade da experiência e essas delicadas mediações, resgatando os sentidos que se processam nos contextos.

Segundo Ferreira e Silva (2012), as reflexões sobre os itinerários terapêuticos foram iniciadas na década de 1960 através de estudos que buscavam compreender como os indivíduos realizavam suas escolhas de tratamento de saúde. A partir destes estudos, autores como Mechanic, Volkart, Geertz e Kleinman investigaram sobre como as diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos das doenças eram elaboradas pelos indivíduos e também quais os comportamentos expressos e as buscas realizadas para resolução de seus sofrimentos.

No Brasil, os primeiros estudos utilizando o instrumento ‘itinerários terapêuticos’ são da década de 1980 e início da década de 1990, com enfoque na experiência de adoecimento e busca por cuidado dentro do subsistema de saúde popular, e na religião como instância de cura. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008)

Segundo os autores supracitados, os estudos sobre IT se situam em torno de dois eixos: *um* que resgata a perspectiva individual, enfatizando as escolhas que os sujeitos realizam e que determina um itinerário; *outro* eixo que envolve trabalhos nos quais “o meio cultural é o determinante que predomina nas escolhas possíveis para o sujeito”. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008, p. 170). A proposta destes autores, que coaduna com a perspectiva de estudos mais recentes, é de relativizar este determinismo, compreendendo as imbricações dos dois eixos comentados.

Portanto, alguns estudos que adotaram a reconstrução de itinerários terapêuticos como estratégia metodológica possuem o foco da pesquisa na perspectiva antropológica ou cultural, pois processos terapêuticos alternativos e/ou populares foi o interesse investigativo destes estudos ou poderiam ser mencionados pelos indivíduos participantes das pesquisas. Em um segundo grupo de estudos, os itinerários são elaborados para fins de avaliação do processo de busca por cuidados de saúde e por busca de assistência à saúde no sistema formal de saúde.

Em um terceiro grupo de estudos, como defendem Bellato, Araújo e Castro (2008), a investigação recai sobre a busca de soluções para seus problemas de saúde, acolhendo a busca realizada tanto no sistema formal de saúde como nos sistemas alternativos. Para estes autores, a busca pelo sistema alternativo, muitas vezes, pode sinalizar barreiras de acesso ao sistema formal de saúde e, portanto, seria exatamente a compreensão dos sentidos destas buscas que permitiria a avaliação dos sistemas formais. Em sintonia com o sentido expresso pelos estudos deste último grupo, serão mencionados três trabalhos em sequência.

O primeiro trabalho, de Vasconcelos e Jorge (2015), apresenta o recurso metodológico de reconstrução dos itinerários terapêuticos como uma estratégia que possibilita não apenas a análise da busca por cuidados de saúde na rede formal de serviços de saúde, mas de todo contexto sociocultural, que expressa relações com a família e cuidadores, com ações de cunho religioso, entre outros. Em suas palavras, “o itinerário terapêutico permite a análise sobre as dimensões de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, sejam públicos ou particulares, formais ou informais, e as formas encontradas pelas famílias ao buscarem apoio ou ajuda para si mesmas”. (VASCONCELOS; JORGE, 2015, p. 287)

O segundo trabalho, de Pereira, Sá e Miranda (2014, p. 2146), afirma que “o itinerário terapêutico pretende desvelar a resolutividade do processo de busca por cuidados lançando luz sobre as distintas lógicas assistenciais e práticas de atenção e gestão”. Ressaltam, ainda, que os “relatos orais mediante lembranças de histórias pessoais e reflexões mais gerais sobre o tema pesquisado, [é] uma perspectiva que busca apreender o ‘coletivo pelo individual’”. (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014)

O terceiro trabalho, de Ferreira e Silva (2012), também apresenta pesquisa com objetivo de “analisar as narrativas sobre os caminhos, os acessos e as buscas por cuidado aos quais as pessoas que convivem com HIV percorrem”. (FERREIRA; SILVA, 2012, p. 3089). Ressalta o processo de entrada no sistema de saúde, os lugares, as pessoas, as representações, destaca como temas importantes, a partir das narrativas sobre o processo de busca por cuidados: o custo do acesso e o vínculo terapêutico.

O presente trabalho se inclui no terceiro grupo de estudos, pois possui o mesmo sentido dos estudos de Bellato, Araújo e Castro (2008), Pereira, Sá e Miranda (2014), Vasconcelos e Jorge (2015). Considerou que a experiência de adoecimento e busca por cuidados “está entrelaçada e implicada pela forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida (das) pessoas, respondendo ou não aos princípios da integralidade e da resolutividade da atenção”. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008, p. 173).

4 METODOLÓGIA

4.1 OBJETIVOS:

- a) **Geral:** Avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) no município de Campos dos Goytacazes/RJ
- b) **Específicos:**
- Descrever e avaliar a oferta e utilização dos serviços destinados à atenção ao câncer de colo de útero no âmbito do SUS no município de Campos dos Goytacazes.
 - Analisar o intervalo de tempo transcorrido entre etapas do processo de cuidado do câncer de colo de útero.
 - Analisar as características do pagamento por atendimentos de saúde relativos à atenção ao câncer de colo de útero.
 - Analisar a presença e características das barreiras de acesso de tipo geográfico e organizacional.
 - Analisar o nível de satisfação das usuárias dos serviços de saúde com os mesmos.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo da pesquisa foram mulheres com câncer de colo de útero, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas três Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) existentes no município de Campos dos Goytacazes/RJ, no período de junho de 2016 a julho de 2017.

4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho avalia o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no município de Campos dos Goytacazes/RJ, adotando como dimensões de desempenho o acesso a serviços de saúde, a continuidade, a aceitabilidade e a efetividade dessa atenção (VIACAVA et al., 2004). Para aprofundamento/ampliação acerca do acesso a estes serviços, utilizou-se medidas de acesso, relativas ao ‘acesso potencial’, ‘acesso realizado’, ‘acesso efetivo’. (ANDERSEN, 1995). Para isso, foram utilizados dados secundários e primários, expressando um delineamento quanti-qualitativo, dispostos em três etapas de pesquisa.

4.3.1 Primeira etapa da pesquisa

Na primeira etapa da pesquisa, foram pesquisadas, em base de dados secundários, informações sobre oferta e utilização dos serviços de saúde, relacionadas à atenção oncológica, em geral, e ao controle do câncer de colo de útero, em específico, contemplando os conceitos de ‘acesso potencial’ e ‘acesso realizado’. As bases pesquisadas foram: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

Em termos de oferta de serviços oncológicos/SUS e ginecológicos/SUS no município de Campos dos Goytacazes, foram avaliados e/ou apresentados: número e tipos de unidades de saúde existentes, número de oncologistas e de ginecologistas, número de leitos hospitalares, número de equipamentos de diagnóstico por imagem (tomógrafos computadorizados, ressonâncias magnéticas, ultrassons Doppler Coloridos, ultrassons Ecografos, ultrassons convencionais). A utilização de serviços relacionados à atenção oncológica e ginecológica apresentada e avaliada foram: consultas especializadas, exames de ultrassonografia endoscopias, colonoscopias e exames de anatomia patológica.

Em relação ao câncer de colo de útero, especificamente, foi descrita a utilização de serviços de saúde referente a exames citopatológicos, biopsias, colposcopias, internações, quimioterapias, braquiterapias. Também, a cobertura de exame Papanicolaou, a qualidade de exames Papanicolaou e a taxa de mortalidade foram avaliadas.

A avaliação desta oferta e utilização de serviços de saúde ocorreu a partir do uso de indicadores e parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), publicados nos seguintes documentos:

- a) “Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero”, em dezembro de 2014. (INCA, 2014a)
- b) “Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”, de outubro de 2015. (BRASIL, 2015)

A “Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer de colo de útero” apresenta indicadores de processo e de resultado/impacto, sendo os primeiros subdivididos em indicadores de cobertura e adesão às diretrizes técnicas nacionais, de qualidade e de diagnóstico/tratamento. (INCA, 2014). Mas, para elaboração da análise foram utilizados

apenas alguns dos indicadores apresentados no referido documento, pois grande parte destes indicadores possuem cálculos dependentes de informações disponibilizadas pelo Siscolo, atualmente desatualizado e pelo Datasus que não disponibiliza todas as informações não atualizadas no Siscolo, tornando o cálculo, muitas vezes, inviável. Além desse limite, alguns indicadores foram calculados com dados de 2012 – último ano com dados completos sobre o município de Campos dos Goytacazes disponível – sendo apresentados dados mais recentes quando estes estiveram disponibilizados pelo Datasus.

Foram utilizados dois *indicadores de processo* referentes à cobertura e adesão às diretrizes técnicas nacionais, sendo: a) razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária; b) proporção de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo. Foram utilizados sete *indicadores de processo relacionados à qualidade de exames Papanicolaou*, sendo: a) Proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero; b) Proporção de exames com representatividade da Zona de Transformação em exames citopatológicos do colo do útero; c) Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero; d) Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos do colo do útero; e) Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos do colo do útero alterados; f) Razão entre atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) e lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero; g) Proporção de resultados de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) entre exames citopatológicos do colo do útero. Foi utilizado um *indicador de resultado e de impacto*, sendo: ‘taxa de mortalidade por câncer de colo de útero’.

4.3.2 Segunda etapa da pesquisa

Na segunda etapa da pesquisa, foi realizada análise de prontuários únicos (PUs) de mulheres com câncer de colo de útero (CCU), atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas três Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do município de Campos dos Goytacazes/RJ – UNACON do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), UNACON do Hospital Dr. Beda (H. Dr. Beda) e UNACON da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC) - no período de junho de 2016 a julho de 2017, com o objetivo de analisar possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde e/ou à continuidade da atenção à saúde, adotando os seguintes marcadores: a) tempo transcorrido entre realização de biopsia e

emissão de seu resultado; b) tempo transcorrido entre resultado de biópsia e realização de primeiro tratamento; c) presença (ou não) de pagamento particular por consultas, exames e cirurgias.

Os *critérios de inclusão* dos prontuários únicos na análise, portanto, estiveram relacionados à seleção de prontuários de usuárias com CCU que chegaram ao setor de oncologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os *critérios de exclusão* sinalizaram a não seleção de prontuários únicos de usuárias com CCU tratadas neste serviço, cujo pagamento foi privado ou via plano de saúde e prontuários únicos de usuárias com CCU em fase inicial, consultadas e tratadas no ambulatório de ginecologia e/ou de patologia cervical dos hospitais que possuem UNACON ou em outras unidades de saúde/SUS e, portanto, não encaminhadas ao setor oncológico.

Os prontuários únicos localizados no HEAA foram levantados a partir do rol de radioterapias e/ou quimioterapias realizadas no período em estudo, disponível no setor de faturamento. Na SPBC, os prontuários foram localizados a partir de leitura de todos os prontuários de mulheres tratadas no setor de oncologia, no período em estudo, o que permitiu a seleção dos casos de CCU. Isso foi possível devido a este hospital ter ficado parte do período estudado com o serviço de oncologia suspenso por determinação da justiça⁴, o que resultou em um número pequeno de prontuários elegíveis. Os prontuários localizados no hospital Dr. Beda foram selecionados pelo funcionário do setor de arquivos por determinação da gestora hospitalar.

Foram mapeados também PUs de mulheres que realizaram biópsia de colo de útero no Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM) do município em estudo, no período de julho de 2016 a junho de 2017, para fins de possível detecção de casos confirmados de CCU e ampliação no número de usuárias localizadas nos UNACONs. No entanto, os casos confirmados no CRTM encontravam-se contemplados pela listagem elaborada a partir das informações dos UNACONs.

Utilizou-se 30 dias como parâmetro para avaliar o tempo entre realização de biópsia e emissão de laudo; e, 60 dias, como previsto na lei 12.732, como parâmetro para avaliar o tempo para realização do primeiro tratamento. Os 30 dias mencionados, foram definidos com base em documento apresentado pela Biblioteca Virtual em Saúde / Telessaúde (BRASIL,

⁴ A justiça suspendeu os serviços de oncologia por período em torno de 05 meses, segundo informação da enfermeira responsável pelo setor oncológico, motivada por denúncia de uma mãe de 'paciente' em tratamento oncológico acerca de mal estar significativo sofrido por ele durante o tratamento. Na visão da mãe houve negligência. O caso foi relativo a uma criança, não sendo, portanto, referente à paciente em tratamento de câncer de colo de útero.

2009), que define como intervalo desejável entre coleta e resultado de Papanicolaou 30 a 40 dias; e, pelo Manual de Gestão da Qualidade para laboratórios de citologia (INCA, 2012a, p. 4) que menciona como “aceitável” prazo “não maior que 30 dias” para emissão destes resultados. Observou-se, também, que este intervalo de tempo é tido como o “normal” ou esperado pelas usuárias dos serviços de saúde.

4.3.3 Terceira etapa da pesquisa

Na *terceira etapa da pesquisa* – de abordagem qualitativa – foi realizada a reconstrução de itinerários terapêuticos, visando o conhecimento de possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde, das características referentes à continuidade da assistência à saúde, do nível de aceitabilidade/satisfação das usuárias com os atendimentos recebidos e dos resultados/efetividade do acesso, sendo adotada, como anteriormente mencionada, a perspectiva de Bellato, Araújo e Castro (2008) que compreendem a reconstrução de itinerários terapêuticos como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. A pesquisa possuiu particular interesse pelos itinerários de busca pela atenção à saúde na rede formal de saúde, mas se dispôs a considerar falas referentes à busca de cuidados de saúde na rede informal, caso houve, no sentido de associação à possíveis limites da rede formal de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, entre as usuárias com câncer de colo de útero das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), do Hospital Dr. Beda (H. Dr. Beda) e da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC), no período de julho de 2016 a junho de 2017, cujos prontuários únicos (PUs) foram localizados, uma parte foi selecionada para convite à participação nas entrevistas, para fins de reconstrução desses itinerários terapêuticos.

Os *critérios de inclusão para convite à participação nas entrevistas*, a partir dos registros em prontuários únicos, foram preferencialmente: a) usuárias atendidas em mais de um hospital/UNACON; b) garantia da participação de usuárias residentes em Campos dos Goytacazes e em outros municípios; c) registro em PU de pagamento particular por atendimentos referentes à atenção ao CCU; d) amplo intervalo de tempo entre solicitação e realização de consultas, exames, procedimentos e/ou tratamento. Os *critérios de exclusão* foram: a) os casos não contemplados pelos critérios de inclusão; b) situações clínicas agravadas, sinalizadas por presença de metástase, recidivas e/ou realização de quimioterapia paliativa.

Parte das mulheres agendadas compareceu para entrevista. Foram entrevistas semiestruturadas, compreendidas como aquelas “que combinam perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2016, p. 59). Foi elaborado um roteiro com perguntas que serviu como instrumento norteador da investigação, mas que não foi aplicado no sentido ‘pergunta-resposta’ de modo muito objetivo e direcionado. Tendo em vista os pressupostos teóricos, as questões elaboradas e os propósitos da pesquisa, a entrevista foi direcionada de modo que as entrevistadas pudessem relatar sua busca por cuidados para atenção ao câncer de colo de útero de modo livre, sendo interrompidas quando algum ângulo abordado precisava de detalhamentos e/ou quando alguma das perguntas do roteiro de entrevista não havia sido contemplada. As perguntas 01, 02, 12 e 13 foram mencionadas de modo mais objetivo, iniciando e finalizando a entrevista. Vide Roteiro da Entrevista no apêndice A.

A análise das entrevistas envolveu movimentos de categorização, descrição, inferência e interpretação. (GOMES, 2016; BARDAN, 2016). Após a transcrição na íntegra das entrevistas, sua análise envolveu a seleção de trechos das falas segundo categorias, cuja definição foi norteadora por revisão de literatura, previamente elaborada (LOPES; RIBEIRO, 2018, no prelo). As categorias foram: a) características das entrevistadas; b) primeiros sintomas e porta de entrada no sistema de saúde para o controle do câncer de colo de útero; c) detecção/diagnóstico: unidades de saúde, exames realizados, periodicidade e barreiras de acesso; d) conclusão diagnóstica: acesso à biópsia, tempo para realização, emissão de laudo e apresentação ao médico; e) tratamento e barreiras de acesso; f) barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde; g) satisfação com atendimento recebido.

4.4 LIMITES DO ESTUDO

Este trabalho utilizou como fonte de pesquisa bancos de dados de acesso público, mas cabe ressaltar que o uso destes bancos envolve incertezas referentes à precisão dos dados, pois implica na fidedignidade da informação dos municípios aos sistemas de informações do Ministério da Saúde.

A pesquisa não incidiu sobre a totalidade dos casos de câncer de colo de útero (CCU) no município em estudo, pois os prontuários dos casos de CCU tratados nos ambulatórios não possuíam distinção, sendo realizados registros de atendimento em prontuários convencionais. A localização de todos os casos de CCU envolveria a leitura de prontuários únicos de todas as

usuárias atendidas nos ambulatórios hospitalares, ou seja, uma quantidade muito alta em virtude do número de unidades de saúde existentes no município e do número de mulheres residentes no município de Campos dos Goytacazes, acrescido do número de mulheres residentes em outros municípios, atendidas neste município. Esta perspectiva mostrou-se inviável pelo tempo e recursos humanos disponíveis.

As entrevistas para reconstrução de itinerários terapêuticos foram realizadas em espaços físicos das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) em estudo e de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) colaboradoras desta pesquisa, o que pode ter promovido condicionamentos às falas das usuárias, em especial, no referente à busca de cuidados de saúde apenas nos espaços formais de atenção.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa cumpriu as prerrogativas éticas que envolvem as pesquisa com seres humanos, previstas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e N. 510 de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde - ENSP/FIOCRUZ (Parecer N. 2.159.285). Assim, todos os participantes das entrevistas assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A) e seus nomes foram omitidos neste trabalho.

5 RESULTADOS: ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ.

O município de Campos dos Goytacazes é polo regional em saúde na Região de Saúde Norte, do estado do Rio de Janeiro. Esta Região de Saúde coincide com a quase totalidade da região politico-administrativa do Norte Fluminense, pois o município de Cardoso Moreira, pertencente ao norte fluminense, se encontra inserido na Região de Saúde Noroeste. Assim, a Região de Saúde Norte é composta por 08 municípios correspondendo a 910. 045 habitantes, estimados para 2017. (IBGE, 2018). O município de Campos dos Goytacazes, especificamente, é composto pela sede municipal e 16 distritos. Vide Figura 1 e 2.

Esse município, como anteriormente mencionado, possui 463.731 habitantes, sendo 240.472 habitantes do sexo feminino, segundo o Censo de 2010. Destes, 126.142 mulheres estão na faixa etária de 25 a 64 anos, faixa etária alvo da política de rastreamento e controle do câncer de colo de útero. A estimativa populacional total em 2017 foi de 490.282 habitantes (IBGE, 2018).

Figura 1 – Mapa da Região Norte Fluminense



Fonte: Firjan (2015)

Figura 2 – Mapa de Campos dos Goytacazes e distritos



Fonte: CIDAC (2010)

Campos dos Goytacazes possui índice de desenvolvimento humano de 0,716 (IBGE, 2010), 108.720 (22,5%) habitantes ocupados (IBGE, 2015), salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,6 salários mínimos (IBGE, 2015) e 37,7% da população com rendimento nominal mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (IBGE, 2010); sendo, portanto, um município com proporção relevante de pobres e indigentes, segundo conceituação do IPEA em 2005.

5.1 OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, em janeiro de 2018, a rede de serviços de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ é composta por 998 estabelecimentos de saúde, com atendimentos SUS e privados, entre os quais estão: a) 11 hospitais gerais, sendo 07 com atendimento SUS. Destes, 06 hospitais, com atendimento de ginecologia-obstetrícia; b) 50 unidades de apoio à diagnose e terapia (SADT), sendo 15 com atendimento SUS; c) 77 centros de saúde - unidades básicas de saúde/SUS. (Tabela 4.1.1).

Entre os 77 centros de saúde/unidades básicas de saúde encontram-se: 72 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais também atuam 25 equipes da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), por serem unidades mistas (com 73 vagas de ginecologistas-obstetras/GO⁵); o Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente I e II (com 01 e 04 GO, respectivamente), o Clube da Terceira Idade (com 01 GO), o Centro de Saúde de Guarús (com 04 GO) e o Centro de Referência e Tratamento da Mulher/CRTM (com 14 GO), destinado ao atendimento ambulatorial em ginecologia-obstetrícia, exclusivo SUS. (CNES, jan.2018). Este último constitui referência para investigação diagnóstica e/ou tratamento de exames Papanicolaou alterados oriundos de unidades básicas de saúde. (CNES, jan. 2018). (Tabela 1).

Campos dos Goytacazes possui sete (07) serviços especializados em oncologia, dos quais três (03) realizam atendimentos SUS, sendo as três Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/UNACON existentes no município. (Tabela 4.1.1). Estes UNACONs constituem um dos setores de três hospitais gerais, sendo o Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia, conhecido como Hospital Dr. Beda (H. Dr. Beda); o Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA); e, a Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC). Esse município, segundo a SES-RJ (2017), é referência em oncologia para a região norte fluminense, o que já estava afirmado em ata da Comissão Intergestores Bipartite/CIB (CIB, 2014), referindo-se aos serviços de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica. Esse município, também, é referência regional em braquiterapia, segundo ata da primeira reunião de 2015 da Comissão Intergestores Regional (CIR) - região norte fluminense, item 6. (RIO DE JANEIRO, 2015). No entanto, o município do Rio de Janeiro é a referência para o serviço de cirurgia de cabeça e pescoço e o município de Itaperuna para a oncologia pediátrica. (SES-RJ, 2017).

O município de São Fidélis pertencente à Região de Saúde Norte, diferente dos demais municípios desta região de saúde, não referencia para Campos dos Goytacazes e sim para Itaperuna os serviços de cirurgia oncológica, oncologia clínica e radioterapia. Mas, em relação ao serviço de Hematologia, em conjunto com os demais municípios da região de saúde Norte, referencia para Campos dos Goytacazes. (SES-RJ, 2017).

As três UNACONs mencionadas realizam tratamentos cirúrgicos e ambulatoriais. Em termos ambulatoriais, a UNACON/Dr. Beda oferece quimioterapia, radioterapia e braquiterapia; a UNACON/HEAA oferece quimioterapia e radioterapia; e, a UNACON/SPBC oferece somente quimioterapia.

O município possui 1.063 leitos clínicos e cirúrgicos, sendo 634 leitos/SUS. Entre os leitos cirúrgicos/SUS – 320 leitos – 14 e 23 leitos são de ginecologia e oncologia,

⁵ A menção as setenta e três (73) vagas de ginecologistas-obstetras não correspondem à existência de 73 ginecologistas-obstetras, pois alguns destes profissionais atuam em mais de uma UBS/ESF.

respectivamente. Entre os leitos clínicos/SUS – 314 leitos – 44 leitos são de oncologia. (CNES, jan. 2018). (Tabela 1).

Entre os equipamentos em uso, segundo CNES em janeiro de 2018, o município possui 519 equipamentos de diagnóstico por imagem, incluídos 16 tomógrafos computadorizados (09//SUS), 15 ressonâncias magnéticas (04/SUS), 65 ultrassons Doppler Coloridos (18/SUS), 39 ultrassons Ecografos (10/SUS) e 53 ultrassons convencionais (18/SUS). (Tabela 1).

Os seis hospitais gerais possuem para atendimento/SUS, em conjunto, 112 vagas ocupadas por ginecologistas-obstetras que atendem ao SUS, sendo que vinte e três (23) destas ocupadas por médicos que atuam em mais de um serviço, o que resulta em 89 ginecologistas-obstetras em atuação/SUS. Os centros de saúde/unidades básicas de saúde correspondem a 97 vagas ocupadas de ginecologistas-obstetras/SUS, condizentes com a atuação de 53 ginecologistas-obstetras em atuação, devido a alguns trabalharem em mais de uma unidade de saúde. Destes 53 GO, 22 GO também trabalham em ao menos um dos hospitais gerais. Assim, 31 GO trabalham apenas em UBS e ao todo o município possui 120 GO. (Tabela 1).

Os três UNACONs do município possuem, em conjunto, 19 oncologistas clínicos (OC), sendo que dois destes profissionais trabalham em mais de um serviço. Assim, o município conta com 17 oncologistas clínicos. Também, possuem 15 médicos cancerologistas cirúrgicos (CC), sendo que quatro destes trabalham em mais de um serviço. Assim, o município conta com 11 cancerologistas cirúrgicos. (Tabela 1).

Tabela 1 – Oferta de serviços de ginecologia e oncologia/SUS, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, em janeiro de 2018.

Estabelecimentos de Saúde/SUS	Quantidade
Hospitais Gerais	07
Hospitais Gerais com atendimento de ginecologia-obstetrícia	06
Apoio à diagnose e terapia (SADT)	15
Centros de saúde/unidades básicas de saúde	77
Unidades básicas de saúde + ESF	72 (25 ESF)
Centro de saúde de Guarús	01
Centro de Referência e Tratamento da Mulher	01
Centro de Referência da Criança e do Adolescente I e II	02
Clube da 3ª. Idade	01
Leitos cirúrgicos	320
Leitos de ginecologia e oncologia	14
Leitos de oncologia	23
Leitos clínicos	314
Leitos de oncologia	44
Serviços especializados em oncologia/ Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)	03
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem, em uso/SUS	140

Tabela 1 – Oferta de serviços de ginecologia e oncologia/SUS, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, em janeiro de 2018.

Estabelecimentos de Saúde/SUS	Quantidade
Tomógrafo Computadorizado	09
Ressonância Magnética	04
Ultrassom Doppler Colorido	18
Ultrassom Ecografo	10
Ultrassom Convencional	18
Oncologistas Clínicos	17 (19 vagas ocupadas)
Hospital Dr. Beda	07 vagas
Hospital Escola Álvaro Alvim	09 vagas
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	03 vagas
Cancerologistas Cirúrgicos	11 (15 vagas ocupadas)
Hospital Dr. Beda	04 vagas
Hospital Escola Álvaro Alvim	05 vagas
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	06 vagas
Total de Oncologistas no município	28
Total de Ginecologistas-Obstetras nos hospitais gerais/SUS	89 GO (112 vagas ocupadas)
Hospital Dr. Beda	04 vagas
Hospital Escola Álvaro Alvim	22 vagas
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	32 vagas
Hospital dos Plantadores de Cana	46 vagas
Santa Casa de Misericórdia de Campos	05 vagas
Hospital Geral de Guarús	03 vagas
Total de Ginecologistas-Obstetras em Policlínicas/SUS e Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	53 GO (97 vagas ocupadas)
Unidades básicas de saúde + ESF	73 vagas
Centro de saúde de Guarús	04 vagas
Centro de Referência e Tratamento da Mulher	14 vagas
Centro de Referência da Criança e do Adolescente I e II	05 vagas
Clube da 3ª. Idade	01 vagas
Total de Ginecologistas-Obstetras atuantes somente em Policlínicas/SUS e Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	31
Total de Ginecologistas-Obstetras no município	120 GO

Fonte: Elaboração da autora, a partir do CNES, em jan. 2018.

Diante do exposto, baseando-se nos ‘critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS’ (MS, 2015) e se considerando que o município de Campos dos Goytacazes possui 490.282 habitantes, a Região de Saúde Norte/RJ possui 910.045 habitantes, a Região Norte Fluminense possui 922.871 habitantes, estimados para 2017 (IBGE/Cidades, 2018), e que o mencionado município é referência em oncologia para a região norte fluminense, foram elaboradas análises no que diz respeito à oferta e utilização de serviços de oncologia em geral, atenção especializada e equipamentos. (Tabela 2).

Tabela 2 – Oferta e utilização de serviços de saúde em Campos dos Goytacazes, segundo número de habitantes da região de Norte Fluminense e parâmetros referentes à serviços oncológicos, especializados e equipamentos, em 2017.

N. de CACON/ UNACON: Parâmetro	Recursos Necessários para Região Norte Fluminense	Oferta de Serviços em Campos dos Goytacazes
01 Cacon/Unacon para cada 500 mil habitantes, ou menor que 500 mil habitantes, desde que haja estimativa de 900 casos novos anuais de câncer, excetuando o câncer de pele.	02 UNACONs gerais, podendo haver 01 com atendimento hematológico e pediátrico.	03 UNACONs, sendo um de pequeno porte, voltado para oncologia geral, atendimento hematológico e pediátrico.
N. Oncologistas: Parâmetro	Recursos Necessários para Região Norte Fluminense	Oferta de Serviços em Campos dos Goytacazes
03 oncologistas (clínico, cirurgião, pediátrico, radioterapeuta e intensivista) para cada 100 mil habitantes. Ou seja, 33.333 habitantes por especialista.	27 a 28 oncologistas	28 oncologistas (clínicos + cirúrgicos)
N. Ginecologistas-Obstetras: Parâmetro	Recursos Necessários para Campos dos Goytacazes	Oferta de Serviços em Campos dos Goytacazes
25 médicos /100 mil habitantes ou 4.000 habitantes por especialista	Aproximadamente 123 profissionais.	120 GO.
Equipamentos: Parâmetro	Recursos Necessários para Campos dos Goytacazes e para a Região Norte Fluminense	Oferta de Serviços em Campos dos Goytacazes e para a Região Norte Fluminense
Tomógrafos: 01 tomógrafo para cada 100 mil habitantes ou por um raio de 75 km	Município: Aproximadamente 05 tomógrafos. Região: 09 a 10 tomógrafos.	16 tomógrafos, sendo 10 disponíveis ao SUS.
Ultrassom convencional: N. de ultrassonografias/ano: total da população X 150 / 1000. N. de equipamentos: N. de ultrassonografias/ano dividido por 3.024 exames (3.024 = produtividade do aparelho por ano)	Município: aproximadamente 24 ultrassons. Região: 45 ultrassons.	58 aparelhos em uso, sendo 18 aparelhos em uso/SUS.
Ressonância Magnética: N ressonâncias/ano = total da população x 30 / 1.000 N. equipamentos: N. de ressonâncias/ano dividido por 5.000 (5.000 = produtividade do aparelho por ano)	Município: Aproximadamente 03 aparelhos. Para região: De 05 a 06 aparelhos.	16 aparelhos em uso, sendo 04 aparelhos em uso/SUS.
Tipos de atendimentos de Saúde	Atendimento Mínimo Anual para 500 mil habitantes (ou 900 casos novos de câncer/ano)	Utilização de Serviços de Saúde em Campos dos Goytacazes
Cirurgia em Oncologia/ ano	650 cirurgias	508 cirurgias
Quimioterapia/ano	5.300 quimioterapias	6.108 QT
Radioterapia/ano	43.000 radioterapias	106.295
Atendimentos de Saúde.	Atendimento Mínimo Mensal para 500 mil habitantes (ou 900 casos novos de câncer/ano)	Utilização de Serviços de Saúde em Campos dos Goytacazes
Consultas Médicas em Atenção Especializada	500 (6.000/ano)	363.090
Exames de ultrassonografia	640 (7.680/ano)	33.310
Diagnóstico por Endoscopia	160 (1.920/ano)	6.086
Colonoscopia e Retossigmoidoscopia*	240 (2.880/ano)	767 colonoscopias. *
Diagnóstico por anatomia patológica	200 (2.400/ano)	37.771

Fonte: Elaboração da autora a partir do SIA/SIH/CNES e dos 'Parâmetros e critérios para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde de atenção especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde' (MS, 2015).

