



MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de Estado de Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Escola Superior em Ciências da Saúde

Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde

**ANÁLISE DO PERCURSO ASSISTENCIAL DE
MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO
EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL**

Autora: Rafaela Paes Marques

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Costa

Coorientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Brasília - DF

2019



**ANÁLISE DO PERCURSO ASSISTENCIAL DE
MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO
EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Política, Gestão e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento, Gestão e Avaliação de Sistemas e Serviços

Autora: Rafaela Paes Marques

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Costa

Coorientador: Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Brasília - DF

2019



Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

PM357a PAES MARQUES, RAFAELA
ANÁLISE DO PERCURSO ASSISTENCIAL DE MULHERES COM
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA UNIDADE DE
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL / RAFAELA PAES MARQUES; orientador
Ana Maria Costa; coorientador Fábio Ferreira
Amorim. -- Brasília, 2019.
58 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Acadêmico em
Ciências da Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e
Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,
2019.

1. Acesso ao exame preventivo. 2. Câncer de Colo
de Útero. 3. Atendimento Oncológico na Saúde Pública.
I. Costa, Ana Maria, orient. II. Ferreira Amorim,
Fábio, coorient. III. Título.



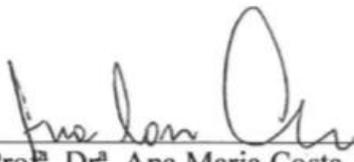
TERMO DE APROVAÇÃO

RAFAELA PAES MARQUES

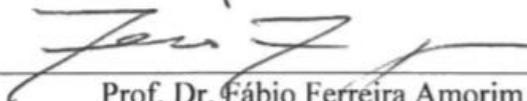
ANÁLISE DO PERCURSO ASSISTENCIAL DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* em Ciências da Saúde – Mestrado Acadêmico – da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

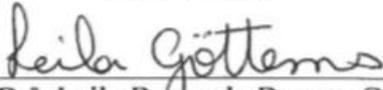
Aprovada em: 30/09/2019



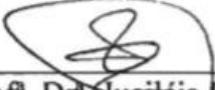
Prof.^a. Dr.^a. Ana Maria Costa
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientadora



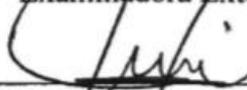
Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Coorientador



Prof.^a. Dr.^a. Leila Bernarda Donato Göttems
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna



Prof.^a. Dr.^a. Juciléia Rezende Souza
Universidade de Brasília (UnB)
Examinadora Externa



Prof. Dr. Lévy Aniceto Santana
Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente



MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS

Dedicatória

Ao meu filho Nestor e meu esposo Paulo Humberto, cúmplices nesta aventura!



Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter me permitido com sabedoria chegar até aqui.

Aos meus amigos e família, em especial meu irmão Bráulio, que me apoiaram nos momentos em que necessitei de cuidado comigo e com Nestor.

Aos colegas do mestrado que compartilharam ansiedades e boas conversas, em especial Maria Marta que me ensinou que pedir ajuda e ser cuidada não é fraquejar.

A minha Orientadora, Dra. Ana Costa e meu Coorientador Dr. Fábio Amorim pela compreensão e generosidade.

A meu esposo, meu eterno companheiro de aventuras, que nesta caminhada foi meu porto seguro, me incentivando a cada passo. Te amo!

A meu filho Nestor, por cada “sorriso banguela” que recebi quando lhe pedia desculpas por ter dividido a atenção com esta dissertação.



PRECE

Meu Deus, agora que não estou mais no tempo de alimentar ilusões, aguça meus sentidos para que eu perceba a beleza das realidades.

Agora que as opções foram feitas e tantas portas se fecharam no definitivo, dá-me aceitação para que as renúncias não sejam um fardo pesado demais.

Agora que a soma de erros derrubou as jovens ilusões de onipotência, não me tire a pretensão de continuar tentando acertar.

Agora que desenganos e incompreensões repetiram lições de ceticismo, livra-me do comodismo, redobra minha vontade.

Agora que já aprendi a precariedade das coisas, as limitações de todas as lutas, as proporções da minha pequenez, afastam-me do desânimo.

Agora que já alcancei o ponto de perspectiva que me dá a exata visão do pouco que sei, livra-me da defesa fácil de colocar viseiras e ajuda-me a envelhecer com a abertura dos corajosos, dos que suportam revisões até a hora da morte.

Agora que aumenta o círculo das criaturas que me olham e esperam alguma coisa de mim, dá-me um pouco de sabedoria, ensina-me a palavra certa, inspira-me o gesto exato, norteia minha atitude.

Agora que perdi a abençoada cegueira da juventude e só posso amar de olhos abertos, redobra minha compreensão, ajuda-me a superar mágoas, protege-me da amargura.

Meu Deus, concede-me a graça de não cair na desilusão, de não chorar o passado, de continuar disponível, de não perder o ânimo, de envelhecer jovem, de viver cada dia com reservas de amor.

Amém

Elisa Guimarães



RESUMO

O Câncer de Colo Uterino (CCU) é o principal responsável pelo óbito de centenas de milhares de mulheres por ano em todo o mundo. Trata-se de uma doença de potencial curativo quando diagnosticado em estágio inicial. O presente estudo tem como objetivo analisar como ocorre o acesso ao diagnóstico e o processo de tratamento oncológico em mulheres com câncer de colo Uterino (CCU) no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Quanto à metodologia de pesquisa, a mesma consiste em um estudo observacional de coorte retrospectiva com base em 103 prontuários de pacientes que passaram pelo processo de diagnóstico