Nota: * Não houve registro de número de retrossigmoidoscopia no SIA .

Em relação ao *número de UNACONS e de oncologistas (clínicos e cirúrgicos)*, o município de Campos dos Goytacazes encontra-se em sintonia com os parâmetros e critérios apresentados pelo Ministério da Saúde (MS, 2015). No entanto, no que se refere aos *equipamentos para diagnóstico por imagem – tomógrafos, ultrassons convencionais e ressonâncias magnéticas* – o município de Campos dos Goytacazes possui um número destes equipamentos acima do necessário, segundo os parâmetros utilizados. Os tomógrafos e ressonâncias magnéticas disponíveis/em uso pelo SUS, desconsiderando os do setor privado, já contemplariam as necessidades da região norte fluminense. No entanto, os ultrassons convencionais disponíveis/em uso pelo SUS, não contemplariam as necessidades desta região nem mesmo apenas do município. Estes aparelhos encontram-se, entretanto, concentrados no setor privado da saúde nas proporções de 62,5%, 75% e 69%, de tomógrafos, ressonâncias e ultrassons convencionais, respectivamente. (Tabela 2).

O número de ginecologista, de cirurgias oncológicas, de quimioterapias, no município de Campos dos Goytacazes, em 2017, ficou em torno do parâmetro mínimo de produção anual prevista para CACONs e UNACONs (MS, 2015), estando os dois primeiros ligeiramente abaixo e o último ligeiramente acima deste parâmetro. (Tabela 2).

O número de radioterapias realizadas, consultas médicas em atenção especializadas, ultrassonografias, diagnóstico por endoscopia, colonoscopia e diagnóstico por anatomia patológica, em 2017, foi bem maior que o mínimo de produção anual prevista como parâmetro (MS, 2015). Valendo ressaltar a não apresentação da produção de retossigmoidoscopia que é apresentado como parâmetro em conjunto com a realização de colonoscopias (MS, 2015), em virtude da não disponibilização deste dado pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIA).

A utilização dos serviços de saúde ofertados em Campos dos Goytacazes, específicos ao controle do câncer de colo de útero, realizada por habitantes deste município e/ou de municípios da região norte fluminense, é descrita na tabela 3.

Tabela 3 – Utilização de serviços de saúde públicos referentes ao controle do câncer do colo do útero, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, em 2017.

Atendimentos, exames e procedimentos de saúde	Município/ Residência		Município/ Atendimento
	Todas Faixas Etárias	25- 64 anos	Todas Faixas Etárias
Exames citopatológico cérvico-vaginal/Microflora	19.923	15.965	27.392
Biopsia/Anatomo-patológico do colo uterino	77	70	79
Colposcopia	27	25	33
Internações por Neoplasia maligna do colo do útero	97	88	114
Internações por Carcinoma in situ de colo do útero	34	31	41
Internação por Amputação cônica de colo de útero c/ colpectomia em oncologia	14	-	15
Internação por Histerectomia em oncologia	23	-	25
Quimioterapia do carcinoma epidermóide/ adenocarcinoma do colo ou do corpo uterino	79	50	102
Braquiterapia	126	98	237

Fonte: Datasus (SIA/SIH).

Nota: *As quantidades de tomografias, ressonâncias e radioterapias utilizadas dizem respeito ao total destes procedimentos realizados em 2017.

A utilização de exames citopatológicos cérvico-vaginal, braquiterapias e internações relacionadas ao câncer de colo de útero com participação de mulheres residentes fora de Campos dos Goytacazes reforça o município em estudo como referência regional em oncologia e sinaliza o CCU como importante questão de saúde pública na região, corroborando a tendência nacional. Também ressalta a ênfase na faixa etária alvo da política de controle ao CCU.

A análise da utilização de serviços de saúde referente ao controle do câncer de colo de útero, foi instrumentalizada pela “Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer de colo de útero” (INCA, 2014) enfatizando a cobertura e qualidade do exame Papanicolaou.

Nessa perspectiva, a análise a partir de *dois dos “indicadores de processo”*, referentes à cobertura e adesão às diretrizes técnicas nacionais – razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária; e, proporção de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária alvo; são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária e Proporção de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da faixa etária alvo, em Campos dos Goytacazes, no período 2012-2017.

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária.			
Cálculo: N. de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes em determinado local e ano			

Nº de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano / 3			
Ano	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/microflora e cérvico-vaginal/microflora-Rastreaento , na faixa etária 25 a 64 anos, por local de residência e quantidade apresentada.		Parâmetro: 01
2017	16.029		0,38
2016	12.650		0,30
2015	13.479		0,32
2014	17.062		0,40
2013	20.437		0,48
2012	14.066		0,33
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da faixa etária alvo			
Cálculo: N. de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, residentes em determinado local e período X 100			

Nº de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de todas as idades, residentes no respectivo local e período.			
Ano	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/microflora e cérvico-vaginal/microflora-Rastreamento, na faixa etária 25 a 64 anos, por local de residência e quantidade apresentada.		Parâmetro: 80 %
	Faixa etária Alvo	Todas as faixas etárias	
2017	16.029	19.987	80,19%
2016	12.650	15.977	79,17%
2015	13.479	17.017	79,20%
2014	17.062	21.732	78,51%
2013	20.437	25.665	79,62%
2012	14.066	17.718	79,38%
N. de mulheres em Campos: 240.477 (Censo, 2010)			
N. de mulheres em Campos, entre 25 e 64 anos: 126.142 (Censo, 2010)			

Fonte: Elaboração da autora, adotando os indicadores da ‘Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer de colo de útero’(INCA, 2014), a partir de dados do DATASUS/SIA.

Esses indicadores sinalizam que, no período de 2012 a 2017, houve boa cobertura de exame Papanicolaou, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, junto à faixa etária alvo, estando em acordo com o parâmetro desta cobertura. Mas, que no que diz respeito à realização de exame a cada três anos, na faixa etária alvo, o município precisa gerar novos avanços. A expectativa é que 1/3 das mulheres na faixa etária alvo realize exame Papanicolaou a cada ano, garantindo a periodicidade indicada para este exame. (INCA, 2016). Em Campos dos Goytacazes, o número de exames realizados anualmente não correspondeu à 1/3 das mulheres na faixa etária-alvo. (Tabela 4).

A análise a partir de *indicadores de processo relacionados à qualidade de exames Papanicolaou* foi norteada pelos seguintes indicadores: a) Proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero; b) Proporção de exames com representatividade da Zona de Transformação em exames citopatológicos do colo do útero; c) Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero; d) Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos do colo do útero; e) Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos do colo do útero alterados; f) Razão entre atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) e lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero; g) Proporção de resultados de lesão intraepitelial escamosa de algo grau (HSIL) entre exames citopatológicos do colo do útero. Essa análise é apresentada no tabela 5.

Tabela 5 - Indicadores de processo relacionados à qualidade do controle do câncer de colo de útero, em Campos dos Goytacazes, em 2012.

Proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero insatisfatórios em determinado local e período X 100			
N° de exames citopatológicos do colo do útero no respectivo local e período			
Ano	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/microflora com adequabilidade Insatisfatória	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/ microflora, em todas as faixas etárias, por local de atendimento e quantidade apresentada.	Parâmetro: Menor que 5%
2012	08 (Siscolo)	17.352 (SIA)	0,04
Proporção de exames com representatividade da Zona de Transformação (1) em exames citopatológicos do colo do útero.			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero com representatividade da ZT em mulheres de 25 a 64 anos, em determinado local e período X 100			
N° de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, no respectivo local e período.			
Ano	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/microflora, com representatividade da ZT, na faixa etária alvo	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/ microflora, na faixa etária 25 a 64 anos, por local de residência e quantidade apresentada.	Parâmetro: 80%.
2012	3.800 (Siscolo)	17.718 (SIA)	21,4%
Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero			
Método de Cálculo: N° de exames citopatológicos com resultados alterados* em determinado local e período X 100			
N° de exames citopatológicos, no respectivo local e período.			
Ano	Exame citopatológico de cérvico-vaginal/microflora, com resultado alterado e adequabilidade satisfatória	N° de exames citopatológicos, em todas as faixas etárias, por local de atendimento e quantidade apresentada	Parâmetro: Maior ou igual a 3%
2012	213 (Siscolo)	17.352 (SIA)	1,22%
Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos do colo do útero			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero com resultado ASC (2), em determinado local e período X 100			
N° de exames citopatológicos do colo do útero, no respectivo local e período			
Ano	Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora ASC (2)	N. de exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora, para todas as faixas etárias, por local de atendimento e quantidade apresentada	Parâmetro: menor que 5%.

2012	151 (Siscolo)	17.352 (SIA)	Campos: 0,87%
Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos do colo do útero alterados			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero com resultado ASC (2), em determinado local e período X 100			
N° de exames citopatológicos do colo do útero alterados (3), no respectivo local e período.			
Ano	Exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora ASC (2)	Exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora com resultado Alterado	Parâmetro: menor que 60%.
2012	151 (Siscolo)	213 (Siscolo)	70,89%
Razão entre atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) e lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero com resultado ASC (2), em determinado local e período.			
N° de exames citopatológicos do colo do útero com resultado SIL (4), no respectivo local e período.			
Ano	Exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora ASC (2)	Exames citopatológicos do colo do útero com resultado SIL (4)	Parâmetro: menor ou igual a 3.
2012	151 (Siscolo)	60 (Siscolo)	Campos: 2,51
Razão entre atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) e lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero			
Proporção de resultados de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) entre exames citopatológicos do colo do útero			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero com resultado HSIL (5), em determinado local e período X 100			
N° de exames citopatológicos do colo do útero, no respectivo local e período.			
Ano	Exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora com resultado HSIL e adequabilidade Satisfatória	N. de exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora, para todas as faixas etárias, por local de atendimento e quantidade apresentada.	Parâmetro: Maior ou igual a 0,4%.
2012	17 (Siscolo)	17.352 (SIA)	Campos: 0,09%
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias			
Cálculo: N° de exames citopatológicos do colo do útero com resultado liberado em até 30 dias, no município do prestador de serviço e período X 100			
N° total de exames citopatológicos do colo do útero realizados, no respectivo município e período.			
Ano	Exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora, com resultado liberado em até 30 dias.	Exames citopatológicos cérvico-vaginal/microflora, para todas as faixas etárias, por local de atendimento e quantidade apresentada.	Parâmetro: 70%
2012	7.751 (Siscolo)	17.352 (SIA)	Campos: 44,66%

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/ Produção ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).

Notas: Zona de transformação do colo do útero (ZT): A presença de epitélio da zona de transformação neste exame aumenta a chance de identificação de lesões, pois é nesta região onde a maior parte das lesões se inicia. (INCA, 2014)

- (1) Resultados ASC: Atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e as atipias escamosas de significado indeterminado quando não se pode afastar lesão intraepiteliais de alto grau (ASC-H). (INCA, 2014)
- (2) Resultados Alterados: Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas – ASC-US; células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau –ASC-H; LSIL; HSIL; HSIL não podendo excluir microinvasão; carcinoma epidermoide invasor; AGC; AIS, adenocarcinoma invasor, células atípicas de origem indefinida e outras neoplasias. (INCA, 2014)
- (3) SIL: Resultados de: Lesão intraepiteliais de baixo (LSIL) e alto (HSIL) graus. Não inclui as lesões de alto grau em que não se pode afastar micro-invasão.
- (4) HSIL: Lesão intraepiteliais de alto grau.

A análise incidiu sobre o ano de 2012, devido a ser este o último ano inteiro cujos dados foram disponibilizados pelo SISCOLO, como mencionado no capítulo 3. Assim, registra uma tendência presente no município que deverá ser considerada por gestores e profissionais de saúde e/ou posteriormente confirmada (ou não) por novas pesquisas. A análise da qualidade do processo de controle do câncer de colo de útero possui relevância por orientar acerca da necessidade de capacitação de profissionais de saúde, promovendo o alcance de bons resultados vinculados ao acesso aos serviços de saúde.

Nestas perspectivas, em termos de qualidade no processo de acesso aos serviços de saúde para controle do câncer de colo de útero, relacionados à detecção/diagnóstico, via exame Papanicolaou o município de Campos dos Goytacazes, em 2012, apresentou dados positivos, como:

- a) Pequena proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero;
- b) Pequena proporção de exames cujos resultados estiveram compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC);
- c) Pequena proporção de exames com atipias de significado indeterminado (ASC) entre os exames com lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero;

Em termos de fragilidades e necessidade de aprimoramentos, o município de Campos dos Goytacazes, em 2012, apresentava:

- a) Baixa proporção de exames com representatividade da Zona de Transformação em exames citopatológicos do colo do útero, sendo que a “presença de células do epitélio da zona de transformação do colo do útero (ZT) aumenta a chance de identificação de lesões, pois é nesta região onde a maior parte das lesões se inicia”. (INCA, 2014, p. 09).
- b) Baixa proporção de exames alterados em relação ao número de exames citopatológicos realizados, valendo ressaltar que este indicador expressa a “sensibilidade do processo do rastreamento em detectar lesões na população examinada”. (INCA, 2014, p. 10) .
- c) Alta proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado (ASC) em relação ao número de exames alterados; expressando, segundo o INCA (2014), “dificuldades diagnósticas”.
- d) Baixa proporção de resultados de exames com lesão intraepitelial escamosa de algo grau (HSIL) entre o número de exames citopatológicos do

colo do útero, expressando baixa capacidade de detecção de lesões precursoras (HSIL).

e) Baixa proporção de exames citopatológicos do colo do útero com resultados liberados em até 30 dias.

A análise a partir de um dos *indicadores de resultado e de impacto* - taxa de mortalidade por câncer de colo de útero - em Campos dos Goytacazes (por município de ocorrência), de 2012 a 2016, é apresentada na tabela 4.1.6.

Tabela 6 – Taxa de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero, em Campos dos Goytacazes, no período 2012-2016.

Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero		
Cálculo: N° de óbitos por câncer do colo do útero em determinado local e ano X 100.000		

População feminina, no respectivo local e ano		
Ano	N. Óbitos p/ Neoplasia maligna do colo do útero (Município de Ocorrência)	Parâmetro: Redução progressiva das taxas. Ideal = zero
		Cálculo
2016	17	7,06
2015	23	9,56
2014	20	8,31
2013	14	5,82
2012	27	11,22
N. de mulheres em Campos: 240.477 (Censo, 2010)		

Fonte: Elaboração da autora, a partir de dados do Datasus/Estatísticas vitais.

A taxa de mortalidade em Campos dos Goytacazes (por município de ocorrência), de 2012 a 2016, oscilou no decorrer dos anos e decresceu de 2015 para 2016. Sua taxa média foi alta - 8,39 – indicando que o controle dessa enfermidade ainda se constitui um desafio para a gestão pública municipal.

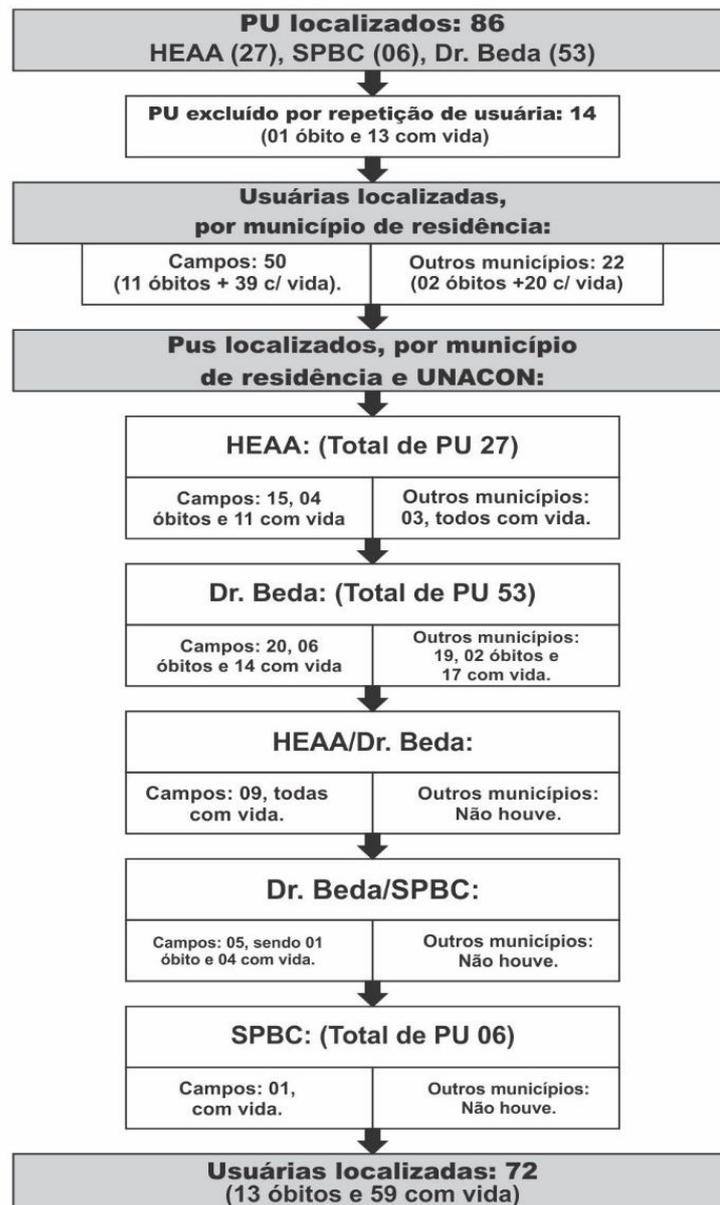
5.2 PRONTUÁRIOS ÚNICOS: PAGAMENTO DE PRÓPRIO BOLSO E TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Foram localizados, ao todo, 86 prontuários únicos (PUs), sendo que 14 usuárias possuíam PUs em dois dos UNACONS - 09 HEAA e Dr. Beda, 05 SPBC e Dr. Beda - e 58 pacientes possuíam PU apresentados apenas por um dos UNACONS - 18 PUs/HEAA, 39 PUs/Dr. Beda, 01 PU/SPBC. Portanto, foram localizadas 72 usuárias. Destas usuárias, em agosto de 2017, 59 pacientes estavam com vida e 13 (18%) usuárias foram a óbito, registrado no PU ou descoberto via contato telefônico para convite à participação nas entrevistas, posteriormente comentadas. Os óbitos, em maioria, estiveram relacionados a usuárias com

PU's apresentados por apenas um dos UNACONS, ou seja, que foram atendidas apenas por um dos UNACONS, sendo 04 no HEAA, 05 no Hospital Dr. Beda e 01 na SPBC. Entre as usuárias com vida, 13 possuíam PU's apresentados por dois UNACONS - 09 usuárias do HEAA/Dr Beda e 04 usuárias do Dr. Beda/SPBC. (Figura 3).

Os prontuários em sua grande maioria apresentaram registros legíveis, sendo mais concisos ou objetivos os PU's apresentados pela SPBC e Oncobeda, e, mais detalhados e longos os PU's apresentados pelo HEAA, em coerência com o fato deste último ser hospital de ensino.

Figura 3 - Fluxograma dos prontuários únicos levantados e usuárias localizadas nos UNACONS participantes do estudo, para o período julho de 2016 – junho de 2017



Fonte: Elaboração da autora.

Em relação ao *fluxo assistencial de pacientes que foram a óbito*, os quatro ‘pacientes’ que foram a óbito no HEAA, foram encaminhados ao serviço de oncologia do HEAA, majoritariamente, pelo ambulatório de patologia cervical do próprio hospital (03 de 04 óbitos), tendo sido o tratamento do quarto caso de óbito iniciado na SPBC. Dos nove ‘pacientes’ que foram a óbito no Hospital Dr. Beda, dois foram encaminhados por serviços de saúde de outros municípios, três foram encaminhados de consultório particular e quatro casos foram encaminhados, cada um, pelos seguintes hospitais: HEAA, SPBC, HPC, ambulatório de ginecologia do próprio Hospital Dr Beda.

Quanto ao *fluxo assistencial de usuárias com vida no HEAA*, 13 casos (56,5%) foram encaminhados pelo ambulatório de ginecologia ou de patologia cervical do próprio hospital, 03 casos foram encaminhados por serviços de saúde de outros municípios, 02 casos foram encaminhados pelo Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), 01 caso foi encaminhado pela SPBC, 01 caso originou de Unidade Básica de Saúde e 03 casos (13%) o prontuário não apresenta registro de origem. Destas, 09 usuárias também foram usuárias do Hospital Dr. Beda.

No hospital Dr. Beda, entre as 44 usuárias com vida, 19 casos foram encaminhados por serviços de saúde de outros municípios, sendo 18 da região dos lagos/RJ (41%) e 01 de São Francisco do Itabapoana (2,3%); 14 foram encaminhados pelo HEAA (31,8%), 05 casos foram encaminhados pela SPBC (11,4%), 04 originaram de outras unidades de saúde do município – CRTM, HGG, HPC (9%), 02 foram encaminhados pelo ambulatório do próprio hospital Dr Beda (4,5%). Destas, 09 usuárias e 04 usuárias também foram, respectivamente, usuárias do HEAA e da SBPC.

Na SPBC, entre as 05 usuárias com vida, 04 casos foram encaminhados pelo ambulatório de ginecologia do HEAA e 01 caso foi encaminhado do ambulatório de ginecologia do próprio hospital SPBC.

Assim, no período em estudo, o Hospital Dr. Beda foi a principal referência em oncologia para a região norte fluminense, pois recebeu a maior proporção de encaminhamentos de outros municípios e atendeu individualmente o maior número de usuárias. Também atendeu, em caráter complementar de tratamento, usuárias dos outros dois UNACONS, em especial para realização de braquiterapia. Os demais UNACONS encaminharam ao Hospital Dr. Beda, aproximadamente, 43,2% das usuárias com vida cujos PUs foram analisados.

O UNACON/HEAA atendeu 37,5% das usuárias com CCU localizadas no período em estudo, especialmente, mulheres residentes no município de Campos dos Goytacazes,

configurando-se em um importante serviço no sistema local de saúde. Associando-se ao atendimento oncológico para o CCU, o HEAA é referência/SUS em ginecologia no município de Campos dos Goytacazes, promovendo um fluxo significativo de pacientes deste ambulatório para seu UNACON. Também, recebe os casos que necessitam de procedimentos hospitalares, diagnosticados no Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM).

O CRTM, por sua vez, é referência para os preventivos alterados colhidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município, recebendo, portanto, todos os resultados alterados colhidos nas UBSs. As usuárias envolvidas são comunicadas por meio de carta sobre a necessidade de comparecimento ao CRTM, onde os preventivos alterados são investigados – sendo comum a realização de novos preventivos, colposcopias, ultrassonografias e colheita de material para biopsias. A partir dos resultados dos novos exames, o tratamento pode ocorrer no próprio CRTM e/ou nos hospitais/UNACONS, a partir de encaminhamento para realização de procedimentos cirúrgicos e/ou tratamento oncológico. Em alguns casos, devido aos graus da enfermidade, não ocorre novos exames, sendo encaminhados direto à oncologia.

Entretanto, é comum o encaminhamento da usuária do CRTM para o ambulatório de ginecologia e/ou patologia cervical do HEAA, que avaliará se o caso deverá ser encaminhado ao setor oncológico para quimio/radioterapia. Esta avaliação, pelo que os dados sugerem, deve ser ágil e bastante ponderada pela equipe de ginecologia deste ambulatório, pois o número de óbitos de usuárias encaminhadas do ambulatório de patologia cervical para o setor de oncologia/HEAA, frente ao número total de óbitos de usuárias do UNACON/HEAA no período foi proporcionalmente alto. Esta possibilidade de agravo trazida por tais dados poderá ser associada às falas das usuárias ao serem entrevistadas, que serão apresentadas posteriormente.

O laboratório do HEAA é o responsável por todos os exames Papanicolau coletados nas UBSs do município, o que produz um vínculo relevante entre este hospital, o CRTM e as UBSs.

Assim reafirmando, o HEAA possui lugar de relevância diante dos adoecimentos específicos no público feminino, gerando um elo com seu UNACON no que diz respeito ao CCU.

O UNACON/SPBC realiza cirurgias necessárias ao tratamento de alguns casos de CCU e também quimioterapia. Assim, necessariamente, encaminha os casos de CCU para tratamentos complementares no UNACON/HEAA ou no UNACON/Dr. Beda. Este UNACON atende oncologia pediátrica e é o único com hematologia.

No que diz respeito às faixas etárias das pacientes tratadas nos UNACONs envolvidos neste estudo, observa-se a presença de CCU em diversas faixas etárias, preponderando na faixa etária 30-69 anos (Tabela 7), o que condiz com a população-alvo para rastreamento do CCU. (INCA, 2016).

Tabela 7 – Faixas etárias das pacientes cujos prontuários foram localizados nos hospitais HEAA, Oncobeda e SPBC, em Campos dos Goytaczes.

Faixa Etária	HEAA		HEAA +BEDA	BEDA		BEDA +SPBC	BEDA +SPBC	SPBC	Total
	Óbitos				Óbitos		Óbitos		
20-29 anos	-	01	-	01	-	-		01	03
30-39 anos	-	03	01	05	02	-		-	11
40-49 anos	02	04	06	08	01	04	01	-	26
50-59 anos	01	04	01	06	04	-		-	16
60-69 anos	-	01	01	07	01	-		-	10
70 anos ou mais	01	01	-	04	-	-		-	06
Total:	04	14	09	31	08	04	01	01	=72

Fonte: Elaboração da autora.

Nos prontuários únicos localizados, também foram analisados registros de atendimento médico e/ou de realização de exame através de pagamento particular; e, tempo transcorrido entre: a) coleta e laudo de biopsia; b) laudo de biópsia e início do tratamento, que pode ser iniciado por procedimento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia.

O atendimento médico e/ou exame obtido por pagamento de ‘próprio bolso’ - *particular ou o chamado pagamento ‘social’*⁶- encontravam-se registrados no PUs e/ou nos laudos dos exames a ele anexados, sendo 30 PUs a mencioná-los (41,7%). Tais pagamentos disseram respeito à realização de: biópsias (15), biópsia e tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância magnética (RNM) (03), biópsia e preventivo (02), TC ou RNM (04), preventivo (05) e consulta médica (01). De modo diferente, o tratamento de oncológico – via cirurgias, quimioterapias, radioterapias e braquiterapias – foi realizado pelo SUS, para todas as usuárias. Assim, há a sinalização de que as dificuldades de acesso aos serviços para atenção ao CCU estão localizadas na fase de detecção precoce e, especialmente, na realização de diagnóstico, pois proporção significativa das usuárias obteve a conclusão de diagnóstico a partir de pagamento particular ou ‘social’.

⁶ O pagamento denominado ‘social’ se refere a uma modalidade de pagamento particular com valor reduzido, por serviços de saúde realizados por unidades de saúde, inclusive aquelas com atendimento pelo SUS, compondo, neste caso, uma tripla entrada para os usuários nestas unidades de saúde, sendo: particular, ‘social’ e pelo SUS.

O tempo transcorrido entre realização de biópsia e emissão de laudo desta biópsia não foi possível ser analisado em 27 PUs (37,5%), pois estes não apresentavam as datas necessárias à análise e/ou se referiam a usuárias antigas, com muitos anos de registro em prontuário, sem registros de biópsia nos últimos três anos, gerando não clareza de procedimentos e datas. Assim, essa análise ocorreu sobre os 45 PUs (62,5%) que a possibilitaram. Destes, os laudos estiveram prontos em até 15 dias (18 PUs), de 16 a 30 dias (12 PUs), de 31 dias a 45 dias (07 PUs), de 46 a 60 dias (05 PUs), com mais de 60 dias (03 PUs). Ou seja, aproximadamente, 66,7% dos PU que possibilitaram este tipo de análise registram laudos de biópsias realizados em até 30 dias. Destas, 12 biópsias (40%) foram realizadas via pagamento particular ou “social”.

O tempo transcorrido entre emissão de laudo desta biópsia e realização de primeiro tratamento (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia), registrado em PUs, foi possível ser analisado em PUs de 53 pacientes (73,6%), sendo que em PUs de 41 pacientes encontraram-se explicitamente apresentados e em PUs de 12 pacientes foi realizado o cálculo aproximado, a partir das demais datas nestes registradas. Assim, para os primeiros 41 pacientes o tempo para início de tratamento foi: até 30 dias (05 pacientes), de 31 a 60 dias (13), de 61 a 90 dias (03), de 91 a 120 dias (09), de 121 a 150 dias (07), de 151 a 180 dias (02), com mais de 180 dias (02). Para os segundos, os 12 pacientes, esse tempo foi: até 30 dias (05 pacientes), de 31 a 60 dias (02), de 90 a 120 dias (03), mais de 180 dias (02). Ao todo, por análise baseada no total de PUs (53 PUs), o tempo para início de tratamento foi: até 30 dias (10 pacientes), de 31 a 60 dias (15), de 61 a 90 dias (05), de 91 a 120 dias (10), de 121 a 150 dias (07), de 151 a 180 dias (02), com mais de 180 dias (04).

Assim, aproximadamente 52,8% do total de usuárias, cujos prontuários mostraram-se com disponibilidade de informação, iniciaram o primeiro tratamento com mais de 60 dias da emissão de laudo de biópsia, ultrapassando o intervalo de tempo previsto em lei para início de tratamento oncológico (BRASIL, 2012). Ao ser analisados apenas os primeiros 41 PUs, aproximadamente 56,1% das usuárias realizaram com o primeiro tratamento com mais de 60 dias de emissão de laudo de biópsia.

5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

Entre as usuárias com câncer de colo de útero das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), do Hospital Dr. Beda (H.

Dr. Beda) e da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC), no período de julho de 2016 a junho de 2017, cujos prontuários únicos (PUs) foram localizados, uma parte foi selecionada para convite à participação nas entrevistas, para fins de reconstrução de itinerários terapêuticos.

Para parte das usuárias selecionadas, o contato foi efetivado. Destas, um grupo não aceitou participar e outro grupo aceitou/agendou a entrevista. Deste último grupo, 15 usuárias compareceram à entrevista. (Quadro 4).

Quadro 4– Número de pacientes com CCU convidadas, agendadas e entrevistadas.

Total de usuárias localizadas, com vida: 59				
HEAA-N: 14	Dr. Beda-N:31	HEAA + Dr. Beda-N: 09	Dr. Beda+ SPBC - N: 04	SPBC - N: 01
Total de usuárias não convidadas: 11				
Total de usuárias convidadas, por UNACON de localização do PU – N: 48				
HEAA-N: 11		SPBC-N: 04		Dr. Beda – N: 33
Usuárias que não foi possível contato – N: 02				
Usuárias que não aceitaram participar – N: 22				
HEAA - N: 01		SPBC - N: 01		Dr. Beda - N: 20
Usuárias que aceitaram/agendaram entrevista – N: 24				
HEAA-N: 09		SPBC-N: 3		Dr. Beda: 12
Usuárias que não compareceram à entrevista – N: 09				
HEAA-N: 04		SPBC – N: -		Dr. Beda: 05
Usuárias entrevistadas, por UNACON de localização do PU – N: 15*				
HEAA-N: 05		SPBC – N: 03		Dr. Beda: 07

Fonte: Elaboração da autora.

Notas: * Entre estas usuárias, oito (08) foram atendidas em, ao menos, dois dos UNACONS.

Os convites para participação nas entrevistas foram realizados por telefone, sendo realizadas no máximo três tentativas. O agendamento das entrevistas ocorreu mediante a aceitação da usuária em participar; e, a realização das entrevistas, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (TCLE).

As usuárias que não aceitaram participar da entrevista alegaram: a) estar sem condições clínicas para comparecer (05); b) estar sem condições de pagar passagem do ônibus (04); c) estar internada no momento do convite (02); d) ter consulta agendada no mesmo dia da entrevista ou outro compromisso (06); e) não possuir tempo, devido a trabalhar em tempo integral (02); f) estar com dificuldade relativa a transporte em carro da família (02); g) não desejar falar sobre a sua enfermidade (01). Assim, tais justificativas retratam a fragilidade física que a doença e/ou o tratamento promovem; conflitos subjetivos e dependência familiar que a doença, muitas vezes, desencadeia; e, vivência de situação de pobreza e de trabalho como impeditivo para ir aos serviços de saúde.

As entrevistas foram realizadas em salas cedidas nos UNACONS associados aos HEAA, SPBC e H. Dr.Beda; e nos Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM), Instituto de Oncologia de Macaé (IOM) e Clínica OnkoSol, em Cabo Frio. Assim, para realização das entrevistas, contamos com a colaboração de diretores e funcionários destas unidades de saúde.

5.3.1 Análise do acesso a serviços de saúde, continuidade, aceitação/satisfação e efetividade.

Em sintonia com a perspectiva metodológica de reconstrução destes itinerários, as entrevistas visaram o relato da história construída a partir do estabelecimento da relação entre necessidades de saúde percebidas ou diagnosticadas e a procura por serviços de saúde para atendê-las. Mesmo, reconhecendo que outras ações alternativas, que não a procura por serviços de saúde, poderiam ter sido tomadas diante do adoecimento, a relação entre as mulheres entrevistadas e os serviços de saúde foi o eixo de interesse.

O roteiro de entrevistas, portanto, possibilitou um ‘início de conversa’, com a explicação pelas usuárias dos sintomas das doenças e primeiras ações diante deles; o aprofundamento ou detalhamento de aspectos da história contada pelas usuárias; e, o direcionamento da entrevista com vistas ao alcance dos objetivos propostos pela pesquisa que subsidia este trabalho.

5.3.1.1 Características das entrevistadas

As mulheres entrevistadas eram, majoritariamente, residentes em Campos dos Goytacazes (09 mulheres), sendo 06 mulheres residentes em outros municípios. Entre estas últimas, no entanto, duas passaram a residir em Campos dos Goytacazes para tratamento do câncer de colo de útero (CCU), tendo previamente residido em Nova Friburgo e São Francisco do Itabapoana. As idades das entrevistadas, em agosto de 2017, eram: 23, 36, 39, 40 (duas), 43 (duas), 44, 50, 55, 58, 59, 61, 63, 65 anos. Assim com exceção de duas, as entrevistadas estavam inseridas no público-alvo da política de controle do câncer do colo de útero, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. (INCA, 2016)

As ocupações desenvolvidas no momento da descoberta da doença eram: cozinheira, diarista, doméstica, do lar (quatro mulheres), auxiliar de serviços gerais em escola pública (duas mulheres), auxiliar administrativa em prefeitura, manicure, cuidadora de idosos (duas mulheres), comerciária, professora de ensino fundamental. A maioria das mulheres era casada (08 mulheres), seguido por solteira (06 mulheres) e viúva (01 mulher).

Assim, embora a literatura aborde a composição dos níveis socioeconômicos não apenas considerando a renda familiar per capita, mas também nível educacional, propriedade de aparelhos domésticos e ‘itens de conforto’, como número de banheiros na residência e presença de empregados domésticos, entre outros (PILLI et al., 2016; PAIVA; SILVA; FEIJÓ, 2013; KAMAKURA; MAZZON, 2016), é possível, por aproximação, e considerando o relato da presença de outros membros da família residindo na mesma residência e sob a mesma renda, afirmar que segundo a faixa salarial média das ocupações desenvolvidas, a maioria das entrevistadas possuía renda classificada por Kamakura e Mazzon (2016) como vulnerável, pobre ou baixa classe média podendo ser agravada pela ausência de cônjuge na composição da renda familiar, pois aproximadamente 46,7% das entrevistadas estavam solteiras ou viúva no momento da entrevista. As casadas, por sua vez, possuíam companheiros desempregados ou trabalhando em atividades condizentes com renda baixa ou média baixa. (KAMAKURA; MAZZON, 2016)

Segundo Kamakura; Mazzon (2016, p. 58), a partir de dados de 2012, o extrato ‘baixa renda’ é subdividido em três grupos, sendo: ‘extremamente pobre’, ‘pobres’ e ‘vulnerável’, com rendas per capitas mensais de até 81 reais, de 81 a 162 reais e de 163 a 291 reais, respectivamente. O extrato ‘média renda’ é subdividido em: ‘baixa classe média’, ‘média classe média’, ‘alta classe média’, com rendas per capitas mensais entre 292 e 441 reais, entre 442 e 641 reais e 642 e 1.019 reais, respectivamente. O extrato ‘renda alta’ é subdividido em: ‘baixa classe alta’ e ‘alta classe alta’, com rendas per capitas mensais entre 1.020 e 2.480 reais; e, maior que 2.480 reais, respectivamente. Valendo ressaltar que em 2012, o salário mínimo era 622 reais, sendo $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo correspondente à 155,5 reais e 311 reais, respectivamente. Estas proporções do salário mínimo são utilizadas como rendas per capitas máximas para inclusão de indivíduos e famílias em benefícios assistenciais, como Bolsa Família, Benefício da Prestação Continuada (BPC) e Cadastro único das Famílias, o que aponta para a precarização socioeconômica de indivíduos e famílias inseridos nestes níveis de renda (BARBOSA, 2017).

Ainda relacionado à renda, após o adoecimento por CCU, seis entrevistadas (40%) estavam em usufruto de benefício previdenciário, vivendo exclusivamente deles, sendo auxílio doença (05 usuárias) e aposentadoria (01 usuária).

Portanto, as entrevistadas se inseriam em nível socioeconômico baixo ou médio baixo, o que corrobora com a associação entre renda baixa e CCU, presente na literatura. (MELO et al., 2017; MASCARELLO et al., 2013; BORGES et al., 2012).

5.3.1.2 Sintomas e porta de entrada no sistema de saúde para controle do câncer de colo de útero.

Os primeiros sintomas de câncer de colo de útero (CCU) foram sangramento com dor (08 usuárias), apenas sangramento (04 usuárias), sangramento com PUs (01 usuária), apenas dor (01 usuária), nenhum sintoma (01 usuária), como expressam as falas abaixo:

Fiquei no mínimo seis meses sangrando [...]. Eu não sentia dor ... e pus. (Usuária 01)

Comecei sentindo muitas dores. [...] eu tinha assim ... hemorragia. (Usuária 04)

Eu comecei a ter um tipo de um sangramentozinho [...] fui deixando. Ai quando fez um ano [...] comecei a sentir muitas dores. (Usuária 02)

Foi hemorragia [...] em 2014. [...] Sem dor. [...] Depois, veio a dorzinha, [...] como uma colicazinha. (Usuária 03)

Começou em janeiro de 2016, com dor muito forte na coluna. [...] Quando foi em fevereiro, começou o sangramento. (Usuária 05)

Em final de julho que eu passei a sentir dores debaixo da barriga. [...] Em abril (2017) eu tive muitas dores. (Usuária 06)

Em junho de 2016 eu comecei a ter sangramento, sangramento esse constante, que não parava. (Usuária 13)

Na verdade minha menstruação começou a desregular. [...]. Depois quando eu fui tendo relação começou a sair sangue mesmo. [...]. Não doía não” (Usuária 08)

Eu fui tomar banho e havia um caroço na vagina [...] esfreguei, ai sangrou tudo [...]. (Usuária 07)

Na hora do sexo era dor e sangrava. Sempre sangrava. (Usuária 09)

Eu nunca senti nada” (Usuária 10)

Eu não sentia nada. Ai quando eu fui mostrar o resultado, falando com ela que quando eu tinha relação sangrava ... foi quando eu vim aqui (HEAA). (Usuária 12)

Teve uma vez que eu tive muito sangramento, ai ela (ginecologista) disse: faz uma transvaginal pra gente ver o que é isso. (Usuária 11)

Quando ela foi colher o preventivo, deu aquele jato de sangue. [...]. Ai eu vim nesse dia aqui (CRTM), fiquei aqui até ... eu falei com a guarda ali: Eu tô com muita dor [...]. (Usuária 14)

Levantei de madrugada pra fazer xixi e vi aquele sangramento. [...]. Passaram dois meses. [...] passei a sentir cólica ... forte. Ai num dia eu dando aula [...] houve novamente o sangramento. (Usuária 15)

Diante dos primeiros sintomas, todas procuraram por serviço de saúde, tendo preponderado os serviços públicos. Assim, procuraram por consulta particular com ginecologista (05 usuárias), por ambulatório de ginecologia/SUS no Hospital Escola Álvaro Alvim/HEAA (03 usuárias), por Unidade Básica de Saúde/UBS (02 usuárias), por Centro de Referência e Tratamento da Mulher/CRTM (02 usuárias), por Unidade de Pronto Atendimento/UPA (02 usuárias), por consultório particular conveniado a sindicato (01 usuária). Vale ressaltar que uma das mulheres encaminhadas ao CRTM, foi encaminhada sem sentir nenhum sintoma, após um preventivo alterado realizado em UBS, não sendo, portanto, após a presença de sintomas. Suas falas expressam tais movimentos:

Conversei com meu gerente e [...] ele falou assim: Oh! Vou ti dar um dinheiro e tu vai lá e faz um exame ginecológico. (Usuária 01)

Comecei sentindo muitas dores. [...] Em um dia só eu fui três vezes na UPA ... eu moro perto da UPA. (Usuária 04)

Ai eu fui no postozinho, que eu fiz o preventivo. Lá eles colheram, fez a biopsiazinha. [...] no posto do SUS , aqui em Cabo Frio. (Usuária 02)

A primeira vez que eu tive sintoma [...]. Fui na emergência e eu tomei um remédio ... passou. [...]. Depois, em 2015, ai veio de novo.[...] Procurei o médico no Jardim. Levantei cedo, marquei a consulta, tirei aquele cartão do SUS ... até ai eu não tinha nada. (Usuária 03)

[...] eu resolvi procurar um médico ginecologista ... consultório particular ... pra poder ver. Foi em junho (2016) em Nova Friburgo. (Usuária 05)

Eu fiz o preventivo em março de 2015, mas fiquei muito tempo sem mostrar o preventivo. Ai quando eu fui mostrar em junho, ela (a médica) viu que tinha dado uma alteração [...] no Pró-Saúde São Francisco, em São Francisco do Itabapoana. [...]. O Pró-Saúde é particular e a gente tem um sindicato que acolhe a gente. Então a gente vai lá e marca no começo do mês, uma consulta e o sindicato paga. (Usuária 06)

Ai eu fui ao postinho ... fui na ginecologista do posto. No posto da Baleeira, porque eu moro no Julião Nogueira. (Usuária 13)

Lá no meu serviço uma menina disse assim: “ Vai `a Doutor X [...] ginecologista na Beneficência, porque lá você paga e atende na hora ... faz no dia. (Usuária 08)

Minha irmã, que é técnica de enfermagem), tinha tirado uma foto e levou pra uma doutora lá no Álvaro Alvim ver. Essa doutora quando viu, falou: manda ela vir agora. [...]. Ai examinou no Álvaro Alvim e me deu uma cartinha e eu internei na ginecologia dos Plantadores de Cana (HPC). Lá foram retirados 04 nódulos. (Usuária 07)

O primeiro preventivo fiz na Santa Casa [...] não tinha nada. Ai passou um tempo, ai eu vim e fiz com doutora X aqui (HEAA). Ai deu problema. (Usuária 09)

Fazia preventivo toodo ano. Nunca dava nada. Teve um ano que eu fiz ai deu um problema, ai as meninas não me entregou o resultado do exame. Mandaram uma carta pra mim comparecer no Centro da Mulher (CRTM). [...]. Fiz no posto lá em Custodópolis. (Usuária 10)

Fui fazer um preventivo normal (de rotina). [...] Fazia lá em Três Vendas e dava sempre normal. Em 2016 eu fiz um preventivo aqui (HEAA) [...] eles descobriram aqui. (Usuária 12)

Na minha ginecologista lá no SESI, em Guarús. [...] lá é particular. Eu ia ginecologista normal, todo ano. (Usuária 11)

Eu fui no postinho perto de minha casa [...] do Parque Prazeres. Ai eu falava com doutora X : A menstruação minha esta há seis meses sem vim e eu estou sentindo muita dor debaixo da barriga. Ela: Não. É normal, você esta entrando na menopausa. [...]. Marquei um outro preventivo lá, [...] quando ela foi colher o preventivo, deu aquele jato de sangue. Ai ela... ela me deu tudinho ... meu relatório [...] ... ai eu vim nesse dia aqui (CRTM). (Usuária 14)

Eu passei a sentir cólica ... forte. [...]. Ai parti para minha ginecologista, na Santa Casa. [...]. Sempre paguei ‘social’ porque eu trabalhava, não tinha tempo pra dormir em fila pra pegar ficha. [...]. Quando eu vi que deu carcinoma de células ... eu quis uma segunda opinião. Foi quando eu fui para a Beneficência (Usuária 15)

Assim, dois terços das usuárias procuraram serviços/SUS ou vinculado a sindicato e um terço das usuárias procuraram serviços particulares, via pagamento de próprio bolso, o que sugere limites de acesso a serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para parte destas mulheres.

Nessa perspectiva, os relatos das usuárias expressaram que é de “conhecimento popular” – cujo fundamento é as experiências populares cotidianas (XAVIER; FLOR, 2015) – a presença de barreiras organizacionais de acesso, referente à demora no atendimento SUS. Assim, diante dos sintomas, algumas usuárias pagaram atendimento particular após alguma(s) tentativ (s) de atendimento pelo SUS, muitas vezes com auxílio da família e/ou terceiros, visando agilizar este atendimento. Mesmo quando o acesso é obtido, muitas vezes, a trajetória assistencial é marcada por limites que ao serem enfrentados, em alguns casos, resulta no atendimento de necessidades de saúde. Nessa perspectiva, uma das usuárias disse: “A gente perde um tempozinho, mas graças à Deus, deu tudo certo”. (Usuária 01).

A ausência de sintomas diante do CCU mostrou-se rara, sendo comum a presença de sangramento (86,7%) e dor (60%). Estes sinais clínicos em si encontram-se em sintonia com os previstos para CCU em estágio avançado apresentados pelo MS (2013, p. 45) e INCA (1996-2018a) que registram: sangramento vaginal (espontâneo ou após relações sexuais ou esforço), secreção vaginal anormal, dor pélvica, associados ou não a queixas urinárias ou intestinais.

5.3.1.3 Detecção/Diagnóstico: unidades de saúde, exames realizados, periodicidades e barreiras de acesso.

A detecção do câncer de colo de útero (CCU) para as entrevistadas ocorreu em estágio avançado, como os sintomas anteriormente mencionados indicam. Esta detecção foi realizada a partir de exame Papanicolaou, sendo confirmado o diagnóstico por biópsia ou diretamente a partir de biópsia, em virtude dos sinais clínicos sugerirem fortemente a presença de CCU e/ou da impossibilidade de coleta de material para Papanicolaou. Entre as entrevistadas, nove (09) realizaram inicialmente o exame preventivo e seis (06) realizaram a biópsia diretamente.

O tipo de unidade de saúde que realizou o primeiro preventivo (ou biópsia), cujo resultado apresentou alteração foi, preponderantemente, unidades do Sistema Único de Saúde/SUS (08 usuárias), seguidas por consultórios de ginecologia particulares em clínicas ou hospitais (06 usuárias) e por unidade particular vinculada a sindicato, comprometida apenas com consultas e exames de baixa complexidade (01 usuária). Os serviços foram procurados, majoritariamente, por iniciativa das usuárias (11 usuárias), tendo quatro (04) usuárias os procurados a partir de encaminhamento/indicação médica.

Entre as usuárias que procuraram por UBS, uma não obteve o diagnóstico da enfermidade na mesma, pois o resultado do exame Papanicolaou realizado foi ‘normal’. Esta usuária relatou ter obtido o diagnóstico através de pagamento privado de consulta e exames em atendimento “social” em unidade hospitalar; fato que sugere falha de laboratório ou de profissional de saúde na coleta de material para exame, ou ausência de comunicação médico-paciente acerca da presença de alterações.

Entre as entrevistadas, três já haviam obtido resultado de ‘preventivo alterado’ em exame anterior ao que definiu diagnóstico de CCU. Destas, uma realizou este ‘preventivo’ há vários anos, não tendo buscado o resultado e, outra usuária havia realizado este ‘preventivo’ há poucos meses, não tendo buscado o resultado no prazo estipulado. Ambas souberam posteriormente que o resultado acusou alteração. A terceira usuária buscou o resultado no prazo, o qual afirmava alteração, mas não foi informada de que se tratava de lesão precursora de CCU ou de câncer. Das três, apenas a primeira realizara ‘preventivo’ desconsiderando a periodicidade indicada. (INCA, 2016). As três usuárias realizaram exame anterior ao diagnóstico de CCU em unidades de saúde públicas e/ou privada vinculada a sindicato. Suas falas ilustram:

Fiz três biópsia ... fiz duas e tinha doze anos que eu tinha feito a terceira, e com medo do câncer ... não peguei o resultado. [...]. Eu tinha feito um preventivo e fiz

uma biopsia no Oswaldo Cruz, mas na época eu não fui pegar o resultado. Quando eu comecei este tratamento de 2015 para 2016, já tinha 10/11 anos que eu tinha feito o Papanicolau e a biopsia, que não peguei o resultado, porque eu tinha medo. [...]. Eu estava com células escamosas. (Usuária 04)

Fiquei muito tempo sem mostrar o preventivo Ai quando eu fui mostrar em junho, ela (a médica) viu que tinha dado uma alteração, uma lesão escamosa epitelial. [...] no Pró-Saúde São Francisco (Usuária 06).

O primeiro preventivo eu fiz com Doutora X, na Santa Casa e ela falou que não tinha nada. Ai passou uns tempo ... ai eu vim e fiz com doutora Y aqui (HEAA). [...]. Ai deu problema. [...]. Eu fiquei de 2008 até 2016 fazendo ... foi esse que deu problema. (Usuária 09)

Entre as entrevistadas, doze relataram ter obtido resultado normal em ‘preventivo’ anterior ao exame que definiu diagnóstico de CCU ou que não foram informadas pelo (a) médico(a) acerca de presença de alteração. Destas, cinco usuárias realizaram este ‘preventivo’ anterior ao diagnóstico de CCU há vários anos, não tendo considerado, portanto, a periodicidade indicada para realização de tal exame. Entre estas cinco usuárias, quatro realizaram o ‘preventivo’ apenas em período de pré-natal, sendo que uma usuária não realizou no último pré-natal, apenas nos anteriores. As demais usuárias – sete – relataram ter cumprido a periodicidade indicada.

Só fiz preventivo uma vez na minha vida ... tô com 40 anos, só fiz uma vez. Há muitos anos ... meu filho mais velho está com 22 ... foi na época de meu filho mais velho. Eu nunca fiz, foi relaxamento, falo com todo mundo ... foi descuido meu, entendeu? ... de não ir. Porque querendo ou não, a gente tem que ir. (Usuária 01)

Não fazia preventivo todo ano não. Quando descobriu o câncer tinha muitos anos que eu tinha feito ... mais ou menos uns cinco anos. [...] Não fazia porque eu não ligava mesmo. (Usuária 02)

Olha, não fazia preventivo desde que meu filho nasceu ... fiquei 26 anos sem fazer preventivo. Não procurei médico. Só era trabalho – casa – mercado - igreja ... igreja-casa-mercado-trabalho. (Usuária 03)

Os sintomas começaram uns seis meses depois do parto. [...]. Fiz o pré-natal num posto de saúde lá em Nova Friburgo. [...]. No pré-natal não fez preventivo, não. [...]. Só fiz preventivo quando estava grávida de minha filha de sete anos, a doutora fazia o preventivo. Mas, os outros não. E nem fora da gravidez eu fazia preventivo, porque eu tinha vergonha. (Usuária 05)

Levei três anos sem fazer preventivo. (Usuária 08)

Fazia preventivo todo ano.[...]. Eu fazia no Cantinho da Saúde. [...]. Doutora X (SPBC) disse que tinha já dado em 2015 células escamosas. Mas, o medico que me atendeu disse que eu não tinha nada. Ele passou só uma pomada. Era para depois repetir o exame. (Usuária 13)

Eu fazia o preventivo periodicamente. [...]. Nunca acusou nada disso, não. [...]. Em 2015 eu fiz. [...]. Fazia sempre no Álvaro Alvim. [...]. É dificultoso, tem que ficar naquela fila pra marcar no núcleo, né? Dormi lá na fila ... que todo mundo fala. A marcação é feita para mais de 01 mês à frente. [...]. O resultado do preventivo, leva

mais de um mês para sair ... demora. Não demora se eu pegar o exame e pagar. Mas, ai como a pessoa é pobre...fica pagando exame como? (Usuária 07)

Fazia preventivo toodo ano. Nunca dava nada. Teve um ano que eu fiz ai deu um problema, ai [...] mandaram uma carta pra mim comparecer no Centro da Mulher (CRTM). [...] Fiz no posto lá em Custodópolis [...] Eu fazia sempre na Saúde da Mulher (CRTM). Mas, como minha filha estava fazendo pré-natal lá (posto de Custodópolis), eu pedi a ela que marcasse pra mim lá. Eu trabalhava e quase não tava tendo tempo, ai eu pedi a ela que marcasse lá pra mim, porque cá no Centro da Mulher ia demorar pra ter vaga. [...] Na época que eu ia no Centro da Mulher (CRTM) tinha dificuldade para marcar consulta para ginecologista ... aliás tem. Todo mundo tem, né? Hoje a fila é muito grande ... muito paciente. E quando você consegue uma vaga é para daqui 03, 04 meses. [...] Eu vinha bem cedo e pegava ficha ... a gente marcava.[...]. Para consultar às vezes, levava 20 dias, as vezes levava de um mês para o outro. [...] Aqui (HEAA) demorava. Mas, depois que eu entrei aqui ... nesse caso ... que ela me deu a carteirinha da oncologia, não demorava porque eu ia a assistente social e ai elas marcavam para mim. Mesmo assim, tem exame que demora dois meses pra ser realizado porque é muita gente. Às vezes, uma tomografia Porque tem mês que não tem vaga. (Usuária 10)

Foi lá onde eu moro, em Três Vendas, quando eu fiz um preventivo lá. Mas, dá assim ... tudo normal. [...] Ai quando eu fui mostrar o resultado, falei com ela que quando eu tinha relação sangrava ... foi quando eu vim aqui (HEAA). [...] Mas, naquele mês não tinha vaga e de novo. [...] Um dia que eu consegui marcar. [...] Eles descobriram aqui (HEAA). [...]Fui fazer um preventivo normal. Fazia todo ano quase ... dava sempre normal. [...] Lá a gente consegue ficha (UBS Três Vendas). Mas, na hora que vai pegar o resultado, esse resultado leva três e quatro meses e lá vai ano. Ai o caso da pessoa que tiver com problema.... (Usuária 12)

Ai fiz a transvaginal com doutor X e ele falou assim: Mayara é o começo de um miominha. Tá muito pequenininho. [...]Ai ela (ginecologista) disse: [...] você vai fazer acompanhamento de 06 em 06 meses comigo e sempre vai fazer preventivo. [...] Uma vez eu fui num postinho lá perto de casa pra marcar o ginecologista, sendo que foi eu e minha amiga. [...] Não passou preventivo. Não perguntou nada, não apalpou peito, nada! Ai eu disse: É ... então eu nem vou perder tempo. Vou pagar ali no Sesi. Eu sempre pagava no Sesi pra ir. (Usuária 11)

Fui no postinho perto de minha casa ... posto do Parque Prazeres. Ai falei com doutora X: A menstruação minha esta há seis meses sem vim e eu estou sentindo muita dor debaixo da barriga. Ela: É normal, você esta entrando na menopausa. [...] Ai marquei um outro preventivo lá [...]. Ai quando ela foi colher o preventivo, deu aquele jato de sangue. Ai ela pediu que eu viesse pra aqui (CRTM). [...] Quando que eu fiz o ultimo preventivo, tinha dado tudo certo.[...]. Eu descobri o problema em 2016 ... em 2015 eu tinha feito preventivo, mas não achei o resultado no postinho. (Usuária 14)

Eu tinha feito preventivo em 2012 ... deu uma ferida no lado de fora do útero. [...] Ela foi tratada, foi cauterizada. [...] Foi feito na Santa Casa, pago pelo social. [...] Em 2013 fiz preventivo, deu normal, não tinha mais nada. Em 2014 fiz outro preventivo, nada. Tudo na Santa Casa. [...] Ai vi aquele sangramento. [...] Passaram dois meses. [...] Houve novamente o sangramento. Ai parti para a ginecologista [...] em 2015. [...] Quando eu vi que deu carcinoma de células. (Usuária 15)

Assim, sete entrevistadas (46,7%) não realizavam o exame Papanicolou com a periodicidade indicada (INCA, 2016), corroborando com a literatura quando afirma que a periodicidade adequada não é amplamente conhecida pelas mulheres (CORREA et. al., 2012).

No caso das usuárias que relataram ter cumprido a periodicidade adequada, há a possibilidade de erro laboratorial e/ou do profissional de saúde no momento da coleta ou de ausência de comunicação de médico sobre presença de lesão uterina em exame Papanicolaou anterior, pois, segundo o INCA (1996-2018 b), o CCU possui desenvolvimento lento, não justificando a presença de resultado de ‘preventivo’ normal em ano anterior ao diagnóstico de carcinoma ou adenocarcinoma.

A garantia de rastreamento oportunístico ao exame Papanicolaou, diante da precariedade de informações das mulheres e às desigualdades socioeconômicas que limitam o acesso aos serviços de saúde, é uma estratégia necessária, sendo o pré-natal uma oportunidade singular para o profissional de saúde realizar esse exame. Nesta pesquisa o pré-natal foi uma oportunidade utilizada para algumas usuárias, não sendo, no entanto, para uma das usuárias, cuja periodicidade indicada para o exame não costumava ser respeitada. A importância do rastreamento oportunístico é ressaltada pela literatura. (OZAWA; MARCOPITO, 2011; GASPERIN; BOING; KUPET, 2011; BORGES et al., 2012; AUGUSTO et al., 2013; RIBEIRO et al., 2016).

As barreiras à detecção precoce, presentes nas falas das usuárias, foram de ordem subjetivo-cultural e/ou de informação (descuido/não percepção de risco, medo de obtenção de diagnóstico de câncer, vergonha), de ordem social (falta de tempo devido ao trabalho e ao cuidado com a família) e de ordem organizacional (demora para obtenção de ficha e de resultados de exames, extravio de resultados de exames, despreparo de profissionais de saúde, suspeita falha laboratorial e de profissionais de saúde).

5.3.1.4 Conclusão Diagnóstica: Acesso à biópsia, tempo para realização, emissão de laudo e apresentação ao médico.

As quatro *usuárias residentes em Cabo Frio* realizaram seu diagnóstico em seu município de origem, via biópsia, pelo SUS, em breves intervalos de tempo entre coleta, emissão de laudo e apresentação ao médico solicitante. Estes intervalos não ultrapassaram 30 dias. Assim, não foram apontadas barreiras de acesso relacionadas à conclusão diagnóstica. No entanto, uma destas usuárias (usuária 03) realizou, concomitantemente, biópsia pelo SUS e por pagamento particular, enquanto estratégia para prevenir dificuldades de acesso ao laudo com rapidez. Os resultados de ambos os caminhos saíram em até 30 dias. Portanto, mesmo não ocorrendo barreiras organizacionais de acesso ao laudo de biópsia em até 30 dias para essa usuária, tais barreiras são comuns no município de Cabo Frio. Nesse sentido, Brito-Silva

e colaboradores (2014, p. 246) afirma que “o acesso facilitado aos níveis secundários e terciários de atenção não é uma realidade comumente observada no país”, o que promove a presença de pagamentos de próprio bolso de exames para conclusão diagnóstica.

A biopsia eu fiz lá (em Cabo Frio) [...]. No SUS. A própria médica que eu paguei particular, ela já me deu um papel mandando direto na secretaria de saúde de lá [...]. Foi feito rápido. Acho que foi menos de mês. [...] Resultado foi em um mês. (Usuária 01)

Fui no médico do posto de saúde (UPA) perto de minha casa, desse posto me mandaram para o Oswaldo Cruz, ai fez a segunda biopsia. [...] mostrei a doutora Ane, que é aqui do OnkoSol. [...]. Até eu chegar aqui no OnkoSol, levou quatro meses. Aqui tinha vaga. Mas, acontece que o Oswaldo Cruz não me liberava. Tinha que fazer exames. (usuária 04)

Lá eles colheram, fez a biopsiazinha. [...] No posto do SUS , aqui em Cabo Frio, no Braga. [...]. A biopsia eu esperei quase 30 dias, porque vai pro Inca, depois volta. (Usuária 02)

[...] no Oswaldo Cruz, em Cabo Frio [...] ela (médica) trabalhava lá. [...] Daí ela já colheu a biopsia [...]. Ai ela disse: Eu tirei dois fragmentos, eu vou levar um pro SUS ... só que lá para a Cruz Vermelha demora muito ... e um particular. A senhora faz esse particular, porque as vezes demora muito e eu tenho pressa. [...] Ai, Paguei. Eu paguei a biopsia, também lá em São Cristovão. [...]. Com um mês, saiu o resultado. Só que o do SUS saiu primeiro. [...]. (Usuária 03)

Dois *outras usuárias não residentes em Campos dos Goytacazes* vivenciaram barreiras de acesso de tipo organizacional para conclusão diagnóstica, em seus municípios de origem, tendo realizado pagamento particular de biopsias. A **usuária 05** realizou sua primeira biopsia em seu município, via pagamento particular, mas sua segunda biopsia foi realizada em Campos, pelo SUS, durante primeira internação, sendo os resultados emitidos com menos de 30 dias, em ambas as oportunidades. Também, realizou nesta internação, exame de ressonância magnética, cujo resultado foi emitido em até 30 dias. Os dois últimos exames mencionados foram realizados em curto prazo e seus laudos emitidos em prazo menor que 30 dias, pois se encontrava internada. A **usuária 06** não conseguiu fazer biopsia pelo SUS, nem em seu município de origem nem em Campos dos Goytacazes, dentro da perspectiva da regionalização da saúde. Assim, as duas usuárias vivenciaram barreiras geográficas e barreiras organizacionais de acesso a serviços de saúde para fins de conclusão diagnóstica.

Eu resolvi procurar um médico ginecologista em Nova Friburgo. Ele resolveu fazer não só o exame ginecológico, ele resolveu fazer a biopsia tudo junto. [...] Foi na Clínica do doutor. [...] Eu paguei o ginecologista e esse pagamento de consulta envolveu também a biopsia. [...].Então, fui lá e ele falou: Realmente é um câncer. [...]. Eu vim pra cá (Campos). [...] Ai eu vim, fiquei internada no Doutor Beda [...] eu fiz uma nova biópsia e fiz uma ressonância. [...]. A biopsia eu fiz num dia e acho que no outro dia eu já tive o resultado. A ressonância também foi rápido. (Usuária 05)

A médica pediu a colposcopia com biópsia [...]. Como eu não consegui fazer pelo SUS [...] eu fiz na Beneficência ... particular. [...]. Lá em S. Francisco não faz biópsia pelo SUS. Não faz biópsia ... não faz vários tipos de exames que aqui (Campos) faz. [...] Fiz a conização, particular, no HEAA. [...]. Eu fiz a cirurgia e juntei um dinheiro até pra fazer a biópsia. A biópsia da conização. (Usuária 06)

Entre as *nove usuárias residentes em Campos dos Goytacazes*, quatro usuárias realizaram exames relacionados ao diagnóstico – biópsia e/ou preventivo – através de pagamento particular e cinco usuárias realizaram estes exames pelo SUS. Destas últimas, no entanto, três usuárias pagaram exames de ressonância magnética, relacionados ao planejamento de tratamento. Destas, uma usuária também pagou exame de ultrassonografia. Entre as quatro usuárias que pagaram exames para diagnóstico, uma realizou todos os exames por pagamento particular. Assim, foram sinalizadas barreiras organizacionais de acesso aos exames, seja relacionado ao diagnóstico ou ao planejamento de tratamento. Nesse sentido, a literatura refere-se a dificuldades para diagnóstico de CCU ou continuidade do cuidado pelo SUS. (BRITO-SILVA, 2014; CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015).

Em termos de tempo para emissão de laudos de biópsia realizadas em Campos dos Goytacazes, preponderou o espaço de 30 dias. No entanto, entre as usuárias que pagaram pelo exame, uma usuária recebeu o laudo em aproximadamente dois meses e outra usuária obteve laudo de biópsia de material de cirurgia com mais de 60 dias, segundo informação das mesmas. Entre as usuárias que realizaram a biópsia pelo SUS, apenas uma recebeu o laudo com mais de 30 dias, ou seja, em 47 dias. Entretanto, outra usuária que antes de cirurgia não fez biópsia e sim preventivo obteve o laudo deste exame em mais de 60 dias.

Assim, a maioria dos exames de biópsia para fechamento de diagnóstico teve seu laudo emitido em até 30 dias, sendo um sinal positivo diante do acesso aos resultados de tais exames. Mas ainda há presença de barreiras de acesso ao resultado de biópsias e/ou ‘preventivos’ para parte das usuárias, sinalizando para a necessidade de aprimoramentos da gestão pública neste sentido.

Ai minha filha ligou pra doutora dela, na Beneficência. [...]. Ai minha irmã foi e pagou. [...] Ela colheu o preventivo e pediu que fizesse uma transvaginal também. E se possível, que pagasse ali, porque ela conhecia a pessoa para poder pedir logo os exames todos e sair o resultado. [...] O resultado saiu na terça-feira [...] na quarta de manhã, a medica já sabia do resultado e falou: traz sua mãe pra fazer a colposcopia com biópsia. [...]. Os exames foi tudo minha família que pagou.[...]. Ai dois dias depois saiu o resultado. (Usuária 13)

“O médico disse: Agora você vai fazer uma biópsia no Álvaro Alvim. [...]. Ai eu fui na consulta do Álvaro Alvim ... paguei também porque eu tava com pressa. [...].O resultado demorou mais de um mês. Demorou tanto que eu liguei pra lá ... fiquei estressada [...]. Levou meses ... uns dois meses, por ai.. (Usuária 08)

[...] internei na ginecologia dos Plantadores de Cana (HPC). Lá foram retirados 04 nódulos, um foi pra biopsia . [...]a biopsia foi feita lá (HEAA). [...] Doutor X, ajeitou uma consulta para mim, me examinou e pediu uma ressonância. A ressonância eu não tinha dinheiro ... ai a família junto e pagô. [...] O resultado da biópsia não demorou mais de mês não. (Usuária 07)

Até demorou muito pro preventivo chegar mais de dois meses. A médica escreveu até uma carta, pedindo pra apressar. [...]. Antes de operar eu fiz os exames todinhos primeiro. [...]. Pra poder agir eu tive que pagar os exames todos ... pra poder correr, né? Porque se eu esperasse pelo SUS, minha filha! Não ligaram pra mim até hoje pra poder bater essa ...ressonância do abdômen e da pelve. [...]. Eu fiz duas ressonância. [...] uma antes de eu operar e fiz outra depois da cirurgia. Todas duas [...] eu paguei. [...] Fiz biopsia e cirurgia que tirou o útero na Beneficência (SPBC) ... pelo SUS. (Usuária 10)

Mandou eu ir pro Álvaro Alvim, fez biopsia, fez cauterização. Fiquei de um dia pro outro. [...]. No começo, ela (médica X) mesma que fazia a cauterização. [...]. Ai eles decidiram tirar o meu útero fora. [...]. Quando chegou o resultado (biopsia da cirurgia) veio com problema ... que o problema estava além de onde eles tinha tirado. [...]. Não tive dificuldade para fazer biópsia, não. Todas as minhas biopsias foi feita aqui (HEAA) pelo SUS. O resultado saiu ... é um mês mais ou menos que leva. [...]. Pra mostrar exame eu praticamente (rindo) invado o consultório, porque se for para marcar, como agora ... eu estou com uns exame aqui pronto pra mostrar a doutor X, mas não tem vaga. (Usuária 09)

“ Não fiz cirurgia não. A biopsia fiz. [...] Ficou pronta ... acho que foi antes de mês. Foi rápido. [...]. A ressonância foi até minha filha que pagou [...]. Ela ficou com medo de demorar muito. [...]. O ultrassom, ela que pagou também, foi social ... na Santa Casa (CSMC). (Usuária 12)

Por fim a médica falou: Por que você não faz uma videohisteroscopia? [...]. Tem pelo SUS. Ai eu fui, chegou lá não tava marcando ... Ah vai marcar pra mês que vem ... aquele enrolô do SUS, né? [...] Chegou 2016. Ai a ginecologista falou: Vai fazer! [...]. Fui. [...]. Tudo particular. [...] Fiz acho em abril ... e chegou em final de maio ... começo de maio, sei lá ... o resultado da biopsia. [...]. O médico disse: Repete a biopsia. [...]. Em final de junho que chegou a biopsia. [...]Tudo particular. Nada eu consegui pelo SUS. [...] A tomografia fiz aqui (HEAA) e a ressonância lá (SBPC), tudo particular. Também tomografia de tórax, de pelve, de abdômen ... tudo particular. [...] Depois da cirurgia o médico falou: Leva para biopsia (o material da cirurgia). [...]. Foi paga também. [...]. Ai chegou o resultado da biopsia ... demorou acho que uns dois/três meses acho pra chegar. Foi muito demorado. (Usuária 11)

Ai eu vim aqui (CRTM em 04/11/2016) [...] falei com a guarda: Eu tô com muita dor, não tem como voltar aqui pra fevereiro pra você marcar a consulta pra mim. Faz o favor, dá um jeito pra mim consultar hoje. Ai doutora X fez a biopsia em mim. [...] Demorou um pouquinho foi a biopsia chegar, né? [...] Quando chegou, eu mostrei logo a doutora. (Usuária 14) .

Passei a sentir cólica ... forte. [...]. Ai parti para a ginecologista, pelo social. [...]. Deu carcinoma de células ... eu quis uma segunda opinião. Então fui para a Beneficência (SPBC), consultar. [...] dei prosseguimento na própria Beneficência. Fiz colposcopia e biopsia tudo na Beneficência, pelo social.[...]. Paguei porque pelo SUS demora muito. Muito mais que um mês. (Usuária 15)

5.3.1.5 Tratamento e barreiras de acesso

Segundo o INCA (2012, p. 69), as principais formas de tratamentos do câncer de colo de útero (CCU) são cirurgia, quimioterapia e radioterapia que podem ser usadas em conjunto,

“variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração”. Assim, os tratamentos realizados nas usuárias entrevistadas estiveram em sintonia com o previsto na literatura, pois das quinze usuárias entrevistadas, quatorze realizaram quimioterapia e radioterapia. Destas, treze usuárias também realizaram braquiterapia, que é um tipo de radioterapia, denominada radioterapia interna, na qual a fonte radioativa é colocada em contato direto ou a uma distância muito próxima do tecido tumoral, permitindo que uma dose elevada de radiação seja liberada ao tumor com proteção das estruturas sadias adjacentes. (PATANKAR, 2015; CARVALHO, 2016)

Estes tratamentos foram pagos pelo SUS, o que também corrobora com a literatura que afirma que a grande maioria dos tratamentos oncológicos é realizada com pagamento via SUS. (OZAWA; MARCOPITO, 2011). Precedendo aos tratamentos mencionados, cinco usuárias foram operadas, sendo feito histerectomia ou conização com pagamento particular (duas usuária) e com pagamento via SUS (três usuárias). As usuárias que pagaram pela cirurgia, o fizeram devido à demora no acesso via SUS associada ao receio de evolução clínica da enfermidade, aspecto também sinalizado por Vasconcellos e colaboradores (2016).

Entre as seis usuárias residentes fora de Campos dos Goytacazes, somente uma usuária foi operada, retirando o colo do útero (conização) através de pagamento particular, não sendo necessário tratamento com quimioterapia ou radioterapia. As demais não foram operadas e realizaram tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia e/ou braquiterapia, pelo SUS. A primeira usuária mencionada – que pagou pelo tratamento – e mais outra usuária relataram dificuldades para obtenção de tratamento pelo SUS em Campos dos Goytacazes. Assim, barreiras organizacionais de acesso ao sistema de saúde do município de Campos dos Goytacazes se fizeram presentes, incluindo falta de agilidade na destinação de vaga via Programação Pactuada e Integrada (PPI) para estas últimas usuárias.

A médica que me atendeu, que fez a [...] biopsia [...] disse: Ela tem que fazer cirurgia. Manda ela logo correndo para o hospital. [...]. Mas, cheguei a operar não, só fez tratamento. Eu só fiz quimio, radio e braqui. (Usuária 01)

A doutora falou: A senhora tem que ir pra Campos, mas primeiro vai fazer a quimioterapia ... fiz duas ... enfartei na segunda.[...]. A doutora falou: Vamos suspender a quimio e vamos fazer a radioterapia. Ai eu fiz 33 sessões. Depois fiz mais 05 sessões de braqui. (Usuária 04)

Não foi preciso operar, não. [...]. Saiu logo o meu tratamento ... assim ... da quimioterapia, né? , que eu fiz aqui (clínica OnkoSol), [...] e logo assim que eu tava na sétima sessão da quimioterapia, saiu minha vaga pra Campos. [...] Foi um mês de radioterapia e fiz mais um mês de Braquiterapia [...] em Campos. [...] Só a Braqui normal que eu não fiz. [...] Porque quando eu fiz a radio [...] colou a entrada do útero.[...]. Ai doutora Y me passou um outro tipo que tem...esse leva 10 minutos, mas é sem dor. (Usuária 02)

Com um mês, saiu o resultado. Aqui (Onkosol) a doutora Y deu início do tratamento de quimioterapia. [...] Eu fui lá pra Campos ... fiz 45 sessões ... parece... de radio e fiz 07 sessões de Braqui. (Usuária 03)

Fiz a tomografia e marquei a radio no Dr Beda I. Só que eu comecei a fazer em dezembro e parei. [...]. Me deu efeito colateral, [...]. Mas, como eles são muito gentil, ligaram lá pra casa [...]. Ai eu vim, marquei e voltei. [...] Eu não fiz quimio, não. Eu fiz 29 sessão de radio e 04 de braquiterapia. [...] Não fiz cirurgia. Eles falaram que [...] tinha que fazer o processo todinho para ver se o tumor ia diminuir pra ver se operava. Mas, eu ainda tenho que levar a ressonância e a tomografia pra doutora ver. (Usuária 05)

Depois dessa biopsia ela me encaminhou pra aqui pra Campos. Ai me deu três encaminhamentos, pro Oncobeda, pro Álvaro Alvim e pra Beneficência. Tentei pela Beneficência.. [...]. Tentei pelo SUS ainda, no Álvaro Alvim [...] fui umas três vezes. [...] Ai em dezembro de 2015, eu fiz a conização, particular, no HEAA. Porque eu não consegui pelo SUS. [...] Ele tirou só o colo do útero. [...] Juntei um dinheiro até pra fazer a biópsia da cirurgia (conização). Eu fiz duas biopsias. Foi onde deu as áreas livres e não precisou fazer a quimio. (Usuária 06) .

As nove usuárias residentes em Campos dos Goytacazes realizaram quimioterapia, radioterapia e braquiterapia pelo SUS, sendo que uma das usuárias realizou apenas radioterapia e quimioterapia. Destas, quatro usuárias tiveram o seu tratamento composto também por cirurgia, sendo realizado histerectomia. Destas, somente uma usuária pagou a cirurgia, relatando ter iniciado atendimento médico por pagamento particular, ao qual prosseguiram exames e cirurgia, particulares. Esta usuária tentou acesso a exames e consultas pelo SUS, mas não obteve sucesso. Mas, como já mencionado, o seu tratamento de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia foi pelo SUS.

Assim, barreiras organizacionais de acesso foram sinalizadas para primeira consulta, com ginecologista, após a confirmação diagnóstica para início de tratamento, sendo cirurgia ou quimioterapia. Nesse sentido, quatro usuárias relataram uso de relações pessoais como facilitador deste acesso; corroborando com os achados de Silva e colaboradores (2016).

Minha irmã conhece uma doutora, amiga dela particular, da igreja e tudo. [...] Ela conhecia doutor Z e ela pediu pra ele me vê [...] porque só ia ter ficha assim lá um mês depois. [...] Ele me consultou no Álvaro Alvim, pelo SUS. Ai eu não paguei mais nada. [...] Depois, ele me mandou para doutor W, no Álvaro Alvim mesmo, porque precisava de tratamento com quimio, com radio ... [...] Foram 05 sessões de quimio, uma por semana, e 25 de radio. Depois vim pra cá (H. Dr. Beda) para fazer a braqui. Não teve demora. Em três meses eu fiz os três tratamentos”. (Usuária 13)
 “O resultado mostrei a Doutora X, pelo whatsapp [...] Doutora X era minha cliente [...] faz unha comigo e cabelo com minha irmã [...]. Ela falou: Vou ti encaminhar para um medico na Beneficência, vou mandar uma cartinha pra ele. [...] Ela é amiga dele. [...] Ai, ele falou: Você vai pra casa e na 5ª. feira você vem que eu vou ti internar. Você vai fazer os exames e na outra 4ª. eu vou fazer sua cirurgia. [...] Tirei o útero. [...] Tudo pelo SUS. Depois ele me encaminhou para fazer quimio, radio e braquiterapia. Fiz a quimio aqui (SPBC) e a radio e braqui, eu fiz no Dr. Beda. Tudo rápido. [...] Antes fiz aqui (SPBS) ... tomografia ... ressonância ... tudo quando ele me internou. Tudo pelo SUS. (Usuária 08)

Tirei útero, ovário e trompa, na Beneficência (SPBC) [...] particular. Depois da cirurgia ele falou: Leva para biopsia (o material da cirurgia). [...] Foi paga também.

[...]. Ai chegou o resultado da biopsia ... demorou acho que uns dois/três meses acho pra chegar. Foi muito demorado. [...]. Pra começar a quimioterapia [...] eu vim pra cá (HEAA). [...]. Foram 04 aplicações de quimioterapia, 25 de radioterapia e 04 de braquiterapia. (Usuária 11)

“Ela (irmã) conversou com ele (médico). [...]. Ai eu vim pra cá (SPBC) ... ele ajeitou uma consulta para mim, me examinou e pediu uma ressonância. [...] Ele falou que ia operar ... com uma boa vontade doida, mas só que não foi possível operar porque estava muito grande. [...]. Disse: Você vai fazer, quimio, radio e braqui.” (Usuária 07)

“Doutora X me encaminhou para doutor Y lá na Benê (SPBC) pra operar. [...]. Depois da cirurgia, a ressonância tive que pagar. Ai, fiz a radio e a braqui lá no Beda. Antes de ir pro Dr. Beda fiz quimio na Beneficência (SPBC).” (Usuária 09)

“Ai eles decidiram tirar o meu útero fora. [...] Já tinha feito a cirurgia já [...] quando chegou o resultado (da biopsia) veio com problema ... que o problema estava além de onde eles tinha tirado. [...] Ai comecei o tratamento de quimio e de radio. Fiz 49 radio e 11 de quimio”. (Usuária 10)

“Não fez cirurgia não. Fez biopsia. [...] Fiz quimio, radio e agora vou começar braqui lá (Dr Beda).” (Usuária 12)

“Minha sobrinha marcou a consulta lá (hospital X) pra mim. Ela trabalha lá e me deu uma ajuda [...] Ai eu fui consultada. [...] e depois fui encaminhada para fazer a radio e quimio. Eu fiz foi 26 radio e 06 quimio ... fiz braqui também.” (Usuária 14)

“Doutor X me encaminhou pro Dr. Beda. [...] Mas, [...] se não houvesse tanta demora para autorização do Núcleo pra fazer o tratamento ... assim, muita demora! Aparelho com defeito! Então, demorou um bocadinho. Praticamente eu fui fazer a radioterapia, a quimioterapia em junho. (Pelo PU, a biopsia no dia 27/01/2016 e o primeiro tratamento no dia 23/06/2016). [...]. Minha quimio foi a mais suave que tinha. O que maltratou muito foi a braquiterapia e a radioterapia.” (Usuária 15)

5.3.1.6 Barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde

As barreiras geográficas de acesso foram vivenciadas somente pelas usuárias não residentes em Campos dos Goytacazes, sendo seis usuárias, mostrando-se associadas, em alguns casos, a barreiras organizacionais e financeiras. Para quatro destas, as barreiras geográficas se expressaram pela longa distância percorrida para realização do tratamento, intensificadas pelos: a) efeitos colaterais do tratamento; b) suspensão temporária, pelas prefeituras dos municípios de origem, do transporte para Tratamento Fora do Domicílio (TFD); c) ausência de recursos financeiros das usuárias para arcar com transporte e, em alguns casos, com moradia.

Tem gente que ainda vem de ônibus, entendeu? Quem não tem parente vem de ônibus. É cansativo! Eu gastei dinheiro de taxi pra ir pra vim. [...]. Eu trabalho nesta firma já tem três anos ... meu patrão sempre tá me ajudando. [...] Tipo assim ... eu me programo. [...] Eu poderia ter vindo 5ª, dormido na casa de meu irmão e depois ter vindo para cá. [...] Minha família é toda daqui. (Usuária 01)

Esse foi um momento muito difícil. Eu levantava às três horas da manhã, quatro e meia tinha que tá em frente do PAM ... embarcava na VAN. [...] O carro daqui de

Cabo Frio teve um enrolo ... negócio de prefeitura e tal ... ai não tinha, ai tive que pagar carro particular. [...] Era de segunda a sexta, todos os dias ... eu não podia falhar ... [...] Eu voltava à tarde e, às vezes, à noite. Teve dia que eu cheguei às dez horas da noite. [...] Eu vomitava o tempo inteiro. [...] O carro que eu paguei estou devendo até hoje. Me endividei muito! (Usuária 04)

Aqui (Cabo Frio) o prefeito tinha tirado as Kombi que fazia essa remoção pra lá. Não tinha como eu ir. Ir de ônibus ... ir e vir todo dia ... não tinha condições. Ficava muito caro. Ai entramos em contato com uma senhorinha, que ela também ia pra lá (Campos). [...] Fiquei com ela hospedada numa pousada em Campos. [...] Nos 15 dias que eu fiquei na pousada, eu conheci a X, que é daqui (de Cabo Frio) [...]. Ela arrumou pra mim ir com a Van de São Pedro da Aldeia. [...] Estava ficando difícil pra mim porque nos finais de semanas a gente tinha que comprar comida, então ficava muito difícil. [...] A Kombi de São Pedro da Aldeia para Cabo Frio. [...] era gratuita . Mas, o motorista não podia entrar aqui em Cabo Frio. Ai eu combinei de esperar no Pronto Socorro de São Pedro. Eu saía de casa uma e meia da manhã, ia de carro que faz lotada pra lá (São Pedro). O rapaz me cobrou vinte reais por dia e eu pagava a ele por mês. Ai ele me deixava uma e meia da manhã no Pronto Socorro de São Pedro. Quando eu vinha de Campos, cinco ... cinco e meia da tarde ... ele me deixava no ponto de São Pedro, eu pegava um ônibus e ia pra casa. (Usuária 02)

Muita dificuldade. Muita coisa! [...] As vinte para as cinco da manhã a gente tinha que estar aqui em São Cristovão pra pegar a Van da prefeitura pra ir pra Campos. [...] Também se tivesse que pagar, eu não tinha condição. [...] Eu tinha que sair de casa às quatro horas ... levantava às três e meia da manhã. [...] Ai eu ia lá, fazia dez minutos ou cinco minutos de radio e tinha que esperar até o último terminar para eu vim embora. Chegava aqui mais ou menos oito horas da noite. [...] O que a gente comesse em Campos era paga do meu bolso. [...] Meu filho me ajudou me levando de casa até o local de embarque da Van. (Usuária 03)

Para *usuária residente em município da região norte fluminense*, que referencia atendimento de média e alta complexidade para Campos dos Goytacazes, as barreiras geográficas de acesso se configuraram por dificuldades de acesso aos serviços referenciados, agravados por precariedade na comunicação entre secretarias municipais de saúde, o que sinaliza para limites no processo de regionalização da saúde. Portanto, barreiras geográficas se associaram às barreiras organizacionais.

Eu tentei fazer pelo SUS lá em S. Francisco e não consegui, porque não faz, eles não marcam. Não faz vários tipos de exames que aqui (Campos) faz. [...] Depois da biopsia, ela (médica) me encaminhou aqui pra Campos. [...] Ai fui na secretaria de saúde de São Francisco, fiz o procedimento lá e fiquei aguardando. Quando conseguiram marcar para mim uma consulta, eu já tinha até operado. [...] Na secretaria de saúde (Campos) me falaram: Você teve uma consulta e você não foi. E eu nem sabia que eu tinha essa consulta pelo SUS. [...] Operei particular. [...] A videohisteroscopia foi na Beneficência, particular. [...] Fiz particular, porque eles dizem que não marcam esse exame pelo SUS. Meu cadastro esta como São Francisco, ai lá eles não marcam. (Usuária 06)

A *usuária que residia em município da região serrana* lidou com ausência de tratamento oncológico pelo SUS no município de origem, com recusa de sua biopsia pelo INCA, para onde foi referenciada e com dúvida sobre a veracidade de biopsia, o que a motivou a mudar sua residência para Campos dos Goytacazes. O tratamento neste município contou com auxílio de relações pessoais, sendo necessária nova regulação de vagas, trazendo

outros transtornos à usuária. Assim, a usuária vivenciou inúmeros limites relacionados ao acesso aos serviços de saúde, tendo a distância entre moradia e unidades de saúde como principal motivador.

Fui encaminhada pro INCA no Rio, mas ai chegando no INCA eles falaram comigo que aquilo não era biopsia, que eu tinha que voltar pra minha cidade [...]. Voltei pra cidade, mas meu médico tinha saído de férias. [...] Ai, eu paguei um outro oncologista que era do INCA e que tinha ido pra Nova Friburgo. [...] Ele disse: realmente é câncer. Ai minha cunhada falou comigo que em Campos tinha um hospital que tratava, porque lá em Friburgo tem hospital mas é particular ... UNIMED. [...] Ai eu disse: eu vou voltar a morar ai [...] porque é dentro da cidade, não vou ficar cansada de ter que sair de uma cidade pra outra [...]. Mas, por onde começar? [...]. Eu comecei a procurar os médicos particular ... simplesmente eu queria uma biopsia, porque lá no INCA tinha dito que não era biopsia. [...] Ai foi quando eu conheci esse vereador [...]. Ele me encaminhou para dona X. [...] Fiquei internada no Dr Beda [...] fiz uma nova biópsia. [...] Ai me ligaram de Nova Friburgo [...] Ai eu disse pra cancelar . Mas, eu tinha que voltar em Nova Friburgo, cancelar tudo lá no hospital, pra começar a dar entrada aqui, porque senão aqui não ia entrar no sistema, porque já constava lá que era pro INCA. [...]. Agora moro em Grussaí (município de São João da Barra, vizinho à Campos). Por isso que, `as vezes, não dá pra eu vir em consulta médica. Porque tem uma consulta médica e eu não tenho o dinheiro pra pagar a passagem. (Usuária 05)

5.3.1.7 Itinerários Terapêuticos: características, serviços de saúde utilizados e barreiras de acesso.

Os itinerários terapêuticos das entrevistadas possuíram distinções. A primeira, diz respeito às barreiras geográficas de acesso, vivenciadas somente por usuárias cujas residências são originalmente em outros municípios, pois embora Campos dos Goytacazes possua ampla extensão territorial, as residências das entrevistadas residentes neste município estavam localizadas em distância máxima de 30 km das unidades de saúde utilizadas. Os municípios de origem das demais usuárias – São Francisco do Itabapoana, Nova Friburgo e Cabo Frio – estão localizados à distância corresponde a 40, 218 e 204 quilômetros, respectivamente, de Campos dos Goytacazes.

A segunda distinção refere-se às características do sistema de saúde – atenção básica, da média e de alta complexidade – dos municípios de origem das usuárias. Em *Cabo Frio*, houve acesso ao Papanicolaou – com exceção de uma das usuárias – à biopsia e ao início de tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, foram apontados limites como dificuldades para marcação de consulta, demoras para realização de exames, defeito em equipamento, ausência de transporte para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), havendo a necessidade de pagamento particular por alguns serviços e configurando a presença de barreiras organizacionais de acesso. Entretanto, houve continuidade da assistência à saúde no SUS, pois os atendimentos particulares foram em pequeno número. Os médicos se mostraram

comprometidos, assumindo, orientando e direcionando o processo de tratamento. A secretaria municipal de saúde, por sua vez, geriu o processo de acesso à vaga para tratamento em Campos.

Meu gerente [...] falou: Oh! Vou ti dar um dinheiro e tu vai lá e faz um exame ginecológico [...]. Se eu fosse esperar pelo SUS lá (Cabo Frio)! [...]. Eu não frequentava o SUS ...demora muito, né? [...]. Particular eu só fiz mesmo a ... a ultravaginal e a consulta com a medica. [...]. A biopsia eu fiz lá (Cabo Frio) pelo SUS. A própria médica que eu paguei particular, ela já me deu um papel mandando direto na secretaria de saúde de lá [...] . Foi feito rápido [...]. O resultado foi com um mês. [...]. Fui na minha médica (na clinica Onkosol/SUS) [...] eu falei: Encaminha para Campos e ela me encaminhou. [...]. Comecei ainda indo lá (Clinica Onkosol) [...]. Não cheguei a operar não. Eu só fiz quimio, radio e braqui. [...]Fui na secretaria de saúde de lá (Cabo Frio), com o encaminhamento. [...] Vim pra cá (Campos). (Usuária 01)

Fiz três biopsia ... fiz duas e tinha doze anos que eu tinha feito a terceira [...] não peguei o resultado. [...] Quando eu comecei este tratamento [...] já tinha 10/11 anos que eu tinha feito o Papanicolau e a biopsia [...]. Fui no médico do posto de saúde (UPA), desse posto me mandaram para o Oswaldo Cruz, ai fez a segunda biopsia. [...] . A medica de lá que me encaminhou pra cá (OnkoSol). [...] Até eu chegar aqui no OnkoSol, levou quatro meses. Aqui tinha vaga. Mas, acontece que o Oswaldo Cruz não me liberava. Tinha que fazer exames ... fiz todos pelo SUS, mas, o exame ginecológico eu fiz particular no Santa Izabel (hospital), porque a maquina quebrou lá no Oswaldo Cruz. Sempre quebra! [...]. Ai comecei o tratamento aqui (Onkosol) [...] quimioterapia'. Fiz duas ... enfartei na segunda. [...] Ai eu fiz 33 sessões de radioterapia. Depois, fiz mais 05 sessões de braqui. (Usuária 04)

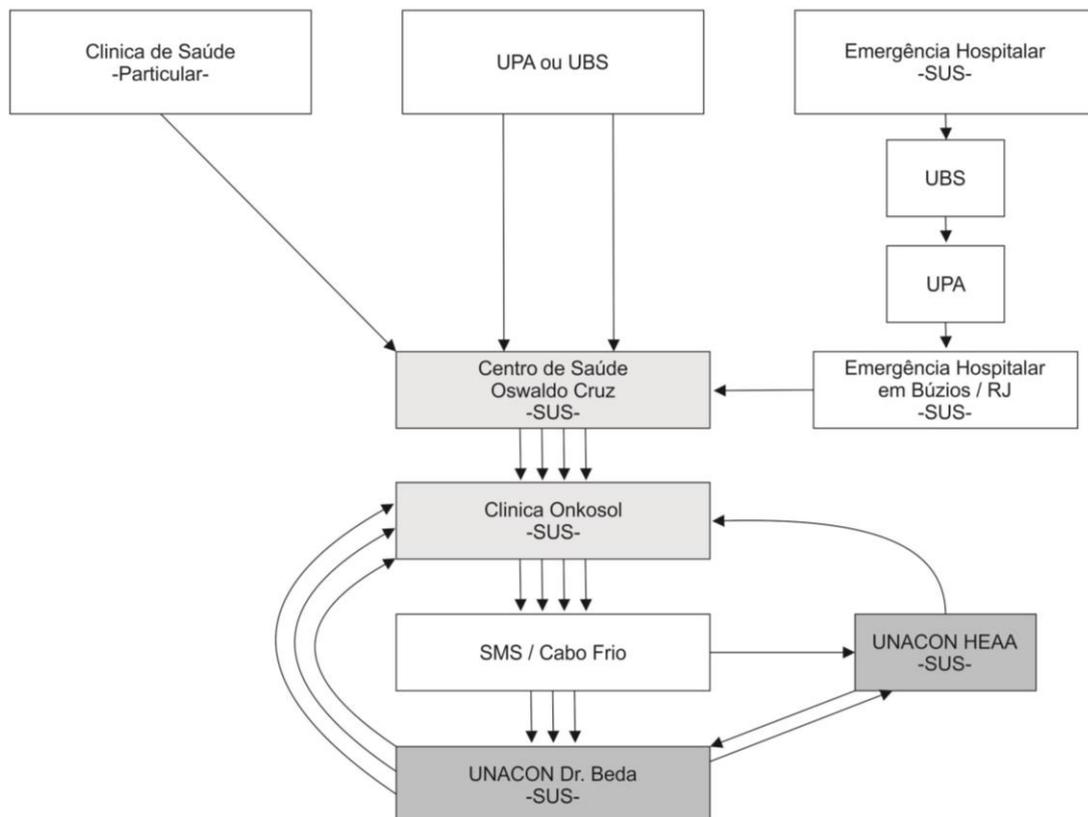
No postozinho, que eu fiz o preventivo. Marquei logo ... de uma semana pra outra. Lá eles colheram, fez a biopsiazinha. [...] Posto do SUS, aqui em Cabo Frio. [...]. Quando chegou o resultado [...] a doutora falou: [...] Infelizmente a senhora tá com câncer. [...] Eu sai dali e continuei trabalhando. [...] Ai foi embora o 2015. [...] não chegou bem um ano ... eu não aguentei mais aquelas dores [...]. Ai minha filha pegou e ... marcando e tudo ... pra ir pro OnkoSol e saiu logo o meu tratamento ... assim ... da quimioterapia, né? , que eu fiz aqui (na OnkoSol). Fiz a quimioterapia e logo assim que eu tava na sétima sessão da quimioterapia, saiu minha vaga pra Campos. [...] Foi um mês de radioterapia e fiz mais um mês de braquiterapia. [...] Teve um pouco de dificuldade porque aqui (Cabo Frio) o prefeito tinha tirado as Kombi que fazia essa remoção pra lá dos pacientes. Não existia mais. [...] Não tinha condição ... ir de ônibus ... ir e vir todo dia ... não tinha condições. Ficava muito caro. (Usuária 02)

A primeira vez que eu tive sintoma [...] fui na emergência e eu tomei um remédio [...] Depois, em 2015, ai veio de novo. [...] Procurei o médico [...] no Jardim. [...] no posto de saúde. [...] Esperei mais ou menos uns 15 dias para ir a doutô X. [...] Ai ele marcou um exame de tomografia. [...] Fui em São Cristovão e fiz. Não deu nada. São Cristovão é uma unidade de saúde que tem tudo, do SUS. [...] Pedi a meu filho me levasse na emergência de Búzios. [...] A doutora disse: [...] vou marcar uma consulta para a senhora no Oswaldo Cruz (em Cabo Frio). [...] Lá a medica [...] disse: É câncer, sim. [...] Daí ela já colheu a biopsia [...] pediu outra tomografia ... já pediu outro tudo. [...] Ai ela disse: Eu tirei dois fragmentos, eu vou levar um pro SUS ... só que lá para a Cruz Vermelha demora muito ... e um particular. A senhora faz esse particular, porque eu tenho pressa. [...] Ai, paguei a biopsia, também lá em São Cristovão. Com um mês, saiu o resultado. Só que o do SUS saiu primeiro. [...] Levei também as tomografias todas. [...] Ai ela me encaminhou pra cá (Clinica Onkosol/Cabo Frio). [...] Levei pro TFD, ai ela já me encaminhou pra cá. Aqui a doutora Y deu início de tratamento de quimioterapia. [...] Eu fui lá pra Campos ... fiz 45 sessões ... parece... de radio. Fiz 07 sessões de Braqui. [...] A tomografia foi

pelo SUS. [...] A única coisa que eu não consegui pelo SUS ... essa briga ai de dinheiro da prefeitura, que tá em todo lugar, né? ... foi a colonoscopia. [...] Fiz particular ... estou pagando ainda. (Usuária 03)

Essas usuárias obtiveram conclusão diagnóstica, em Cabo Frio, via biopsia, realizada no Centro de Saúde Oswaldo Cruz, sendo encaminhadas para início de tratamento oncológico na Clínica Onkosol. Todas realizaram apenas tratamento, segundo indicações médicas, com quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, não havendo cirurgias. Foram encaminhadas à UNACON em Campos dos Goytacazes, sendo atendidas no UNACON do HEAA (uma usuária) e no UNACON do H. Dr. Beda (quatro usuárias). Após o tratamento oncológico todas as usuárias foram contrarreferenciadas à Clínica Onkosol, onde estavam em acompanhamento.

Diagrama 1 – Itinerários terapêuticos de usuárias de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residentes em Cabo Frio/RJ.



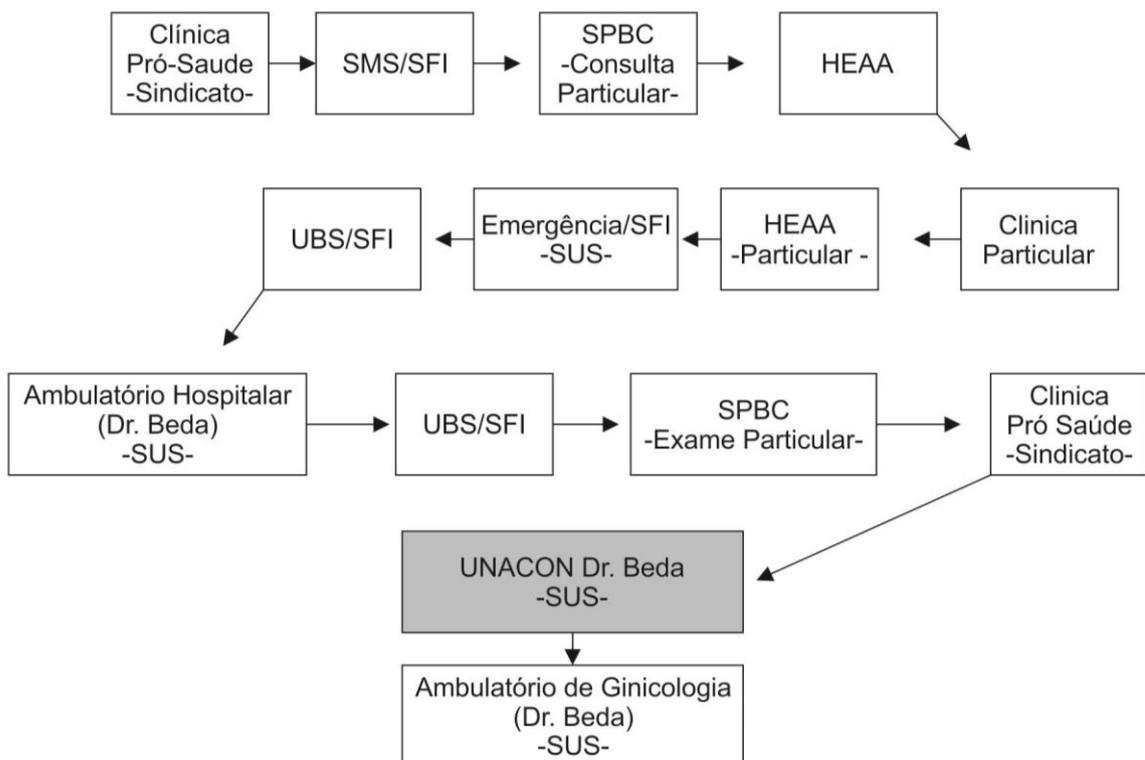
Em *São Francisco do Itabapoana* as dificuldades foram maiores, pois diante da necessidade de referenciar o tratamento para Campos dos Goytacazes, a secretaria de saúde não geriu o acesso à vaga/SUS em Campos dos Goytacazes – referência de média e alta complexidade para a região norte fluminense – ficando a usuária sem tratamento pelo SUS, tendo o realizado através de pagamento de próprio bolso. Fator agravante neste contexto diz respeito ao fato de no momento da passagem da usuária aos cuidados da rede de serviços de saúde de Campos, em 2015, este município atravessava uma crise no financiamento das ações

de saúde, com ausência de repasse de recursos aos hospitais, que por sua vez, suspenderam o atendimento, dificultando assim o atendimento de novos casos. A regionalização da saúde, neste caso, não se efetivou.

Eu fiz o preventivo [...] a médica viu que tinha dado uma alteração, uma lesão escamosa epitelial de baixo grau. [...] no Pró-Saúde São Francisco, em São Francisco do Itabapoana [...]. O Pró-Saúde é particular [...] a gente vai lá e marca no começo do mês, uma consulta e o sindicato paga.[...]. A médica passou uma série de remédios [...] pediu a colposcopia com biópsia [...]. Como eu não consegui fazer pelo SUS - porque não fazia - eu fiz na Beneficência, particular. [...]. Lá em S. Francisco não faz vários tipos de exames que aqui faz. [...] Depois dessa biópsia [...] ela me encaminhou aqui pra Campos.. [...] Tentei pela Beneficência, mas, [...] eles estavam há seis meses sem receber ... assim me disseram, né? ... Que estava um caos na saúde, que o medico não ia pegar o meu caso. [...] Eu fiz a conização particular, no HEAA. [...] Cheguei a ir lá em São Francisco, fiz o procedimento (burocrático). [...] Quando conseguiram marcar pra mim, eu já tinha até operado. [...] Fiz a cirurgia e [...] a biópsia da conização. [...] Fiz duas biópsias, uma na Beneficência e outra depois que fiz a cirurgia (conização). Foi onde deu as áreas livres e não precisou fazer a quimio. [...] Em 19 de abril agora (2017) eu tive uma dor ai fui parar na emergência [...] o médico disse: Olha, tudo indica que seja ginecológica esta dor sua. Ai ele me encaminhou para um ginecologista [...] no Beda. [...]. Só que devido eu ter entrado em 2015 lá na secretaria de São Francisco, atrapalhou a minha vida toda. Eu sei que eu levei uns 40 dias nessa espera, sem conseguir marcar consulta com o Doutor, sentindo dor, sangrando e assim ... um desespero, né? [...] Se eu tiver relação, sangra, sinto dor. (Usuária 06).

Seu itinerário terapêutico é graficamente apresentado no diagrama 2.

Diagrama 2 – Itinerários terapêuticos de usuária de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente em São Francisco do Itabapoana/RJ

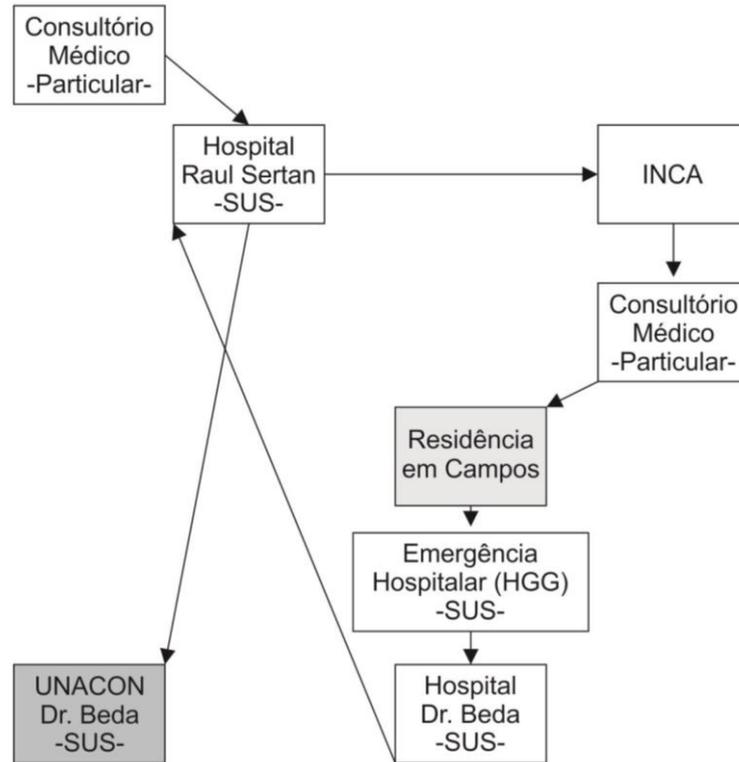


Em *Nova Friburgo*, município da Região de Saúde Serrana/RJ, a precariedade da atenção à saúde encontrava-se ainda maior. A usuária que residia neste município, que não costumava realizar exame Papanicolaou fora das gravidezes, não realizou este exame em seu último pré-natal devido à falta de iniciativa do médico responsável em aproveitar a oportunidade do pré-natal para rastrear o CCU. A usuária foi diagnosticada com CCU meses após o nascimento de seu filho, a partir de atendimentos de saúde particulares. Este município não possuía atendimento oncológico pelo SUS, referenciando para o INCA, no Rio de Janeiro, que não acolheu adequadamente a usuária. Seu atendimento foi realizado em Campos dos Goytacazes, pelo SUS, via interferência de vereador e de pessoa a ele vinculada, com o agravante das burocracias relacionadas à nova regulação de vagas para tratamento oncológico.

Começou o sangramento. [...] e dor muito forte, eu resolvi procurar um médico ginecologista [...] em Nova Friburgo. [...] ele resolveu fazer não só o exame ginecológico, ele resolveu fazer a biopsia tudo junto. [...] Ele falou: eu vou encaminhar a senhora pro Raul Sertan (hospital) para fazer o processo todo, pra senhora fazer uma ressonância pra ver o estado que tá. É no hospital Raul Sertan que a gente age a papelada para ver para qual hospital é encaminhado. Em Friburgo não tem hospital do câncer ... só tem o INCA. [...] Marquei a ressonância, fiz em Nova Friburgo. [...]. chegando no INCA no Rio eles falaram comigo que aquilo não era biopsia [...]. Voltei pra cidade, mas meu médico tinha saído de férias. [...] Ai, eu paguei um outro oncologista [...] Ele disse: realmente é câncer. Ai minha cunhada falou comigo que em Campos tinha um hospital que tratava, porque lá em Friburgo tem hospital mas é particular ... UNIMED. [...] Ai eu disse: eu vou voltar a morar ai [...]. Por onde começar? [...] Fui na Beneficência [...]. Paguei consulta particular. Mas, o doutor oncologista, falou comigo: [...]. A senhora tem que procurar o SUS, porque se a senhora der entrada aqui, [...] vai ser particular. [...]. Na época da política, eu conversando com um candidato à vereador, ele me encaminhou a uma pessoa que era conhecida dele, que podia me ajudar.. [...] Ai ela me ligou: Dona Rosa, isso que esta em sua mão é uma biopsia, não vai precisar fazer outra. Agora é arrumar uma vaga pra você começar o tratamento. Nesse período [...] fui internada duas vezes no HGG. Na segunda vez dona X (conhecida do vereador) estava lá [...]. No outro dia, dona X tinha arrumado tudo pra mim vir ser internada no Dr Beda. Ai fiquei internada no Dr Beda [...] fiz uma nova biópsia e fiz uma ressonância. Ai me ligaram de Nova Friburgo [...] tive que voltar em Nova Friburgo, cancelar tudo lá no hospital, pra começar a dar entrada aqui, porque senão aqui não ia entrar no sistema, porque já constava lá que era pro INCA. [...]. Quando eu vim do HGG [...] a doutora X veio, na mesma hora, me atendeu. [...] Eu fui internada aqui (Dr. Beda) três vezes. [...] Fiz a tomografia e marquei a radio no Dr Beda I. Só que parei. Me deu efeito colateral [...] Mas, como eles são muito gentil, ligaram lá pra casa. [...]. Ai eu não senti mais efeito nenhum [...]. Não fiz quimioterapia ... não tirei o útero. Eu fiz 29 sessão de radio e 04 de braquiterapia. (Usuária 05)

Seu itinerário terapêutico é apresentado no diagrama 3:

Diagrama 3 – Itinerários terapêuticos de usuária de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente em Nova Friburgo/RJ.



Entre as *usuárias residentes em Campos dos Goytacazes*, uma parte utilizava serviços ginecológicos em Unidades Básicas de Saúde e outra parte os utilizava em ambulatórios de ginecologia de hospitais ou do Serviço Social da Indústria (SESI). Também, uma parte tinha obtido resultado de exame Papanicolaou ‘alterado’ antes de obter o diagnóstico de câncer de colo do útero (CCU) e outra parte, mesmo fazendo este exame anualmente, relataram ter obtido resultados, anteriores ao diagnóstico de CCU, normais. Nestes últimos casos, há a possibilidade de equívocos das usuárias quanto aos intervalos entre exames e de falha laboratorial ou profissional, pois segundo o INCA (2010), o CCU é uma enfermidade de desenvolvimento lento, passando em geral por lesões precursoras. A literatura também apresenta a presença de falhas laboratoriais. (RANGESL; LIMA; VARGAS, 2015).

Inicialmente *serão apresentados os itinerários terapêuticos das cinco usuárias que utilizavam serviços ambulatoriais de hospitais ou do SESI*. Destas, três usuárias tiveram lesão uterina anteriormente ao diagnóstico de CCU, sendo mioma em um dos casos. Foram atendidas em ambulatórios - via SUS ou pagamento ‘social’ – e no Serviço Social da Indústria (SESI), via pagamento particular. Reconhecem barreiras organizacionais de acesso aos serviços de saúde do SUS. Seus itinerários serão apresentados na sequência.

A *usuária 15* costumava não utilizar o SUS em virtude de considerar que pelo SUS, o agendamento é difícil, tendo que acordar muito cedo e levando muito tempo na fila. Pagava

por atendimento ginecológico na Santa Casa de Misericórdia de Campos e relata morosidade para início de tratamento oncológico pelo SUS; o que foi confirmado por seu prontuário, que registra emissão de resultado de biopsia em janeiro de 2016 e início de tratamento em junho de 2016 e é corroborado por revisão de literatura. (LOPES, RIBEIRO, 2018 PRELO). A usuária também, mencionada grande incômodo com sequelas do tratamento.

Em 2012... deu uma ferida no lado de fora do útero, no mesmo lado ...direito. Ela foi tratada, foi cauterizada ... com tudo normal. [...]. Na Santa Casa, pago pelo social. [...]. Em 2013 fiz preventivo, deu normal [...]. Em 2014 fiz outro preventivo, nada. Tudo na Santa Casa, porque a minha ginecologista era de lá. Sempre fui na Santa Casa porque quando eu trabalhava, não tinha tempo pra dormir em fila pra pegar ficha. [...]. Então, ai [...] aquele sangramento. [...]. Fui trabalhar [...]. Passaram dois meses [...] houve novamente o sangramento. Ai parti para a ginecologista, pelo social. [...]. Deu carcinoma de células ... eu quis uma segunda opinião. Então fui para a Beneficência, consultar lá e deu a mesma coisa.[...]. Fiz colposcopia e biopsia tudo na Beneficência, pelo social.. [...]. Paguei porque pelo SUS demora muito. Muito mais que um mês. Então, por ser célula invasiva, eu falei: Eu tenho que correr. Então, quando eu peguei todos os papéis, eu vim aqui (CRTM). Eu não sabia que na Beneficência fazia pelo SUS. [...]. Eu já estava com a biopsia, eu já cheguei com tudo, eu vim com os papéis todinhos. Ai doutor X me encaminhou pro Oncobeda. [...]. Se não houvesse tanta demora para autorização do Núcleo para fazer o tratamento.[...]. Muita demora! Aparelho com defeito... então, demorou um bocadinho. Praticamente eu fui fazer a radioterapia, a quimioterapia em junho. [...]. O que maltratou muito foi a braquiterapia e a radioterapia. A radioterapia queimou minha vagina toda. [...].Essa braqui que fechou minha vagina. (Usuária 15)

A *usuária 11* também possuía alteração no útero – em seu caso, um mioma, em acompanhamento – quando foi diagnosticada com CCU. Frequentava o Serviço Social da Indústria (SESI) em Campos dos Goytacazes, via pagamento particular, realizando anualmente o exame Papanicolaou e posteriormente, em vistas do acompanhamento, de seis em seis meses. Em ocasião de procura por atendimento na UBS, não se sentiu acolhida pelo médico, não mais retornando a este tipo de unidade de saúde. Para diagnóstico e início de tratamento realizou pagamento particular de consultas, exames e cirurgia. O tratamento de quimioterapia e radioterapia foi realizado pelo SUS, o que corrobora com a literatura a qual aponta que a maioria dos tratamentos oncológicos é realizada pelo SUS. (OZAWA, MARCOPITO, 2011).

Há 04 anos eu tratava como mioma. Na minha ginecologista lá no SESI, em Guarús. [...].Lá é particular. [...] Eu ia ginecologista normal, todo ano. Ai teve uma vez que eu tive muito sangramento. [...]. Ai fiz a transvaginal com doutor Z, na clínica B. [...].Tudo particular. [...] Ele falou assim: É o começo de um miominha.[...].Ai levei para minha ginecologista (SESI). Ela falou: [...] Você vai fazer acompanhamento de 06 em 06 meses comigo e sempre vai fazer preventivo. [...]. Ai foi passando ... [...] Por fim ela falou: Por que você não faz uma videohisteroscopia? [...] É um exame que vai raspar este suposto mioma do seu útero e vai pra biopsia.[...]. Tem pelo SUS. Ai eu fui, chegou lá não tava marcando ... Ah vai marcar pra mês que vem ... aquele enrolo do SUS, né? [...] Foi passando [...] Chegou 2016. Ai a ginecologista falou: Vai fazer! [...] Fui. [...]. Tudo particular. [...] Fiz acho em abril ... e chegou em final de maio ... começo de maio, sei lá ... o resultado da biopsia. [...] Ai ele (médico): Veio sugerindo imuno-

histoquímica. [...]. Ele: Repete a biopsia [...]. Em final de junho que chegou a biopsia. [...].Tudo particular. Nada eu consegui pelo SUS. [...] Ele disse: Realmente é o que eu imaginava [...]. Nisso, a gente foi vendo outros médicos. [...]. Fui em doutor X na Beneficência. A patroa de minha mãe que conseguiu. Ai eu fui, ele viu tudinho, pediu tomografia, pediu ressonância. [...] Foi pelo SUS. [...]. Também tomografia de tórax, de pelve, de abdômen ... tudo particular. [...] Tirei útero, ovário e trompa, na Beneficência (SPBC) [...] particular. [...] Marquei outra consulta pelo particular para doutor Y, porque pelo SUS não tinha. Estava muito longe (o dia a ser agendado). [...]. Depois da cirurgia falou: Leva para biopsia (o material da cirurgia). [...]. Foi paga também. [...]. Ai chegou o resultado da biopsia ... demorou acho que uns dois/três meses acho pra chegar. Foi muito demorado. [...]. Vim para o Álvaro Alvim [...] marcaram tomografia de tórax, ressonância de pelve ... tudo pelo SUS ... para começar a quimioterapia. [...] Fiz 04 aplicações de quimioterapia, 25 de radioterapia e 04 de braquiterapia. (Usuária 11)

A usuária 09 utilizava consultas ginecológicas pelo SUS, na Santa Casa de Misericórdia de Campos (SCMC) e posteriormente no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), onde realizava tratamento de lesão uterina, O diagnóstico de CCU foi apresentado à usuária em última consulta realizada no HEAA, quando foi encaminhada para cirurgia com médico da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC). Naquele momento, este médico não estava realizando atendimento pelo SUS, o promoveu o pagamento particular de consulta e exames em clínica particular, na qual o médico indicado prestava atendimento. A cirurgia e biopsia da cirurgia foram realizadas pelo SUS na SPBC, mas exame de ressonância necessário ao início de radioterapia foi realizado via pagamento particular. O tratamento oncológico – quimioterapia e radioterapia - foi realizado pelo SUS. A usuária relata grande morosidade no atendimento pelo SUS e suspensão de alguns serviços de saúde no município, no momento que sua cirurgia foi indicada, por falta de pagamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Nunca fui em postinho de saúde pra fazer preventivo. O primeiro preventivo eu fiz na Santa Casa [...] não tinha nada. Ai passou uns tempo ai eu vim e fiz com doutora X aqui (HEAA). [...]. Ai deu problema e ela me encaminhou para doutora Y. Com doutora Y eu tô desde 2008. [...]. Assim ... de 6 em 6 meses eu fazia preventivo. Eu fiquei de 2008 até 2016 fazendo ... foi esse que deu problema. [...]. Eu fiz uma queimação ... [...] Com doutora Y eu fiquei fazendo de ano a ano [...]. Ela nunca falou nada comigo. [...]. Ai ela parou de me atender e eu comecei a fazer tratamento com doutora Z. Ai que deu. [...]. Até demorou muito pro preventivo chegar mais de dois meses. Ela escreveu até uma carta, pedindo pra apressar. Foi doutora Z que me encaminhou para operar. [...]. Fiz biopsia e cirurgia que tirou o útero na Beneficência (SPBC). [...]. Doutora Z me encaminhou para doutor W lá na Benê. (SPBC). [...] O médico que ela me encaminhou [...] só tava dando consulta na Benê. [...]. Doutor W tava até de férias. Era época de verão, não tavam pagando. [...]. Ai, eu até paguei. Comecei com doutor W lá na clínica que ele dá consulta. Antes de operar eu fiz os exames. [...]. Tive que pagar os exames todos ... pra poder correr, né? Porque se eu esperasse pelo SUS, minha filha! Não ligaram pra mim até hoje pra poder bater essaressonância do abdômen e da pelve. Eu tive que pagar tudo. [...]. Eu fiz duas ressonância. [...]. Todas duas [...] eu paguei. [...] o médico pediu pra mim ir na secretaria de saúde dar entrada, pra poder abrir o processo. Ia demorar muito e ele estava com pressa. Porque eu tinha que fazer a radioterapia.[...] Eu tive que pagar. Ai fiz a radio e a braqui lá no Beda. (Usuária 09)

Outras duas usuárias utilizaram serviços ambulatoriais em hospitais, mas relataram desconhecer alterações em ‘exames preventivos’ anteriores. A *usuária 07* afirma ter realizado estes exames regularmente, com intervalos não superiores a dois anos, com resultados normais, tendo realizado diagnóstico e tratamento totalmente pelo SUS. No entanto, barreiras organizacionais de acesso limitaram à realização de ressonância magnética com rapidez, tendo a família se cotizado e pago particular.

Não deu alterado em preventivo nenhum. [...] Eu fui tomar banho e havia um caroço na vagina [...] esfreguei, aí sangrou tudo [...]. Então minha irmã tinha tirado uma foto e levou pra uma doutora lá no Álvaro Alvim ver. Essa doutora quando viu, falou: Manda ela vir agora! [...]. Aí examinou no Álvaro Alvim e [...] me deu uma cartinha e eu internei na ginecologia dos Plantadores de Cana (HPC). Lá foram retirados 04 nódulos ... [...] um foi pra biopsia [...]. A biopsia foi feita lá (HEAA). Quando deu maligno, minha irmã [...] conversou com o médico e ele disse: Eu vou cuidar de sua irmã. Ai eu vim pra cá (SPBC) ... ele ajeitou uma consulta para mim, me examinou e pediu uma ressonância. A ressonância [...] a família juntô e pagô. [...] Ele falou que ia operar [...] mas só que não foi possível porque estava muito grande. [...] Quatro tumores foram tirados (no HPC) e outros dois estavam no colo do útero [...] estava muito grande [...]. Ai é que me encaminhou para o oncologista. Meu oncologista foi Doutor X ... foi um anjo que caiu na minha vida. [...]. Ele falou: vai fazer quimioterapia [...] aqui, com Doutor W e radio no Beda”. [...] Fiz lá (H. Dr Beda) com Doutora B ... a radio. [...]. Ela disse: Você vai fazer, quimio, radio e braqui. [...]. Eu nunca fiz ‘preventivo’ em posto porque desde quando me casei o posto de Custodópolis não funcionava pra essas coisas. [...] O preventivo sempre fiz por aqui, sempre no Álvaro Alvim. [...] conseguia logo as consultas porque uma vez que você vira paciente daquele medico, ele mesmo bota na agenda [...] os resultados não demoravam muito não. (Usuária 07)

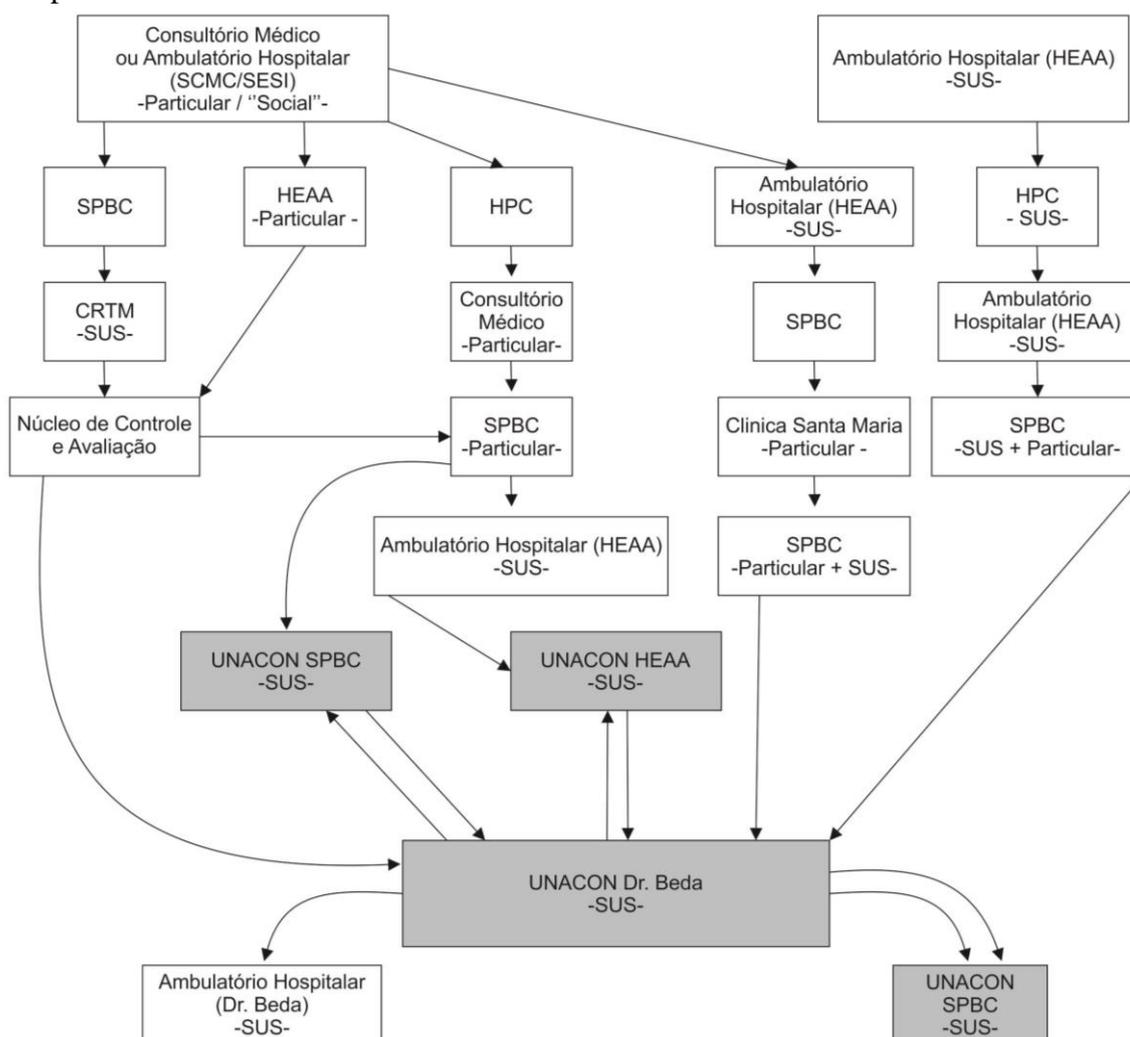
A *usuária 08*, ao contrário, realizou o último exame Papanicolaou, anterior ao diagnóstico de CCU, fazia mais de dois anos; e, fez pagamento particular às primeiras consultas, com coleta de preventivo e biopsia. Isso corrobora com a literatura que sinaliza para a presença de limites para realização de diagnóstico. (PARADA et. al., 2008; SILVA et.al., 2016; RANGEL, LIMA, VARGAS, et.al, 2015; CARVALHO, DOMINGOS, LEITE, 2015). No entanto, os exames de planejamento do tratamento, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM), foram realizados durante internação pelo SUS.

Lá no meu serviço a menina disse: Vai a Doutor Y [...] na Beneficência, porque lá você paga e atende na hora, faz no dia. Então, eu com aquela pressa, vim aqui (SPBC). [...]. Colheu só o preventivo. [...]. O resultado saiu antes de mês. [...]. O médico disse: Vai fazer uma biopsia no Álvaro Alvim [...] eu acho que não fazia aqui (SPBC). Ai eu fui na consulta do Álvaro Alvim ... paguei também [...]. O resultado demorou mais de um mês. Demorou tanto que eu liguei pra lá ... fiquei estressada [...]. Levou meses ... uns dois meses, por aí. [...]. O resultado mostrei a Doutora X ... ela era minha cliente [...] faz unha comigo e cabelo com minha irmã [...]. Ela falou: Vou te encaminhar para um medico na Beneficência, vou mandar uma cartinha para ele. [...]. Cheguei aqui (SPBC) e a recepcionista do UNACON (SPBC) falou: Você espera o núcleo te chamar. Só que eu fui pra casa [...] eu fiquei preocupada. [...] Então, eu vim aqui (SPBC) e disse para recepcionista, vê se esse medico não pode me atender, porque o núcleo não liga pra mim... eu tô preocupada ... tô perdendo sangue! O Núcleo não me chamou até hoje.[...]. Ai pra fazer a

consulta com ele levou negócio de uma semana ... duas semanas. Quando fiz a consulta, o doutor falou: [...] na 5ª. feira você vem que eu vou ti internar, você vai fazer os exames e na outra 4ª. eu vou fazer sua cirurgia. [...]. Tirei o útero. [...] Tudo pelo SUS. Depois dessa cirurgia eu fiz quimio, radio e Braquiterapia. Fiz a quimio aqui (SPBC) e a radio e braqui, eu fiz no Dr. Beda. [...]. A tomografia, a ressonância ... fiz tudo aqui (SPBC) quando ele me internou [...]. Tudo pelo SUS. (Usuária 08)

O diagrama 4.3.1.4, apresenta os itinerários terapêuticos dessas usuárias - que utilizavam serviços ginecológicos em ambulatórios hospitalares ou no Serviço Social da Indústria (SESI). O pagamento particular de exames, em especial, foi marcante nestes itinerários. No entanto, duas usuárias, realizaram vários atendimentos via pagamento particular, não somente exames, o que reforça a presença de barreiras organizacionais de acesso.

Diagrama 4 – Itinerários terapêuticos de usuárias de UNACONS em Campos dos Goytacazes, residente neste município, cujos inícios ocorreram em ambulatórios hospitalares ou em consultório médico do SESI.



Entre as *usuárias residentes em Campos dos Goytacazes, quatro usuárias frequentaram unidades básicas de saúde (UBSs)* para fins de consulta ginecológica e realização de exames Papanicolaou, regularmente, com intervalos entre exames não superiores a dois anos. Entre estas, uma usuária realizou pagamento particular por consultas e exames, para fins de diagnóstico, e por cirurgia, como parte inicial do tratamento. O atendimento na UBS, não foi resolutivo e não gerou encaminhamento a outro nível de atenção mais complexo para investigação, o que sugere presença de falha do profissional envolvido. O acesso ao tratamento quimio/radioterápico seria possível apenas um mês após procura por este serviço, levando a usuária a utilizar de relações pessoais para facilitar este acesso. Para acesso ao exame de ressonância magnética pelo SUS, necessário ao planejamento de tratamento, a usuária também relata dificuldades.

Comecei a ter sangramento [...]. Ai eu fui ao postinho, [...] da Balieira.[...]. Nesse posto, me pediu vários exames. [...]. Mas, não consegui colher o preventivo. [...]. A enfermeira que colheu falou que estava saindo sangue do útero. [...]. Fiz Transvaginal, fiz ultrassom de abdômen, fiz exame de sangue pra saber as taxas de hormônio [...]. Meu marido pagou. Minha família me ajudou a pagar. O de sangue eu fiz pelo SUS. [...]Deu tudo normal. [...]. Ai nisso ... como continuei sangrando, fui em outro posto, o Jamil Ábido. Lá a doutora [...] só trocou o meu anticoncepcional [...]. Mas, eu continuei com o sangramento. Passei 2016 assim. Ai [...] em fevereiro (de 2017) ... saiu uns pedaços, uns coágulos. Ai minha filha ligou pra doutora dela, na Beneficência. [...]. Ai minha irmã foi e pagou. [...] Ela colheu o preventivo e pediu que fizesse uma transvaginal também. E se possível, que pagasse ali, porque ela conhecia a pessoa para poder pedir logo os exames todos e sair o resultado. [...] O resultado saiu na terça-feira [...] a medica falou: traz sua mãe pra gente fazer a colposcopia com biopsia. [...]. No dia 08 de março fez com anestesia. [...]. Os exames foi tudo minha família que pagou. [...] Ai dois dias depois saiu o resultado. [...] Confirmou o câncer. [...] Deu encaminhamento e onde a gente conseguisse mais rápido, a gente começaria o tratamento. [...] Minha irmã conhece uma doutora, amiga dela particular, da igreja e tudo ... [...] Ela conhecia doutor Z e pediu pra ele me vê no Alvaro Alvim [...] porque só ia ter ficha assim lá um mês depois. [...] Depois que doutor Z me viu, que começou o processo todo.[...]. Nosso medo era da demora, foi na época que fechou a Beneficência ... a justiça fechou a parte oncológica, então aquilo só ... e eu entrei em desespero também, né? Fui ver pelo SUS a ressonância. [...] na Beneficência parece que estava quebrado o aparelho. [...] Eu fiz na Ultra-Med, na Beneficência disseram que o aparelho tinha consertado um dia antes.[...]. Quando doutor Z me consultou no Álvaro Alvim, pelo SUS, eu não paguei mais nada. Todo o processo passou a ser feito pelo SUS. [...] Eu precisava de tratamento com quimio, com radio. Ai fui pra parte oncológica no Álvaro Alvim. (Usuária 13).

As três demais usuárias que frequentaram UBSs não pagaram por nenhum atendimento, tendo seu itinerário terapêutico perpassado inteiramente unidades de saúde SUS. Entre estas, uma usuária passou da UBS de Três Vendas – onde possuía facilidade de acesso a consultas - para o ambulatório de ginecologia do HEAA, por iniciativa própria, ou seja, sem encaminhamento médico. Vivenciou extravio de resultado de exames na UBS e dificuldade de acesso a exames, tendo os realizados via pagamento particular. Relata realização de exame

Papanicolaou em periodicidade adequada na UBS, tendo obtido resultados normais, nos resultados que recebeu; mas passando a ter sangramento e obtendo diagnóstico, posteriormente, de CCU. Portanto, em caso de não haver equívocos na periodicidade dos ‘preventivos’ realizados, este é mais um caso que sugere falhas laboratoriais e/ou profissionais. A usuária expressa insatisfação com falta de privacidade durante consulta no HEAA. Rangel, Lima e Vargas (2015), abordam as interrupções e a falta de qualidade do atendimento como aspectos que fragilizam a relação usuária-médico, e, por conseguinte, o vínculo a ser estabelecido.

A usuária é de muito baixa escolaridade, com dificuldade de expressão, não elaborando com fluidez uma linha de raciocínio sobre sua história, sendo necessárias retomadas de sua fala pela pesquisadora no sentido de promover a compreensão. Assim, sua fala é um pouco truncada.

Não estava sentindo nada. Fui fazer um preventivo normal (de rotina). Fazia todo ano quase. Lá no posto de Três Vendas. Dava sempre normal. No ano passado (2016), esse lá não deu problema, aqui no Álvaro Alvim (HEAA) que descobriram. [...]. Eu larguei pra lá o postinho. Eu não quis ir pra lá mais. Eu vim fazendo o meu preventivo aqui (HEAA), né? Como eu comecei ... em um ano e no outro ano, em 2017, que deu esse problema. [...]. Chegando aqui (HEAA) logo deu ... alterado. Eu tava com sangramento e foi até o médico que viu, já não foi a doutora. As meninas que fica lá, né? Tudo olhando e falando ... quando eu fui pegar o resultado que o médico falou ... logo abriu. [...]. Aqui no Álvaro Alvim eu logo consegui a ficha, não teve dificuldade. Até que eu consegui rápido. E também logo deu uns problema, ai eles começo a eu ir ali aqui, como eu fui ... como eu tô ... em tratamento, né? [...]. Não fiz cirurgia não. A biopsia fiz. [...] Ficou pronta ... acho que foi antes de mês. Foi rápido. [...]. Ai fiz quimio, radio e agora vou começar braqui lá (Oncobeda). [...]. Pra fazer o tratamento foi vapti vupti (rápido). [...]. A ressonância foi até minha filha que pagou, porque a gente não tem condições, sabe? [...] Ela ficou com medo de demorar muito. [...]. O ultrassom, ela que pagou também, foi social ... na Santa Casa (CSMC). Ela preocupada de demorar. Depois, foi o tratamento foi tudo pelo SUS. (Usuária 12)

As duas demais usuárias, foram encaminhadas de UBSs para o Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM) e na sequência para hospitais. Uma usuária diretamente ao setor de oncologia; e, outra usuária, inicialmente, para o ambulatório de patologias cervicais do HEAA e, posteriormente, para o setor de oncologia.

A primeira usuária realizava exames Papanicolaou na UBS do Parque Prazeres, com intervalos não superiores a dois anos, tendo ocorrido extravio do último resultado deste exame. Em coleta de exame ‘preventivo’ posterior, devido a sangramento, foi encaminhada ao CRTM, onde foi feita biopsia. O acesso ao CRTM demoraria, mas a partir de diálogo com funcionária do CRTM, foi encaminhada no mesmo dia para biopsia. O laudo desta biopsia emitido em mais de trinta dias, sendo apresentado a médica em menos de 20 dias. Foi encaminhada ao ambulatório de patologia cervical do HEAA e, posteriormente, ao setor de

oncologia do HEAA. O acesso rápido à consulta no HEAA foi facilitado por sua sobrinha que trabalha no mencionado hospital. Nesse sentido, Silva et.al. (2016) também registram o uso de relações pessoais para acesso à serviços de referência, gerando facilidade para acessos iniciais.

Eu fui no [...] posto do Parque Prazeres. Ai eu falava com a médica: A menstruação minha esta há seis meses sem vim e eu estou sentindo muita dor debaixo da barriga. Ela dizia: É normal, você esta entrando na menopausa [...]. Ai eu marquei um outro preventivo lá [...] quando foi colher o preventivo, deu aquele jato de sangue. Ai ela pediu [...] (que) viesse pra aqui (CRTM) ... ela me meu relatório [...] Ai eu vim aqui (CRTM), em novembro, fiquei aqui até ... eu falei com a guarda: Eu tô com muita dor, não tem como voltar aqui pra fevereiro pra você marcar a consulta pra mim. Faz o favor, dá um jeito pra mim consultar hoje. Ai doutora X fez a biopsia em mim ... agradeço muito à Deus. [...] Demorou um pouquinho foi a biopsia chegar, né? [...] Sempre fiz preventivo lá no postinho ... todo ano. Mas, em 2015 eu tinha feito, mas eu não achei o resultado [...]. Minha sobrinha marcou a consulta lá (no HEAA) pra mim. Ela trabalha lá e me deu uma ajuda. [...]. Ai eu fui consultada. [...]. Foi rápido. Menos de mês. [...]. Depois que doutora X me encaminhou do Centro da Mulher para o Álvaro Alvim, eu consultei com uns médicos lá primeiro, passei por doutora X e depois fui encaminhada para fazer a radio e quimio. Eu fiz foi 26 radio e 06 quimio. (Usuária 14).

A segunda usuária frequentava o CRTM, mas foi diagnosticada com CCU através de exame ‘preventivo’ realizado em UBS, devido a dificuldades de acesso a consultas no CRTM. Esta usuária afirma ter vivenciado negligências ou imperícias médicas, protelando o usufruto do devido tratamento, havendo também possibilidade de falha na comunicação sobre o quadro de saúde entre médica-usuária.

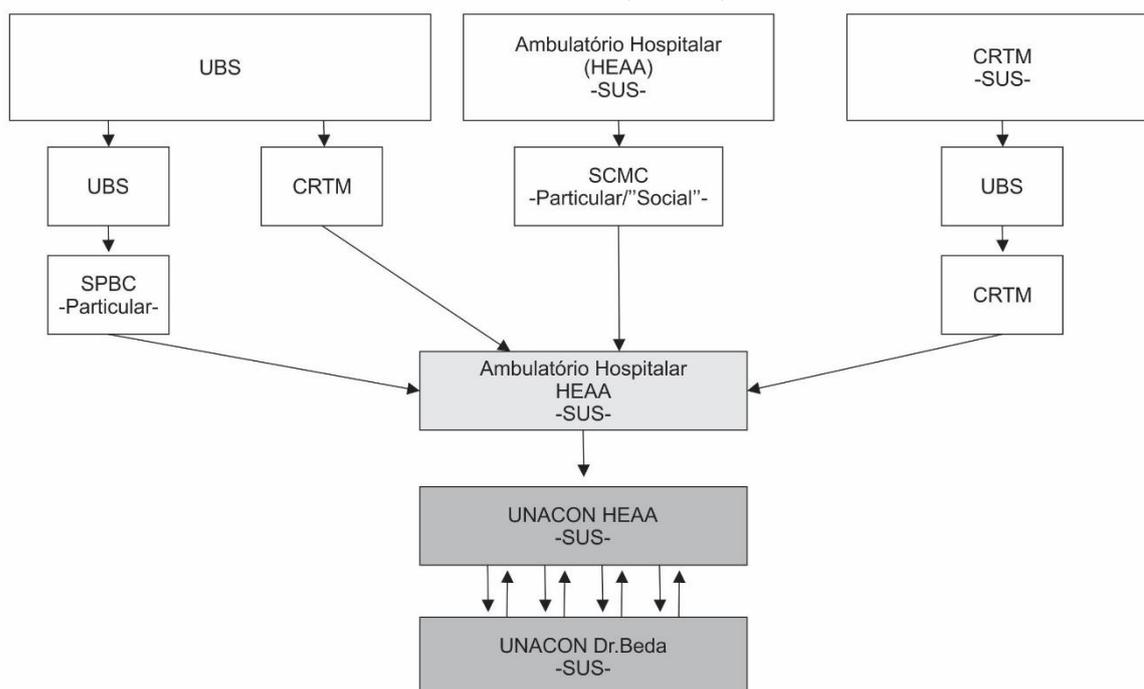
Da UBS foi encaminhada ao CRTM e deste para o HEAA, onde fez várias cauterizações e cirurgia de retirada do útero. A biopsia desta cirurgia acusou ‘margens não livres do câncer’. Finalmente, foi encaminhada do ambulatório de patologias cervicais do HEAA ao setor de oncologia do HEAA. Exames relacionados ao diagnóstico ou ao planejamento de tratamento foram realizados via pagamento particular. Também, a usuária relata que alguns exames podem demorar meses para serem realizados citando, como exemplo, a Tomografia Computadorizada. A usuária encontrava-se no momento da entrevista com possibilidade de metástase, mas o exame ainda seria mostrado ao medico.

Fazia preventivo toodo ano e nunca dava nada. Teve um ano que eu fiz ai deu um problema. [...]. Fiz no posto lá em Custodópolis ... eu fazia sempre na Saúde da Mulher (CRTM), mas como minha filha estava fazendo pré-natal lá (posto de saúde) [...] Ai ela marcou pra mim e eu fiz lá. [...]. No Centro da Mulher ia demorar pra ter vaga. De lá ...mandaram uma carta pra mim comparecer no Centro da Mulher. Ai eu fui [...]. Doutora X disse que eu tava com pré-câncer [...] Ela disse: O seu tá no comecinho, é fácil de cuidar. Ai danou. Eu ia quase de 03 em 03 meses pro centro cirúrgico pra fazer cauterização.[...]. Mandou eu ir pro Álvaro Alvim, fez biopsia, fez cauterização. [...]. No começo, ela mesma que fazia a cauterização ... ai quase que de 03 em 03 meses fazia [...] A té um dia que juntaram uma junta médica e mandaram o exame para o Rio [...]. Eles decidiram tirar o meu útero fora. [...] No

novo exame que eu fiz ... a doença já tava mais prolongada. Ela (médica) chamou doutor Y, [...] pra dar uma olhada na biopsia. [...]. Ele olhou e falou: [...] O caso aqui já esta quase chegando na bexiga dela, o que vai ter que fazer aqui é quimio e radioterapia. [...]Ai eu disse: O senhor me aceita como seu paciente? Ele falou: Agora mesmo. Só que eu não vou fazer nada. [...] Vou encaminhar a senhora para doutor Z (oncologista).[...] Já tinha feito a cirurgia já (retirada do útero). [...]. Quando chegou o resultado (da biopsia) veio com problema ... o problema estava além de onde eles tinha tirado. [...]. Ai comecei o tratamento de quimio e de radio. Fiz 49 radio e 11 de quimio.” [...]. O tratamento foi todo pelo SUS. Só os primeiros exame na época [...] eu paguei. [...] Pra mim ter o resultado mais rápido. (A usuária não lembrava quais exames). [...]. Aqui (HEAA) demorava (para consulta e exames), mas depois que eu entrei aqui ...que me deu a carteirinha da oncologia ... não demorava. [...]. Mesmo assim, tem exame que demora dois meses pra ser realizado porque é muita gente. [...]As vezes, uma tomografia ... [...] Agora eu fui fazer novos exames e a doutora falou: A senhora esta com uma coisa estranha aqui. Pôs um ponto de interrogação lá. (Usuária 10)

Seus itinerários terapêuticos são apresentados no diagrama 4.3.1.5:

Diagrama 5 – Itinerários terapêuticos de usuárias de UNACONs em Campos dos Goytacazes, residente neste município, cujos inícios ocorreram em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM).



Todas as usuárias, residentes e não residentes em Campos dos Goytacazes realizaram o tratamento oncológico, segundo as indicações médicas – quimioterapia, radioterapia e braquiterapia – pelo Sistema Único de Saúde. Isso corrobora com a literatura que registra que a grande maioria dos tratamentos oncológicos é realizada pelo SUS. (OZAWA; MARCOPITO, 2011).

Os itinerários terapêuticos de usuárias residentes em Campos dos Goytacazes, que iniciaram o processo de diagnóstico em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no Centro de

Referência e Tratamento da Mulher (CRTM), são apresentados no diagrama abaixo. Neles, a usuária 13 obteve a conclusão diagnóstica por pagamento particular e a usuária 10 pagou um dos exames. Foram em maioria atendimentos por unidades de saúde SUS, via pagamento SUS.

5.3.1.8 Satisfação com atendimento recebido: equipe profissional e equipamentos.

A satisfação dos usuários ou aceitabilidade com/do atendimento recebido referem-se ao “grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população” (VIACAVA et al., 2004, p. 721). A grande maioria das usuárias se declarou satisfeita com o atendimento, mesmo quando aspectos negativos como efeitos colaterais e sequelas do tratamento foram mencionados. Cordialidade, acolhimento, competência e comprometimento foram aspectos considerados na análise sobre as equipes profissionais dos três UNACONs do município de Campos dos Goytacazes, associados ao Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), ao Hospital Geral Dr. Beda (Hospital Dr. Beda) e à Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC).

A atuação dos profissionais do setor de oncologia – médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e recepcionistas – foi de grande aceitabilidade, gerando satisfação das usuárias. No entanto, a atuação de médicos ginecologistas foi criticada seja na atenção básica por ausência de comunicação clara acerca de lesões uterinas, possivelmente presentes e investigação precária do caso, seja em ambulatórios hospitalares por realização de cauterizações sucessivas sem perspectiva de cura ou seja no acompanhamento conjunto com oncologistas, durante o tratamento oncológico, por exames clínicos realizados com agressividade e falas desrespeitosas. Outros profissionais, como psicólogas e assistentes sociais, foram mencionados pelas usuárias como facilitadores e apoiadores do processo de tratamento.

A ausência de disponibilidade de equipamentos necessários ao tratamento e de atuação humanizada da equipe profissional foram considerados, quando presentes, como barreiras de acesso de tipo organizacional e como limite na qualidade da atenção oncológica, consecutivamente, se constituindo, muitas vezes, como demanda à gestão pública. Tais aspectos se apresentam inter-relacionados aos resultados do acesso, promovendo, portanto, a cura ou redução do tumor ou prevenção de metástase associados à ausência de adoecimentos psíquicos.

Em relação aos equipamentos, com exceção das manutenções nos aparelhos, somente duas usuárias mencionaram ocorrência de defeitos. Em ambos os casos, segundo as usuárias, a suspensão do uso do equipamento não ultrapassou três dias, sendo reagendado antecipadamente as sessões de tratamento, não trazendo, portanto, transtornos para as usuárias e/ou prejuízos com viagens desnecessárias. Para além do setor de oncologia, foram mencionados defeitos em aparelho de ressonância magnética, com prejuízo no processo de tratamento de apenas uma das usuárias, que teve seu início postergado.

As abordagens acerca da disponibilidade dos equipamentos necessários ao tratamento oncológico e da satisfação das usuárias com o atendimento realizado pelas equipes profissionais de oncologia e, em alguns casos, com a atuação de ginecologistas em seu processo de tratamento, serão apresentadas em conjunto nas falas de cada usuária.

As usuárias residentes em Cabo Frio expressam satisfação com o atendimento da oncologia em Campos dos Goytacazes, tendo uma usuária sido tratada nos UNACONS do HEAA e do Hospital Dr. Beda e as demais usuárias tratadas apenas no UNACON do Hospital Dr. Beda. Mas, há menção a dificuldades de retorno ao ambulatório de ginecologia em Campos e retorno para acompanhamento em Cabo Frio, inclusive de acesso a medicamentos para tratar, segundo usuária, de sequelas do tratamento.

As falas das usuárias, nesse sentido, corroboram a literatura, que aponta a presença de satisfação das usuárias com o atendimento do setor de oncologia onde relações de acolhimento e vínculo são estabelecidas. No entanto, tais relações são reconhecidas somente neste setor, sendo apresentadas barreiras de acesso a serviços para controle do câncer de colo de útero antes e depois do atendimento no setor oncológico. (SOARES et al., 2011; SILVA et al., 2016).

Aqui (Campos), graças `a Deus, não tive dificuldades. Em cabo Frio eu tive, aqui não. Aqui logo que eu vim, marcava, ligava de Cabo Frio, eles agendavam para mim. Em Cabo Frio para conseguir a consulta é uma burocracia danada. Aqui eles ligaram ... para eu fazer uma tomografia ainda hoje. Estava marcada ali. [...] Satisfeita com o Álvaro Alvim? Muita coisa! Lá mesmo em Cabo Frio eu digo: 'Oh! [...] Vai pra Campos, larga Cabo Frio porque você vai morrer, mas não vai ser tratada, vai para Campos. [...]. O hospital Dr. Beda (oncologia) é ótimo ... dez! Doutor X e doutor Y ...dez! [...]. Tudo foi ótimo! Cheguei aqui (HEAA) na recepção e todo mundo com sorriso assim oh! (fez gesto com as mãos sobre os lábios sorrindo). [...]. Equipamento quebrado? Não. Jamais! [...]. Mas, eu sei que tenho que vim aqui (no HEAA) pra mês que vem, fazer outro exame ginecológico ... preventivo. Só que eu não vou fazer nem pelo SUS porque demora muito. Então, minha filha, eu prefiro pagar, entende? É menos complicado. (Usuária 01)

Os médicos, enfermeiras... são excelentes. Muito bons! Muito prestativos. Os equipamentos, todos funcionaram ... nenhum quebrou. Inclusive a mulherada dizia que eu ia ficar toda queimada, mas eu não me queimei. [...]. Quando lá a máquina entrava em um processo ... manutenção, eles me ligavam: Olha, não vem tal dia.

Mas, isso foi três ou quatro vezes ... acho que nem chegou a quatro. [...]. Quando fui a vaga estava certinha. Doutor X já estava a minha espera. Ele é excelente médico! Em Campos o tratamento é totalmente desenvolvido. [...]. O posto de saúde em Cabo Frio ... toda vez que precisei eu consegui. Mas, quando eu vim de Campos ... [...] eu tinha que voltar ao médico em novembro e aqui em Cabo Frio tava uma bagunça, negócio de política. O Oswaldo Cruz foi fechado e onde tem ginecologista é no Oswaldo Cruz e daí do Oswaldo Cruz que eles mandam pro OnkoSol. [...] Ai volta daqui a um mês, ai fica marcado pra daqui a dois meses ... ai vai ... Até eu chegar aqui no OnkoSol, levou quatro meses. (Usuária 04)

Em relação ao atendimento... não tenho nada à reclamar. Nada, nada! Ao contrário, eles tratam a gente muito bem, tanto enfermeiro, como pessoal da portaria, como minha médica lá (Campos). São todos ótimos ... são muito pacientes com a gente. Os equipamento ... só teve um problema na máquina da radio, mas foi só um dia ... aliás, não foi nem um dia, foi horas. [...] Mas, o técnico logo chegou, consertou e eu ainda fiz, no mesmo dia. Não fiquei nem um dia sem fazer.. [...]. Aqui em Cabo Frio fui bem atendida também. Nada à dizer. (Usuária 02)

Não tenho nada à reclamar. Lá (Campos) é primeiro mundo! Muito bom! Fui bem tratada ... muita coisa! Os meninos lá são ótimos. Os equipamentos ... teve um que quebrou e foi pra fazer manutenção. Então teve um dia que nós não fomos. Mas, eles ligaram. [...] Foi coisa de um dia ou dois e eles sempre ligam. [...] Se faltasse mais de uma semana eles também me ligavam. [...]. Em Cabo Frio ... se eu quiser ir num postinho eu tenho que ir lá e marcar uma consulta. Igual aqui (OnkoSol) ... agora leva um mês para conseguir. [...]. Também, eu nunca ganhei remédio pelo SUS, eles nunca me deram. [...] Igual esse remédio aqui, eu comprei por noventa e poucos reais ... é para o intestino. Já fui pedir na secretaria e não tem. [...] daqui que eu consiga por um processo ... o médico disse que eu vou ficar toda vida com isso. Mas, tem que tratar porque senão vira câncer. (Usuária 03)

A usuária com residência anterior ao CCU em Nova Friburgo/RJ foi atendida somente na UNACON do Hospital Dr. Beda, mostrando-se satisfeita com o atendimento oncológico. A usuária com residência anterior em São Francisco do Itabapoana/RJ não realizou tratamento de quimioterapia ou radioterapia, sendo submetida somente à cirurgia (conização) com pagamento particular à ginecologista, estando insatisfeita com a mesma. Esta usuária foi atendida no Hospital Dr. Beda, pelo SUS, devido à manutenção após conização de sintomas como dor e sangramento, sendo consultada por oncologista e ginecologista. Por este atendimento se encontrava satisfeita.

Em relação aos atendimentos nos seus municípios de origem, as duas usuárias mostravam-se insatisfeitas, tendo vivenciado barreiras organizacionais de acesso aos serviços de saúde.

O pré-natal foi pelo SUS, em Nova Friburgo ... num posto de saúde. Fiz ultrassom, mas preventivo não. O médico não observou nenhum problema. [...]. Quando eu voltei de Nova Friburgo e comecei o tratamento aqui (Hospital Dr. Beda) eu me senti muito aliviada, porque o tratamento é bem diferente, porque tem assistência o tempo todo, onde os médicos estão ali o tempo todo. [...] Os médicos não trabalham só por causa da profissão, mas trabalham com amor pra ajudar os pacientes. [...]. Só tenho elogios! [...]. A tomografia [...] eu fiz no 'Prontocardio', pelo SUS. Aqui (Dr. Beda) o aparelho [...] de tomografia estava com defeito e o próprio Beda me encaminhou pro 'Prontocardio' pra fazer. Além desse, depois teve o da radio que eles faz manutenção... tudinho. Mas, assim quebrado, não. Poucos dias ... de um dia

para o outro. [...]. Fiz a tomografia e marquei a radio no Beda I. Eu comecei a fazer em dezembro e parei. Não foi por eles foi por mim Me deu efeito colateral [...] desisti de fazer. Mas, como eles são muito gentil, ligaram lá pra casa {...}. Ai eu vim, marquei e voltei. (Usuária 05)

Cheguei a ir na secretaria de saúde de São Francisco [...] fiz o procedimento lá e fiquei aguardando. [...]. Quando conseguiram marcar pra mim, eu já tinha até operado. Eu fiquei sabendo disso agora no começo do ano (2017) [...] Eu nem sabia que eu tinha essa consulta pelo SUS. Não avisaram. [...]. Fiz a conização, particular, com doutor X [...]. Fiz duas biopsias. Foi onde deu as áreas livres e não precisou fazer a quimio. [...]. Eu tentei que doutor X me jogasse pra lá (HEAA) e eu fiquei um pouco chateada, por que ele teria como me ajudar, mas na ganância de querer que eu continuasse no particular, ele não me ajudou. [...]. Em abril (2017) eu tive muitas dores. Ai, o médico da emergência disse: Olha, tudo indica que seja ginecológica esta dor sua. Eu não conseguia nem pisar. [...]. Mas, eu já mudei, por isso que eu tô aqui (Dr. Beda). Eu mudei de doutor X para doutor Y (ginecologista). [...]. De dois anos atrás pra agora ...e eu fui muito bem recebida e me aceitaram aqui (no Beda). (Usuária 06)

Entre as nove usuárias residentes em Campos dos Goytacazes, oito foram atendidas pelo setor de oncologia do Hospital Dr Beda; sete atendidas pelo HEAA e três atendidas pela SPBC, sendo feito atendimento por mais de um serviço para cada usuária. Assim, seis usuárias foram atendidas pelo setor de oncologia do Hospital Dr Beda e do HEAA e as atendidas na SPBC foram encaminhadas a um dos dois hospitais citados, devido a SPBC realizar apenas cirurgias e quimioterapias. Portanto, a maioria das usuárias perpassaram os dois maiores UNACONS.

Todas as usuárias, acima mencionadas, expressaram satisfação com o atendimento recebido nos UNACONS envolvidos em seus tratamentos, tendo mencionado ausência de equipamentos com defeito, cujos consertos ultrapassassem 48 horas e/ou que gerassem prejuízos ao seu tratamento. O atendimento humanizado foi o principal motivo de satisfação.

Para além do setor de oncologia, foram mencionadas insatisfações com a atenção básica referentes à suspeita de negligência médica, à extravio de exames, à dificuldades de acesso à consultas. Estas últimas também presente do CRTM. Nos hospitais, as insatisfações mencionadas se relacionaram à dificuldade para marcação de consultas e exames e à atuação da equipe de ginecologia, seja por suspeita de imperícia, seja por “brutalidade”, seja por desrespeito. Vejamos suas falas:

Sobre o atendimento de médico, enfermeiro, atendente ... do Álvaro Alvim, eu não tenho nada pra falar. Eu não tenho plano, não tenho nada, pra mim não teve diferença entre SUS e particular. [...] O Dr Beda, a mesma coisa! Doutor X maravilhoso ... G ... E ... todos! [...]. Os equipamentos do Beda e do Álvaro Alvim ... não teve nenhum quebrado não. Só um dia que teve, que foi manutenção do aparelho. Foi de um dia para o outro. Foi um dia só que eu fiquei sem fazer. [...]. Sobre o postinho eu fiz o preventivo no Cantinho da Saúde em 2015 [...] Doutora X (que diagnosticou) disse que tinha já dado, em 2015, células escamosas! [...]. O medico que atendeu disse que não tinha nada. Ele não passou nada ... só uma pomada. (Usuária 13)

Em relação à Beneficência ... estão de parabéns! Parecia que eu tava fazendo particular. Sobre o Beda, não tenho nada à reclamar também. Em nenhum dos dois hospitais houve equipamento quebrado. [...]. Eu nunca fui em posto de saúde. Era mais fácil ir no Álvaro Alvim ... era meu caminho e doutora X já colhia ali. (Usuária 08)

Todos foram muito bons. Não houve equipamento quebrado ... jamais! [...]. Meu oncologista foi ele (Doutor X - SPBC) ... foi um anjo que caiu na minha vida! [...]. Comecei quimio aqui (SPBC) [...]. Ai vim na consulta com Doutor Y [...] Doutor Y também é um excelente médico ... ele também é um ótimo profissional, muito calmo, muito educado ... nossa! Então, só tenho elogios a falar deles. [...]. Em posto de saúde eu nunca fui ... porque desde quando me casei o posto de Custodópolis não funcionava pra essas coisas. [...]. O preventivo sempre foi lá no Álvaro Alvim (Usuária 07)

Fui muito bem atendida, graças à Deus! Eu não tenho nada que falar ... graças à Deus. No Dr Beda, fiz o tratamento todinho. Nada deu defeito. Na Beneficência (SPBC), também não deu defeito ... tudo tranquilo, graças à Deus. [...]. Não tenho do que reclamar, porque eu fui muito bem tratada. A verdade tem que ser dita, né? Minhas dificuldades foi antes de começar a quimioterapia, porque não tavam pagando ... teve esse negócio de pagamento ... Ai fui na clinica Santa Maria e paguei consulta. [...]. Os exames tive dificuldade para marcar pelo SUS ... demora muito ... dois, três meses.[...] Olha a quanto tempo eu estou operada. Eu estou esperando a secretaria de saúde até hoje pra bater a ressonância.. (Usuária 09)

Na época do Centro da Mulher (CRTM) eu tinha dificuldade pra marcar consulta... aliás todo mundo tem, né? Hoje a fila é muito grande ... muito paciente. E quando você consegue uma vaga é pra daqui 03, 04 meses. [...]. Aqui no Álvaro Alvim (HEAA) também ... quando eu vim marcar pra doutora X (ginecologista) demorava. [...]. Doutora X. ... no meu modo de pensar [...] me usou muito como cobaia ... demorou muito. [...] Antes de tirar o útero foi feito várias cauterizações. [...]. Depois que eu entrei aqui ... que ela me deu a carteirinha da oncologia, não demorava não. [...]. Daí pra cá, que passei pra mão de doutor X (oncologista), nunca mais tive problema. [...]. Sou muito bem cuidada. Tanto pelo médicos ... as atendentes da radio são muito gente boa, muito carinhosas.. Os equipamentos sempre funcionaram. Não tenho nada à falar. Sou muito bem atendida. [...] Eu acho que aqui (HEAA) é o melhor hospital que tem!. (Usuária 10)

Não houve equipamento quebrado ... nem aqui (HEAA), nem no Dr Beda. Os médicos, enfermeiros ... todos ... eles são ótimos. Esse que faz lá na outra sala lá embaixo (HEAA)... meu Deus! ... acho que é doutor Y ... sei lá ... olha é fora de série! Tão bom mesmo! ... Meu Deus! [...]. Lá no postinho de 'Três Vendas' pegar ficha não é difícil não. O negócio é o resultado ... pra pegar ... pra mostrar a dotora da pessoa. (Usuária 12)

Eu só operei lá (SPBC), e vim direto para cá (HEAA), para a oncologia ... pelo SUS. [...]. Aqui (HEAA) na radioterapia, teve uma vez que me ligaram e disseram que a maquina tinha dado um defeitozinho. Mas, não demorou. Deu defeito na 5ª. e na 2ª. feira estava funcionando. [...]. Os profissionais ... eu agradeço a todos,. [...] Excelentes! Só teve uma doutora que eu num ... da quimioterapia ... que eu não fui muito com a cara dela, não. [...]. Quando eu ia com doutor X, ele media minha pressão, me pesava, olhava minha cicatriz, apertava minha barriga. [...] Ele era excelente médico ... e essa doutora ... eu chegava ela dava bom dia ou boa tarde ... escrevia, escrevia ... olhava pra mim ... [...] (dizia) Esta liberada para fazer quimioterapia. No máximo me pesava. [...]. Mas, o pessoal da quimio, da radio ... nossa! ... meus médicos, doutor Y, doutor, Z, doutor X, doutor W ... excelentes! Nossa! Dou nota mil para todos. O pessoal da enfermagem, pessoal que ajuda na radioterapia ... excelentes também. Então, não tenho nenhuma reclamação ... nenhuma! [...]. Tanto na quimio, quanto na radio, como na braqui também. No Dr.

Beda ... [volta a tossir] ... A enfermeira de lá é excelente. A recepção também. Nossa! Doutor R que me atendeu é excelente medico. Nossa! (Usuária 11)

Não teve equipamento com defeito, não. As pessoas que atenderam ... todas foram boas ... as do Álvaro Alvim foram melhores ainda. Tratam a gente muito bem lá (HEAA). No Beda também é a mesma coisa ... muito boas. O tratamento no setor de quimio, radio e braqui é excelente. As enfermeiras ... os enfermeiros ... a recepcionista ... todo mundo. [...]. Reclamação eu só tenho mesmo só dessa doutora Z lá do postinho! (Parque Prazeres). Dizia só que eu estava com uma inflamaçãozinha, que isso é normal, que todas mulhê tem alguma inflamaçãozinha e passava só pomadinha (Usuária 14)

Equipamento quebrado foi no Beda. Foi o que dificultou para que começasse esse tratamento de quimioterapia e radioterapia ... foi a ressonância. Mas, os profissionais ... gostei de todos. Graças à Deus fui muito bem tratada. Em todos os lugares fui muito bem tratada. [...]. Ah! Em maio (2017) eu tive lá no Beda. Esses aí me machucaram muito ...a equipe de ginecologista. [...]. Muita brutalidade ... muita brutalidade. Ai eles disseram: Mas, vamos ter que fazer um toque anal. Enfim, [...] não lubrificaram e enfiaram ... puche!! Olha, aquela dor... [...] Ainda disse: Deixa eu inaugurar! Me deu vontade de falar algo que ele não gostasse, mas eu achei melhor não falar nada (Usuária 15)

4.3.1.9 Resultados do acesso: Expectativas de cura do câncer de colo de útero

Entre as usuárias entrevistadas, seis expressaram boas expectativas em relação ao futuro de seu quadro de saúde, se sentindo curada, com esperança e novos projetos de vida. Uma destas usuárias, mesmo vivenciando algumas sequelas do tratamento, expressou-se de modo positivo. Vejamos suas falas:

Eu me sinto curada. Graças à Deus, eu me sinto curada! Minha médica não me receitou remédio nem nada ... falou: 'É só tomar os cuidados básicos', que é eu fazer o exame preventivo, entendeu? ... de seis em seis meses. Eu tô bem! Eu me sinto curada... eu tenho que tomar cuidado para não voltar, entendeu? Porque pode voltar se eu relaxar. (Usuária 01)

Eu me sinto curada. Eu não sinto mais nada. Eu dentro de mim eu sinto que eu tô curada. [...] Fiz todo o processo que tinha que fazer... eu confio em Deus. (Usuária 02)

Eu não coloquei na minha cabeça que eu estava doente não. Eu nunca pensei: Eu tô com isso. Eu vou morrer por causa disso. Não! Eu sempre coloquei na minha cabeça assim: Agora eu tenho que fazer uma consulta de rotina. Eu não fazia antes, agora eu vou fazer as consultas de rotina. [...] Ela (médica) falou que eu não tenho mais nada não. Mas, que tem que fazer acompanhamento. (Usuária 03)

Depois da cirurgia ele mandou uns potinhos pra biopsia. [...] Deu tudo bem. As margens estavam livres. [...] Me sinto curada ... me sinto bem. Tenho relações ... tudo normal. A radio deixou a vagina fechada [...] Na hora que entra é uma dificuldade. Não foi fácil, não. Eu uso lubrificante ainda.[...] Vou voltar ainda a trabalhar [...] mas, vou voltar fazendo cabelo. Eu sei fazer cabelo também, porque na verdade eu fazia unha e quando dava, eu também fazia uns cabelo ... só que agora eu não quero mais fazer unha ... quero fazer cabelo. (Usuária 08)

Graças a Deus, eu tô bem. Graças a Deus, meus exames dá tudo negativo hoje em dia, então ... tô curada. Meu acompanhamento estava sendo feito de três em três

meses, agora aumentou pra seis em seis. [...]. Não adianta ficar chorando ... dizendo eu não vou fazer ... ah! vou passar mal! ... passar mal todo mundo passa. Não vou dizer a você que foi fácil ... foi difícil ... foram trinta e sete sessões de radioterapia. Tive efeito colateral na quimioterapia. A braquiterapia também é dolorosa ... mas, tem que fazer , vamos fazer (Usuária 07)

Esta tudo bem, graças à Deus! Olha, foi tudo bem desde o começo e eu tô curada. Ele (médico) falou que eu não tenho nada, graças à Deus! Que tá tudo direitinho. De seis em seis meses eu faço preventivo. [...] e continuo tratamento na Benê com doutor X, da quimio, porque eu tenho que ficar vigiando o meu sangue como que tá. (Usuária 09)

Outras duas usuárias também possuíam expectativa positivas, sentindo-se totalmente curadas, mas encontravam-se baseadas na ausência de sintomas clínicos, necessitando de confirmações pelos médicos. Os exames pós-tratamento ainda seriam apresentados aos seus médicos no momento da pesquisa. Vejamos suas falas:

Pela misericórdia de Deus eu posso afirmar pra senhora que não tem nada! A gente é crente em Deus, é Fiel a Deus! Deus capacita os médicos também. [...] Até o ponto que eu tava ... eu não podia sentar, não podia nada tocar em mim ...eu não podia dormir ...eu estou bem melhor. [...] Eu me sinto totalmente curada. [...]. Mas ainda não voltei `a médica com os exames ... de depois do tratamento. (Usuária 05)

Eu já acredito que eu tô curada, né? Ooh! Me sinto curada! Não sinto mais nada! Mas, essa dotora ... falou assim que já tava querendo até avançar, mas agora que eu vou saber o resultado, quando eu for consultar com ela ... sobre o problema se tá andando ... dando andamento pra outras coisas. (Usuária 12)

Entre as usuárias entrevistadas cinco usuárias se encontravam com expectativas negativas, mesmo o médico tendo dito que elas estavam bem, pois estavam muito incomodadas com sequelas do tratamento e/ou apresentando sintomas como dor e/ou sangramento após o tratamento. Assim, entre estas usuárias, há o receio de que a cura não tenha ocorrido. Vejamos suas falas:

Quando doutor X, de Campos, me deu alta, ele não disse: Está curada ou não esta curada. Depois da braqui e tal .. [...] a vagina [...] colou. Agora eu preciso fazer um outro preventivo [...] e não entra nada. A poucos dias quando eu fui tomar banho, passei a esponja ... aí ... sangue. [...]. A dotora disse que vai me passar um remédio pra fazer uma massagem, mas o sangramento não para e com sangramento eu não posso fazer. A minha preocupação é de eu estar com problema no útero ainda. (Usuária 04)

Em 2015 eu fiz a conização, particular. [...] Em abril (2017) eu tive muitas dores. [...] Ai, o médico da emergência disse: Olha, tudo indica que seja ginecológica esta dor sua. Eu não conseguia nem pisar! [...] Eu gostaria de tirar o meu útero para eu viver tranquila, porque eu não tenho tranquilidade, não tenho paz porque eu tenho muito medo que possa voltar. Eu vivo como se eu tivesse com uma bomba na mão que fosse estourar a qualquer momento. (Usuária 06)

Vim em doutor X porque ele ia me dar a cartinha de alta. E ele falou comigo: Vida normal! [...]. Eu tenho vontade de voltar o que eu era antes. Eu podia trabalhar, podia andar direito. Hoje eu tenho dificuldade depois do tratamento. Por causa da trombose. Eu sinto muitas dores nas pernas ... eu tenho inchaço ... [...] Eu não tenho

dormido à noite. Meus braços parecem que encolheram. Eu não consigo colocar um sutiã direito! Abaixar eu não consigo. [...] Esse cansaço que eu sinto ... [...]. Agora, eu estou muito inchada, tem dia que eu não gosto de me olhar no espelho. [...]. A vagina colada ... comigo esta acontecendo isso. (Usuária 13)

Eu agora vou fazer aquele exame... tomografia. Foi fazer ... já tá marcadinho. Tá marcado exame de sangue também. Estou em acompanhamento. O ultimo passo meu foi no Beda, né? Ai ele (médico) falou que eu tô direitinha, mas que era pra eu ir de volta no médico no Álvaro Alvim. Ai já voltei. Eu fui lá pra me consultar. A doutora me deitou, calçou minha barriga ... e eu disse: tem hora que sinto dor debaixo da barriga. Mas, ela disse que foi pelo tratamento que eu fiz. É assim mesmo. Ela também abriu meu olho e disse que eu tava corada. Falei que eu tava com dor nas pernas. Ela disse que é assim mesmo. (Usuária 14)

Pelo que eu sentia, pelos sintomas, agora eu me sinto curada sim. Me sinto bem. Não tenho mais sangramento [...]. O que maltratou muito foi a braquiterapia e a radioterapia. A radioterapia queimou minha vagina toda, teve lesões tanto a vagina quanto o ânus. [...]. Essa braqui fechou minha vagina. [...]. Então, como eu vou fazer outro preventivo? [...]. Mas, enfim eu estou tentando com os dilatadores. [...]. Não sinto dor. Mas, se parar um pouco o lubrificante... eu tenho que retornar, porque nas lesões que ficaram nos grandes lábios, se eu ficar insistindo muito volta a abrir. Elas ficaram muito sensíveis. Então, como eu arranjo um namorado desse jeito? (Usuária 15)

Para outras duas usuárias as expectativas de futuro eram também negativas, pois havia possibilidade de metástase diante da presença de supostas lesões em outro órgão. Destas usuárias, uma encontrava-se otimista, dizendo-se curada; e, outra, ao contrário, expressava uma expectativa de retorno da doença. Vejamos suas falas:

O câncer pra mim é uma doença que, como diz o meu falecido pai, é uma erva daninha, né? Se você não tiver sempre alerta, você vai pro saco mesmo! [...] Então, é claro que eu... no momento eu estou bem, né? Mas, eu não sei ate quando ... como é que vai ser. Até então, eu fiz novos exames já, deu tudo bem. Agora eu fui fazer novos exames a doutora fez tanta pergunta ... dizendo ela que eu tô com um cisto de água no rim. [...] Ela falou: A senhora esta com uma coisa estranha aqui. Pôs um ponto de interrogação lá. E até então eu senti uma dor aqui (colocou uma das mãos em suas costas) assim e eu achava que era dor na coluna. Eu nunca imaginei que fosse dor no rim. [...] O exame tá pronto. Vou mostrar a doutor Y. [...] Qualquer coisa diferente que aparece, a gente logo fica pensando: será meu Deus? (Usuária 10)

Eu acho que eu me senti curada desde o momento que eu tirei meu útero, já que doutor X me olhou toda e falou assim: O resto esta limpo. [...]. No entanto, nas tomografias tinha uma suposta lesão no meu pulmão direito. [...]. Doutor Y disse: Tem umas manchas aqui. Só que é muito pequenininha e a gente não tem certeza se é câncer [...]. Isso foi há um ano. [...]. Ai eu até falei pra ele: Oh! Eu tenho uma tosse terrível [...]. Ai ele falou: Vamos aguardar. Vamos acompanhar. Isso foi observação em todos os papéis. Fiz em março (2017) uma tomografia de tórax e de pelve e agora (agosto/2017) fiz outra. Fiz agora na 2ª. feira. Devo pegar na 2ª. feria que vem e a consulta é 3ª. feira. (Usuária 11)

4.3.5.10 Outros achados relevantes

Devido às entrevistas serem norteadas pela perspectiva de reconstrução de itinerários terapêuticos e, portanto, remeterem à história da atenção ao CCU, algumas informações

importantes para o contexto desta atenção que não compunham o foco do roteiro de entrevista foram expressas. Assim, foram detectados presença de automedicação postergando o diagnóstico e de desconhecimento da enfermidade, sinalizados nas seguintes falas: “Eu tô passando por tudo isso ... eu não sabia o que que era, né? Achava que era um distúrbio da menstruação e a barriga muito em cima do fogão ... só prejudicando mais.” (Usuária 01) e “Ai eu tomava remédio, eu comprei o remédio, né?” (Usuária 03). Portanto, barreiras de informação também se fizeram presentes.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho estudou o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero, no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Campos dos Goytacazes/RJ e mostrou que este município possui uma ampla rede de serviços de saúde do SUS, perpassando os vários níveis de atenção à saúde – atenção primária, atenção de média e alta complexidade – e sendo referência regional para vários tipos de atendimentos, entre eles o atendimento oncológico.

Segundo os parâmetros e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS, 2015), a oferta e utilização de serviços de saúde, relacionados ao controle do câncer de colo de útero em Campos dos Goytacazes/RJ, encontra-se, em geral, adequada para a atenção oncológica destinada à região norte fluminense e para a atenção ginecológica no município. Há sobre-oferta (*over supply*) de equipamentos – ao serem considerados os disponíveis ao setor privado e ao SUS –, com relevante concentração destes no setor privado. No entanto, a utilização de consultas e exames especializados ocorreu de modo amplo (*over use*), indicando uma otimização dos recursos existentes.

Assim, pelas características da oferta e da utilização de serviços de saúde para controle do câncer do colo do útero, em todas as etapas de sua linha de cuidados, é possível ocorrer com facilidade no município de Campos dos Goytacazes. Ou seja, é possível a garantia de intervalos de tempo que não excedam a 30 dias entre agendamento e consulta; entre consulta e exames; entre realização de exames e seus resultados; entre emissão de resultados e consulta de retorno ao médico. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de continuidade da atenção à saúde, quando presentes, estiveram relacionadas à gestão pública dos recursos disponíveis.

Em termos específicos ao controle do câncer de colo de útero, em acordo com a adequada/ampla oferta de serviços, foram apresentados em torno de 80% de *cobertura* de exame Papanicolaou, junto a faixa etária alvo, proporção prevista pelos parâmetros do Ministério da Saúde. Entretanto, a *periodicidade* indicada para este exame (INCA, 2016) não foi contemplada, pois o número de exames Papanicolaou realizados anualmente no município não correspondeu à 1/3 das mulheres na faixa etária alvo, que é a expectativa do ministério da saúde.

A ausência de periodicidade adequada do exame Papanicolaou também foi analisada através de entrevista a grupo de usuárias das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Campos dos Goytacazes com câncer de colo de útero. Entre quinze usuárias

entrevistadas, seis se encontravam há vários anos sem realizar o exame Papanicolaou, sendo apenas uma usuária residente em Campos. Entre as usuárias residentes neste município, o aspecto que se destacou, em termos de prevenção secundária do CCU, foi realização de exames Papanicolaou em anos consecutivos – antecedentes ao diagnóstico de CCU – cujos resultados foram apresentados pelos médicos que as acompanhavam como normais. Assim, como o CCU possui evolução lenta (INCA, 2018a), há a indicação de possíveis falhas profissionais – médicos e/ou enfermeiros que fazem coleta deste exame – e/ou de laboratórios.

As barreiras de acesso vivenciadas pelas usuárias com intervalos entre exames Papanicolaou maiores que dois anos foram, especialmente, de ordem subjetivo-cultural e social. No entanto, também mencionaram barreiras de acesso de ordem organizacional para realizar o Papanicolaou, como filas e ter que acordar de madrugada para conseguirem o agendamento de consulta.

As usuárias entrevistadas, residentes em Campos dos Goytacazes, mesmo tendo realizado em grande maioria o exame Papanicolaou anualmente, mencionaram a presença de barreiras organizacionais de acesso para realização deste exame nas Unidades Básicas de Saúde (UBS): dificuldades para agendamento, tempo maior que 30 dias entre agendamento e realização de consulta, tempo maior que 30 dias para emissão de resultado de exame, extravio de exames, precária comunicação médico-paciente. Estas barreiras, com exceção de extravio de exames, também foram sinalizadas em relação ao ambulatório de ginecologia do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA). Quanto ao Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM), foram mencionadas: dificuldades para agendamento de consulta e tempo maior que 30 dias para emissão de resultado de exame.

Relacionados às possíveis falhas profissionais e laboratoriais, anteriormente mencionadas, a análise dos indicadores de qualidade de exames Papanicolou apresentada neste trabalho somente para o ano de 2012, devido à indisponibilidade de dados atuais pelo Sistema de Informação sobre Câncer de Colo de Útero (SISCOLO), mostrou aspectos positivos e negativos do município. Assim, por serem dados de 2012, sinalizam uma tendência presente no histórico municipal a ser observada por profissionais de saúde e pela gestão pública, pois a análise da qualidade do processo de controle do câncer de colo de útero é utilizada para nortear decisões referentes à capacitação de profissionais de saúde, almejando o alcance de melhores resultados do acesso a serviços para controle do CCU. Estes resultados referem-se a detecção precoce de CCU e, em última instância, à redução da mortalidade por CCU.

Os aspectos positivos, em termos da qualidade de exames Papanicolou, foram: a) pequena proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero; b) pequena proporção de exames cujos resultados estiveram compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC); c) pequena proporção de exames com atipias de significado indeterminado (ASC) entre os exames com lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero.

Os aspectos negativos em termos da qualidade de exames Papanicolou, foram: a) baixa proporção de exames com representatividade da Zona de Transformação em exames citopatológicos do colo do útero, sendo que a “presença de células do epitélio da zona de transformação do colo do útero (ZT) aumenta a chance de identificação de lesões, pois é nesta região onde a maior parte das lesões se inicia” (INCA, 2014); b) baixa proporção de exames alterados em relação ao número de exames citopatológicos realizados, valendo ressaltar que este indicador expressa a “sensibilidade do processo do rastreamento em detectar lesões na população examinada” (INCA, 2014); c) alta proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado (ASC) em relação ao número de exames alterados; expressando, segundo o INCA (2014), “dificuldades diagnósticas”; d) baixa proporção de resultados de exames com lesão intraepitelial escamosa de algo grau (HSIL) entre o número de exames citopatológicos do colo do útero, expressando baixa capacidade de detecção de lesões precursoras (HSIL); e) baixa proporção de exames citopatológicos do colo do útero com resultados liberados em até 30 dias.

O indicador de resultado “taxa de mortalidade por câncer de colo de útero” apresentou-se em sintonia com a presença de fragilidades no processo de controle do CCU, pois, apesar da mortalidade ter sofrido ligeira redução, ainda se mantém alta, constituindo um desafio para os profissionais de saúde e para a gestão pública.

A análise das barreiras de acesso aos serviços de saúde, a partir do mapeamento dos prontuários únicos localizados, registrou a presença frequente de pagamento particular ou “social” para atendimento médico e/ou para realização de exame, permitindo concluir que há relevante presença do mix público-privado no município. O pagamento privado ocorreu em caráter complementar aos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde, garantindo a continuidade da atenção ao câncer de colo de útero da qual as usuárias necessitavam. As dificuldades de acesso aos serviços para atenção ao CCU estiveram localizadas na fase de detecção precoce e, especialmente, na realização de diagnóstico, pois proporção significativa

das usuárias obteve a conclusão de diagnóstico a partir dos mencionados pagamentos particulares ou ‘sociais’⁷.

O mix público-privado também pode ser reconhecido a partir da análise dos itinerários terapêuticos. Nestes, entre as usuárias dos UNACONs pertencentes à rede de serviços de saúde de Campos dos Goytacazes, residentes neste município, quatro usuárias realizaram exames relacionados ao diagnóstico – biópsia e/ou preventivo – através de pagamento particular ou ‘social’ e cinco usuárias que realizaram estes exames pelo SUS. Destas últimas, no entanto, três usuárias pagaram exames de ressonância magnética, relacionados ao planejamento de tratamento. Destas, uma usuária também pagou exame de ultrassonografia. Entre as quatro usuárias que pagaram exames para diagnóstico, uma usuária realizou todos os exames por pagamento particular. Assim, foram sinalizadas barreiras organizacionais de acesso aos exames, seja relacionado ao diagnóstico ou ao planejamento de tratamento. Nesse sentido, a literatura refere-se a dificuldades para diagnóstico de CCU ou continuidade do cuidado pelo SUS. (BRITO-SILVA, 2014; CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015).

A análise do tempo transcorrido entre realização de biópsia e emissão de seu resultado sinalizou que, aproximadamente, 66,7% dos prontuários únicos envolvidos nesta análise registram laudos de biópsias emitidos em até 30 dias. Mas, aproximadamente, 17,8% dos PUs registram laudos de biópsias emitidos com mais de 45 dias. Dos laudos emitidos em até 30 dias, 40% foram de exames realizados via pagamento particular ou “social”. Isso sugere que o pagamento particular seja uma estratégia para acesso facilitado a tais laudos.

Na análise das entrevistas realizadas a grupo de usuárias das Unidades de Alta Complexidade (UNACON) em Campos dos Goytacazes, preponderou o intervalo de 30 dias para emissão de laudos de biópsias, sem distinção de intervalo de tempo entre exames via pagamento particular/‘social’ ou pelo SUS. Assim, se pode afirmar que os laudos são, em geral, elaborados em até 30 dias; havendo, no entanto, presença de intervalos maiores, inclusive de mais de 60 dias, como sinalizados pelos prontuários únicos, o que requer aprimoramentos na gestão pública.

O tempo entre laudo de biópsia e primeiro tratamento foi possível ser analisado em 73,6% dos PU em estudo, tendo, aproximadamente, 47,2% das usuárias, iniciado o primeiro tratamento em até 60 dias como previsto em lei (BRASIL, 2012) e 52,8% iniciado com mais de 60 dias.

⁷ Idem nota 7.

Os itinerários terapêuticos das usuárias dos UNACONs entrevistadas foram iniciados a partir dos primeiros sintomas do CCU, majoritariamente em unidades de saúde SUS, mas, para um terço (1/3) das usuárias, foram iniciados em unidades de saúde particulares via pagamento de próprio bolso, o que corrobora com a presença do mix público-privado reconhecido pela análise dos prontuários únicos. As barreiras organizacionais de acesso ao Papanicolaou foram: demora na obtenção de ficha e de resultados de exames, extravio de resultados de exames, despreparo de profissionais de saúde, possível falha laboratorial e de profissionais de saúde. Estes últimos, também foram apresentados pela analisada a partir dos indicadores referentes à qualidade da atenção ao câncer de colo de útero no município. Para além destes, foram expressos limites de ordem subjetivo-cultural e/ou de informação – descuido não percepção de risco, medo de obtenção de diagnóstico de câncer, vergonha – e de ordem social – falta de tempo devido à trabalho e à cuidado com a família – foram mencionados.

Após a conclusão diagnóstica, foram relatadas barreiras organizacionais de acesso à primeira consulta com ginecologista ou oncologista para início de tratamento. As usuárias que foram operadas, em parte, fizeram cirurgia com pagamento particular, devido à demora no acesso pelo SUS associada ao receio de evolução clínica da enfermidade, aspecto também sinalizado por Vasconcellos et. al (2016). Todos os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos foram realizados pelo SUS, corroborando com a literatura. (OZAWA; MARCOPITO, 2011). Portanto, as barreiras organizacionais de acesso estiveram associadas à primeira consulta com ginecologista; e, após a confirmação diagnóstica, ao início de tratamento, sendo cirurgia ou quimioterapia.

Barreiras geográficas foram vivenciadas por usuárias não residentes em Campos dos Goytacazes, configuradas por limites relacionados ao transporte, ao cansaço diante da distância percorrida diariamente, agravados pelos limites financeiros das usuárias e pela precariedade na comunicação entre secretarias municipais de saúde. Para uma das usuárias tais limites se associaram a dificuldades de acesso aos serviços referenciados via regionalização da saúde.

Os itinerários terapêuticos das usuárias residentes em Cabo Frio, atendidas em Campos dos Goytacazes, foram marcados pela realização de conclusão diagnóstica e início de tratamento de quimioterapia em seu município de origem. Assim, elas inicialmente foram a unidades do SUS como Emergência hospitalar, UPA, UBS e Hospital em Búzios/RJ ou a unidade particular, sendo um consultório de ginecologia. Em segundo momento, realizaram biopsia no Centro de Saúde Oswaldo Cruz; sendo encaminhadas para início de tratamento

oncológico na Clínica Onkosol pelo SUS. Na sequência, foram encaminhadas aos UNACONs em Campos dos Goytacazes, sendo posteriormente contrareferenciadas à Clínica Onkosol, para acompanhamento. A secretaria de saúde de Cabo Frio geriu todo o processo de encaminhamento, apesar de, em alguns momentos, não ter garantido o transporte para os TFD.

As usuárias originalmente residentes em São Francisco do Itabapoana e em Nova Friburgo, atendidas em Campos dos Goytacazes, vivenciaram uma procura por tratamento oncológico neste município por iniciativa individual sem respaldo de suas prefeituras de origem. Portanto, vivenciaram inúmeros percalços como seu IT sinalizou.

Entre as usuárias residentes em Campos dos Goytacazes, parte iniciou seu itinerário em ambulatório hospitalar ou em consultório do Serviço Social da Indústria (SESI), via pagamento particular de consultas e exames. Outra parte das usuárias o iniciou em UBS ou CRTM. O pagamento particular de consultas e/ou exames e/ou cirurgia esteve presente em seus ITs.

Todas as usuárias entrevistadas se mostraram satisfeitas com o atendimento oncológico recebido nos UNACONs do município de Campos dos Goytacazes, sendo o atendimento humanizado o principal motivo de satisfação. Também, foi ressaltada ausência de equipamentos com defeito cujos consertos ultrapassassem 48 horas e/ou que gerassem prejuízos ao seu tratamento.

As usuárias, com exceção de uma, possuíam expectativas de cura da enfermidade, alegando especialmente ausência dos sintomas clínicos iniciais. No entanto, tais expectativas se mostraram fragilizadas diante do sofrimento de sequelas inerentes ao tratamento para a maioria das usuárias e da possibilidade de metástase para duas usuárias.

Desse modo, mesmo tendo ocorrido o acesso aos serviços de saúde necessários, a garantia da continuidade da atenção ao controle do câncer de colo de útero pelo SUS mostrou-se fragilizada. Essa continuidade não foi possível dentro dos serviços de saúde do SUS, sendo necessária a composição do mix público-privado, como anteriormente mencionado. Contudo, foram sinalizadas significativas melhorias de saúde e grande aceitabilidade das usuárias no referente ao tratamento oncológico recebido, expressa pela satisfação com os serviços oncológicos recebidos, constituindo a efetividade da atenção a saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Campos dos Goytacazes/RJ possui ampla oferta e utilização de serviços de saúde, tendo realizado, no período estudado, amplo número de atendimentos relativos ao controle do câncer de colo de útero (CCU) pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, o acesso aos serviços para controle do câncer de colo de útero apresentou limites relacionados à continuidade da atenção à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido necessária a articulação entre atendimentos de saúde pagos de próprio bolso e pagos pelo SUS. O tempo para emissão de resultados de biopsia para uma pequena proporção de usuárias foi maior que 45 dias e o tempo para início do tratamento – cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia –, para mais de 50% das usuárias, foi maior que 60 dias. A periodicidade adequada do exame Papanicolaou e a sua qualidade também foram aspectos frágeis a serem considerados. Assim, aspectos positivos e negativos foram reconhecidos diante ao CCU, demarcando avanços, mas também desafios aos profissionais de saúde e à gestão pública da saúde.

Barreiras organizacionais de acesso ao exame Papanicolaou foram relacionadas a dificuldades de agendamento, a extravio de exames e a possibilidade falhas profissionais e/ou laboratoriais. Limites de acesso também se apresentaram diante a realização de exames para conclusão diagnóstica e para planejamento de tratamento. O tratamento com quimioterapia e radioterapia/braquiterapia foi realizado pelo SUS para todas as usuárias, mas barreiras organizacionais de acesso se impuseram ao tratamento por cirurgia para duas usuárias entrevistadas, o que sinaliza para a presença desta dificuldade no município.

As barreiras geográficas foram vivenciadas por usuárias residentes em outros municípios e se configuraram em dificuldades de transporte para Tratamento Fora do Domicílio em seus municípios de origem, no cansaço ao percorrer longas distâncias diariamente para realizar o tratamento e nos limites no processo de regionalização da saúde.

Contudo, a atenção à saúde realizada se mostrou efetiva, devido às melhorias na saúde das usuárias e ao grau de aceitabilidade das usuárias com a atenção oncológica recebida, expressa em sua satisfação com os serviços desenvolvidos pelas equipes dos UNACONs. No entanto, vale ressaltar, as insatisfações referentes à atenção básica e à média complexidade expressas, indicando aspectos a serem enfrentados por profissionais de saúde e gestores públicos.

Nessa perspectiva, a parte da linha de cuidados relacionada ao CCU destinada à reabilitação não foi considerada pelo município em estudo, pois são inúmeros os relatos sobre

as sequelas inerentes ao tratamento e nenhuma ação profissional que possa tratá-las, constituindo mais uma demanda a ser considerada.

Desse modo, em termos da atenção ao CCU, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, é recomendável:

- Intervir sobre as causas das dificuldades de agendamento de consultas ginecológicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM) e nos ambulatórios de ginecologia dos hospitais, observando número de fichas, número e frequência dos profissionais envolvidos.
- Intervir no fluxo de exames entre unidades coletoras (UBS, CRTM, ambulatórios de ginecologia de hospitais) e laboratórios, com vistas a promover maior rapidez e menor extravio de exames (Papanicolaou e biopsias de colo de útero).
- Ponderar a relação oferta de profissionais de laboratórios, de equipamentos para exames e o número de exames mensais, intervindo no sentido de garantir a emissão de laudos em até 30 dias.
- Capacitar recursos humanos vinculados às Unidades Básicas de Saúde – enfermeiros e médicos – e aos laboratórios – técnicos de laboratórios – com vistas a melhor coleta e análise de material de exame, visando assegurar maior adequação/qualidade nos resultados de exames Papanicolaou.
- Capacitar/orientar os médicos ginecologistas alocados em Unidades Básicas de Saúde acerca de uma melhor investigação de casos suspeitos de CCU, com envolvimento de outros profissionais como enfermeiros e assistentes sociais em seus seguimentos, reduzindo a não detecção de casos positivos para CCU, como também os diagnosticados negativos.
- Em caso de confirmação diagnóstica, intervir nos fatores relacionados ao agendamento de consulta oncológica, observando número de fichas e de profissionais, atendendo em ambulatórios de oncologia/SUS, frente à demanda de CCU em série histórica de cinco anos, e, as falhas no processo de marcação.
- Intervir nos fatores que não cooperem com o agendamento de exames de ressonâncias magnéticas e tomografias em prazo não superior a 30 dias e na emissão dos laudos correspondentes em até 30 dias, observando o número de exames/SUS realizados mensalmente, as manutenções e defeitos em equipamentos relacionados, o fluxo de agendamento.

- Em caso de confirmação diagnóstica com necessidade de cirurgia, garantir que a mesma seja realizada em até 30 dias, observando os fatores que prorroguem este prazo.
- Garantir que usuárias com CCU possua agendamento para início de quimioterapia e/ou radioterapia em até 30 dias.
- Criar um serviço destinado à reabilitação das sequelas inerentes ao tratamento de CCU que contemple as usuárias dos três UNACONs existentes no município.
- Garantir que a atenção ao CCU, em todos os serviços de saúde referentes à esta atenção, seja realizada por equipe multidisciplinar, promovendo a integralidade em todos os seus sentidos.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- ALMEIDA, S. B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama**: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In: R ABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavioral**, v. 36, p. 1-10, mar.1995. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2137284>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Quartely**, v. 83, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>>. Acesso em: 12 jun. 2017.
- AUGUSTO, E. F. et al. Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 287, n. 1, p. 53-58, 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-012-2511-3>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- AYRES, JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, suppl. 2, 2009, p. 11-23.
- AYRES, JRCM.; KALICHMAN, AO. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- BARATA, R.B. Acesso e uso de Serviços de Saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.
- BARBOSA, R. da S. **Classificação social da renda: o desajuste do Banco Mundial**. Brasil Debate. 14 dez. 2017. p. 7. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/classificacao-social-da-renda-o-desajuste-do-banco-mundial>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BARDAN, L. **Análise de conteúdo**. S. l.: Ed. Lisboa, 2016.

BELLATO, R; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro, CEPESC - IMS/UERJ – ABRASCO, 2008, p. 167 – 188.

BORGES, M. F. de S. O. et. al. Prevalência do exame preventivo de câncer de colo de útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600014>. Acesso em: 12 abr. 2017.

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. Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 06 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.732 de 22 de Novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984. (Série B: Textos básicos de Saúde, n. 6.) 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Pública n.18 de 30 de outubro de 2012**. Torna público, minuta de Portaria que aprova, na forma do anexo, o texto do Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero. (PNQC), 2012a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/cop0018_30_10_2012.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2018. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br>>. Acesso em: mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012a. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 2012a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 16/06/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Pública n. 01 de 18 de fevereiro de 2011**. Torna pública, nos termos do Artigo 34, inciso II, e Artigo 59 do Decreto N. 4.176, de 28 de março

de 2002, minuta de portaria que institui as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2011f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/cop0001_18_02_2011.html>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. (Série Parâmetros SUS, v. 1). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>> Acesso em 05 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de desempenho do sistema único de saúde: município de Campos dos Goytacazes/RJ**, 2011a. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>> Acesso em: 05 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf> Acesso em: 26 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.102, de 30 de julho de 2001**. Institui o Comitê Executivo da segunda fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (PNCCCU), vinculado a Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ MS. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1102_30_07_2001.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 189 de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação, 2014a. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.fev.16/Iels24/U_CP-MS-SAS-1_040216.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2012 MS/GM de 23 de agosto de 2011**. Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos Cânceres de Colo Uterino e de Mama. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2012_23_08_2011.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3041, de 23 de junho de 1998**. Institui, sob a supervisão da Secretaria de Políticas de Saúde, o Comitê Executivo do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. (Ementa elaborada pela CDI/MS). 1998a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1472_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3388 de 30 de dezembro de 2013**. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito),

no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388_30_12_2013.html>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.012 de 28 de dezembro de 2017**. Estabelece recurso do Bloco de Média e Alta Complexidade a ser disponibilizado ao Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, em parcela única, referente ao incentivo financeiro de custeio da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt4012_29_12_2017.html>. Acesso 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4043 de 29 de dezembro de 2017**. Estabelece recurso do Bloco de Média e Alta Complexidade a ser disponibilizado ao Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, referente ao incentivo financeiro de custeio da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt4043_29_12_2017.html>. Acesso 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1102 de 30 de julho de 2001**. Institui o Comitê Executivo da segunda fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), vinculado a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, deste Ministério. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1102_30_07_2001.html>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1220 de 03 de junho de 2014**. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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), 2014d. Disponível em: <<http://www.sgms.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-140-2014-UNACON.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html> Acesso em 05 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1682, de 21 de julho de 2011.** Institui o Grupo Coordenador Nacional da Força-Tarefa para a Avaliação dos laboratórios de citopatologia no âmbito do SUS, 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1682_21_07_2011.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 189 de 31 de janeiro de 2014.** Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação, 2014e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2012 de 23 de agosto de 2011.** Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos Cânceres do Colo Uterino e de Mama, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2012_23_08_2011.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2073 de 26 de outubro de 2005.** Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS submeta à consulta pública, por meio do sítio: <http://www.saude.gov.br>, o documento que trata da “Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas”. 2005a. (Ementa elaborada pela biblioteca/MS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2073_26_10_2005.html>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2669 de 03 de novembro de 2009.** Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2918, de 13 de novembro de 2007.** Exclui e altera procedimentos da tabela SIA/SUS e SIH/SUS relativos ao controle do câncer de colo do útero e de mama. 2007. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2918-\[2837-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2918-[2837-120110-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.025 de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3040, de 23 de junho de 1998.** Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2501_03_10_2017.html>. Acesso em: 12 nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 310 de 10 de fevereiro de 2010.** Institui grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0310_10_02_2010.html>. Acesso em : 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 310, de 1º de fevereiro de 2010.** Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0310_10_02_2010.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3388 de 30 de dezembro de 2013** - Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388_30_12_2013.html>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 48 de 12 de janeiro de 2009.** Ficam mantidas para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria Nº 325/GM, DE 21 de Fevereiro de 2008. 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0048_12_01_2009.html>. Acesso em: 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 558, de 24 de março de 2011.** Constitui o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama, 2011e. Disponível em: <https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/stories/Publicaes_SIM_-_25.03.2011-_2.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 788, de 24 de junho de 1999.** Transfere da Secretaria de Políticas de Saúde para o Instituto Nacional de Câncer, a coordenação do programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero, instituído pela portaria ministerial 3.040, 1999. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/12b695804eb68e55b18cb3f11fae00ee/portaria_SAS287_06.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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), 2013e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 931, de 10 de maio de 2012**. Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0931_10_05_2012.html>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2005. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf> Acesso em: 05 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 1 abril 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, 2014b. Disponível em: <<http://www.sgms.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/06/PT-438-Rede-de-Cronicas.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html> Acesso em 05 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 876 de 16 de Maio de 2013**. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html> Acesso em : 05 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, 2017c**. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero**. Siscoco, 2016c. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. **A demora de 30 a 40 dias no resultado do exame citopatológico de colo uterino pode determinar um prognóstico de lesões suspeitas de neoplasia intra-epitelial cervical?** 2009. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/em-que-medida-a-demora-no-resultado-do-exame-de-citopatologia-do-colo-uterino-cp-de-30-a-40-dias-pode-determinar-um-prognostico-mais-reservado-para-pacientes-com-lesoes-suspeitas-de-neoplasia-intra/>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n. 287, de 24 de abril de 2006**. Estabelece fluxo para envio, avaliação e atualização da base nacional de dados do Siscolo. 2006a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/12b695804eb68e55b18cb3f11fae00ee/portaria_SAS287_06.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta Pública N. 01 de 04 de fevereiro de 2016**. Torna pública, nos termos do art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, o texto preliminar das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2016c. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.fev.16/Iels24/U_CP-MS-SAS-1_040216.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta Pública n. 1, de 04/02/2016**, publicada no **Diário Oficial da União n. 25, seção 1, de 05/02/2016**. Torna pública, nos termos do art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, o texto preliminar das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <<http://www.fehosp.com.br/files/circulares/a04539ac2998626dce67f70202bd5fe.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Cadernos de Atenção Básica, n. 13**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento - (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 29)**. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 497 de 09 de maio de 2016, MS/SAS 10/05/2016**. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2016b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0497_09_05_2016.html>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria n. 54 de 18 de novembro de 2013**. Torna pública a decisão incorporar a vacina quadrivalente contra HPV na prevenção do câncer de colo do útero no Sistema Único de Saúde – SUS, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/scie/2013/prt0054_18_11_2013.html>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Consulta Pública n. 34 de 21 de Outubro de 2016**. Diário Oficial da União de 24/10/2016 –

seção 1. Consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) relativa à proposta de incorporação no Sistema Único de Saúde do bevacizumabe para o tratamento do câncer de colo de útero metastático, 2016. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/128948794/dou-secao-1-24-10-2016-pg-135>> Acesso em: 12 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria 06 de 31 de Janeiro de 2017**. Torna pública a decisão de não incorporar o bevacizumabe para o tratamento de câncer de colo de útero persistente, recorrente ou metastático no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2017/prt0006_31_01_2017.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200240&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CARVACHO, I. E. et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6062.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2016.

CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M.; LEITE, F. de S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, jul.-set. p. 707-717, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300707&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso 12 nov. 2016.

CARVALHO, P. G. de. **Mulheres com câncer de colo de útero encaminhadas para unidade de referência em atenção oncológica no município do Rio de Janeiro**: percurso na assistência entre confirmação do diagnóstico e início de tratamento. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Avaliação e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000200020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso 12 dez. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CIB - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Deliberação CIB nº 2.883 de 12 de Maio de 2014**. Pactuar as referências da Rede de Alta Complexidade Oncológica, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes->

cib/405-2014/abril/3292-deliberacao-cib-n-2-883-de-12-de-maio-de-2014.html> Acesso em: 23 dez. 2017.

CIDAC - CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DE CAMPOS. **Mapa de Campos dos Goytacazes com distritos**. 2010. Disponível em: <<https://cidac.campos.rj.gov.br/2010/01/20/zonamento/>>. Acesso em: 23 out. 2017.

CIR - COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL. Secretaria de Saúde. Informações em Saúde do Rio de Janeiro. **Ata da 1ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional Norte. 2015**. Disponível em:< <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/informes-ao-gestor/comissoes-intergestores-regionais/1113-atas-cir/cir-atas-2015/cir-norte-2015-atas-regionais/28525-ata-da-1-reuniao-ordinaria-da-comissao-intergestores-regional-norte.html>> Acesso em: 23 dez. 2017.

CIT - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução n. 5, de 19 de junho de 2013** Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/sispacto/Resolucao05_201306.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. 1. reimp. ver. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-47. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em 24 out. 2017.

CORREA, M. da S. et.al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n. 12, p. 1841-53, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 mar. 2017.

COSTA, J. M. B. S. et al. Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, v. 39, n. especial, p. 307-319, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500307&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DATASUS. **Produção ambulatorial SIA/ SUS**, 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

DATASUS. **Produção hospitalar SIH/ SUS**. 2017a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press: 1973.

DONABEDIAN, A. The quality of care. **JAMA**, v. 260, n. 12, sept. p. 23-30, 1988.
<<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FAVORETO, CAO. **A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas**. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS; 2006. p. 185-20.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11: p. 3087-3098, 2012.
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100025&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 maio. 2017.

FIRJAN - FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (). **Retratos regionais. Perfil econômico regional: Norte Fluminense**. 2015. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_INFREG_2014_Norte.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

FRENK, J. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, K. et al. (Ed.). **Health Service Research: na anthology**. Washington: Pan American Health Organization, 1992. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/19080047_Concept_and_measurement_of_accessibility>

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPET, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000700007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2017.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 11, nov. 2006, p. 2449-2463.

GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100031&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2017.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. p. 72-95. (Série Manuais Acadêmicos).

HURST J.; HUGHES, M. J. Performance measurement and performance management in OECD health systems. **OECD Health Systems**. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, n. 47, p.1-60, 2001. Disponível em <www1.oecd.org>..

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: Campos dos Goytacazes**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm> Acesso em: 05 mar. 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Mario Jorge Sobreira da Silva (Org.). 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/livro_abc_3ed_8a_prova_final.pdf> Acesso em: 10 mai. 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Luis Claudio Santos (Org.). 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Atlas on-line de mortalidade**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml;jsessionid=6829341A60D2D6DF3DDE52577272766A#panelResultado>> Acesso em: 05 abr. 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer. Tipos de Câncer. Câncer de colo de útero: sintomas**. Rio de Janeiro, 2018c. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/sintoma Acesso em: 12 abr. 2017.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Conduas do INCA/MS– Procedures: câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 351-354, 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas.pdf> Acesso em: 20 mar. 2017.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de colo de útero: conceito e magnitude**. Rio de Janeiro, 1996 – 2018a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 13 abr. 2017.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de colo de útero: fatores de risco**. Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco> Acesso em: 05 abr. 2017.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de colo de útero: textos de referência**. Rio de Janeiro, 2018d. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/>

wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/textos-referencia>

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de colo de útero: histórico das ações.** Rio de Janeiro, 2018e. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes>. Acesso em: 23 abr. 2017.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de colo de útero: Legislação.** Rio de Janeiro: INCA, 2018f. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/legislacao>. Acesso em: 12 maio 2017.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf> Acesso em 05 mar. 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2018. 128 p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em 10.mai 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2014 a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FICHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8>>. Acesso em 12 abr. 2018.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia.** Rio de Janeiro: Inca, 2012a. Disponível em: <http://citologiaclinica.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Manual+Qualidade+Citopatologico+2012>.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF>. Acesso em: 22 mar. 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero,** 2018g. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF>. Acesso em: 12 mar. 2018.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (IPEA). **Radar social:** 2005. Brasília: IPEA, 2005, p. 11. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/introducao9.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

KAMAKUBA, W.; MAZZON, J. A. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, v.56, n. 1, p. 55-70, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/rae/vol56-num1-2016/criterios-estratificacao-comparacao-classificadores-socioeconomicos-no-brasil>>. Acesso em: 12 maio 2017.

LOPES, VAS; RIBEIRO, JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. (no prelo). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-limitadores-e-facilitadores-para-o-controle-do-cancer-de-colo-de-utero-uma-revisao-de-literatura/16646?id=16646>>

MARCHAL, B.; et al. Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. **BMC Public Health**, v. 14, p. 378-391, 2014. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-378>>. Acesso 12 jun. 2017.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 273-289, jan.-mar. 2003.

MASCARELLO, K. C. et al. Survival analysis of women with cervical cancer treated at a referral hospital for oncology in Espírito Santo State, Brazil, 2000-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 823-831, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400019>. Acesso 13 jul. 2017.

MASCARELLO, K. C.; et. al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 417-426, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf>. Acesso 13 jul. 2017.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./ out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500037&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MELO, W. A. et al. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.17, n. 4, p. 645-652, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000400637&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MENDONÇA, V. G. de et.al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 5, p. 248-55, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000500007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso 20 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. (Série Manuais Acadêmicos). 95p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.212, de 20 de dezembro de 2007**. Institui um Comitê Permanente para acompanhar e monitorar a implementação de ações relativas à vacina contra o HPV. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3212_20_12_2007.html>

OZAWA, C.; MARCOPITO, L. F. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 5, 2011, p. 238-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-72032011000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2017.

PAIVA, G. F. dos S.; SILVA, D. B. do N.; FEIJÓ, C. A. **Consumo e critérios de classificação socioeconômica: um estudo aplicado à pesquisa de orçamentos familiares**. Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento (CEDE). Texto para discussão n. 75, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD75.pdf>>. Acesso 20 jul. 2017.

PATANKAR, S. S. High and Low-dose rate Brachytherapy for Cervical Cancer. **Gynecologic Oncology**, v. 136, n. 3, p. 534-541, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25575481>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

PENCHANSKY, R.; WILLIAM, T. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 14, n. 2, p. 127 – 140, 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C. ; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002145>. Acesso em: 12 jul. 2017.

PILLI, Luís et al. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). 2016. 6 p. Disponível em: <www.abep.org/Servicos>. Acesso em: 13 jul. 2017.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R. ; SILVA JUNIOR, A. G. ; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 2008. p. 17- 41.

REIS, A.C.; et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp., p. 330-344, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042017000500330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2017.

RIBEIRO, L. et al. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00001415, jun., 2016. p. 1-13.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Assessoria de regionalização**. Rio de Janeiro, 14 abr. 2017. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estadual de atenção oncológica**. Rio de Janeiro, maio de 2017. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnostico-052017/file.html>>. Acesso em: 12 ago. 2017. (SECRETARIA..., 2017)

SBCO - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. **Diferenças entre CACON X UNACON**. 2015. Disponível em: <<http://www.sbco.org.br/2014/10/03/diferencas-entre-cacon-x-unacon/>>. Acesso em 26 dez. 2017.

SICOTTE, C.; et.al. A conceptual framework for health care organizations performance. **Health Services Management Centre**, v. 11, p. 24-38, 1998. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/095148489801100106?journalCode=hsma>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SILVA, M. R. F. da et al. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, 2016, p. 107-119. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000300107&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SPEDO, S. M. ; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2017.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R; SILVA JR., AG ; MATTOS, RA. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro, CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p. 189-196.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L (et. al.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n. 2, p. 277-284, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000200020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 20 Sup. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800014&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 13 out. 2017.

TRUFELLI, D. C. et. al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302008000100024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso 16 out. 2017.

VASCONCELLOS, S. A. et al. Mulher com câncer do colo do útero: trajetória terapêutica. **Journal Health NPEPS**, v. 1, n. 1, p. 17-30, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1454>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B. Itinerários terapêuticos de famílias em busca de cuidado para os problemas de saúde mental. In: TRAD, L. A. B. et al. **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções**. CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2015. p. 285- 299.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 711-724, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2016.

VIACAVA, F.; et. al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p. 921-934, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.15-39.

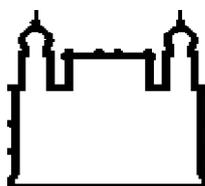
WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency Research on câncer. **Cancer Today: population fact sheets: world. 2012**. Disponível em: <<http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations?population=900&sex=0>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

XAVIER, P. M. A.; FLOR, C. C. C. Saberes populares e educação científica: um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. **Revista Ensaio**, v. 17, n. 2, p. 308-328, maio/ago. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epec/v17n2/1983-2117-epec-17-02-00308.pdf>>. Acesso 23 nov. 2017.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

- 1- Quais foram os primeiros sintomas do câncer de colo de útero (CCU)?
- 2- Diante destes sintomas, o que você fez? Procurou em algum momento um serviço de saúde?
Caso sim, qual foi o serviço procurado? (UBS, Estratégia Saúde da Família, CRTM, ambulatório em hospital, Pronto Socorro)
- 3- Em qual serviço de saúde você fez o 1º. ‘exame preventivo’ cujo resultado se apresentou alterado? Este serviço você procurou espontaneamente ou por indicação de algum profissional de saúde?
- 4- Além deste, você fez outro preventivo com resultado alterado? Caso sim, em qual serviço de saúde?
- 5- Você costumava fazer o “preventivo” anualmente? **Caso não**, porquê? Havia dificuldade no acesso a serviços ou foram outras questões?
- 6- Houve dificuldade para fazer biópsia/colposcopia? Caso sim, a dificuldade foi de qual tipo? Houve rapidez para fazer, pegar resultado e mostrar ao médico?
(Exame feito em até 30 dias após solicitação médica? Resultado em até 30 dias? Retorno ao médico em até 30 dias para mostrar o resultado?)
- 7- Após a biópsia/colposcopia, qual o tratamento indicado? (cirurgia/conização, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia). Houve algum tipo de dificuldade para que esta solicitação fosse realizada? **Se sim**, qual?
- 8- Gostaria que descrevesse toda sua trajetória de busca por cuidados, desde o resultado alterado de preventivo até o tratamento com QT/RT/BRQT, detalhando as instituições que procurou e como foram os atendimentos.
- 9- Vivenciou dificuldades para utilizar os serviços de saúde referentes a recursos humanos e a equipamentos? **Caso sim**, comente.
- 10- Você se sente satisfeita com os atendimentos prestados na UBS/Posto de Saúde (caso tenha utilizado), no Centro de Referência e a Tratamento da Mulher (caso tenha utilizado) e nos hospitais (analisar cada hospital utilizado)? **Caso não**, porquê?
- 11- Considerou que houve cordialidade, atenção e respeito pela equipe de saúde nos atendimentos? **Se sim**, isso ocorreu em todos os níveis de atenção? **Se não**, comente.
- 12- Dificuldades relacionadas à distância entre moradia e local de atendimento de saúde ocorreram? **Se sim**, comente.
- 13- Quais as suas expectativas em relação à evolução de sua doença? Há expectativas de cura?

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Política de Atenção Oncológica: desempenho da atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ”, desenvolvida por Viviane Aparecida Siqueira Lopes, aluna do Doutorado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. José Mendes Ribeiro.

O objetivo central do estudo é avaliar o desempenho da atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ, a partir do acesso aos serviços de saúde, da continuidade do tratamento, da satisfação com o atendimento recebido e da efetividade da atenção à saúde recebida.

Esta pesquisa envolver análise de prontuários e entrevistas a mulheres em tratamento ou em processo de diagnóstico referente ao câncer de colo de útero, no Hospital Escola Álvaro Alvim, no Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia/Oncobeda, na Sociedade de Beneficência Portuguesa de Campos e no Centro de Referência de Tratamento da Mulher. Assim, sua participação consistirá em autorizar a análise de seu prontuário e em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, com gravação. Portanto, ao assinar este termo você estará autorizando a análise de seu prontuário, aceitando participar das entrevistas e permitindo a gravação da entrevista, que possuirá um tempo de duração de, aproximadamente, quarenta minutos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo de conhecimento exclusivo da pesquisadora e seu professor-orientador, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade. A divulgação das informações ocorrerá de modo agregado e/ou com nomes fictícios para fins de respeito às particularidades de cada participante. Seu arquivamento será feito pela Escola Nacional de Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, localizada na Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ. CEP 21041-210.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, com acesso exclusivo da pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa se relaciona a possíveis aprimoramentos na atenção ao câncer de colo de útero no município em estudo, a partir da disponibilização dos resultados desta pesquisa à gestão pública municipal e de apresentação em reunião do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, localizado na Rua Gil de Góes, 157 – Centro, cujas reuniões ocorrem nas primeiras terças-feiras de cada mês, na sala deste conselho. A data desta reunião será divulgada aos participantes da pesquisa, pois esta reunião será o meio de retorno da pesquisa a seus participantes.

A participação na pesquisa poderá lhe causar algum constrangimento ou dano emocional; portanto, caso alguma pergunta lhe cause maior desconforto solicitamos que nos notifique, para fins de suspensão da entrevista.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Contatos podem ser feitos pelo telefone/Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863; ou, por e-mail: cep@ensp.fiocruz.br ou <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Contatos com a pesquisadora responsável, aluna do doutorado da Escola Nacional de Saúde/FIOCRUZ, podem ser realizados pelo celular: (22) 99948-9292 ou pelo e-mail: vivianeviviane@uol.com.br

Diante de tais esclarecimentos, declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa acima mencionada e concordo em participar, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar com a pesquisa.

Campos dos Goytacazes,de Agosto de 2017.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: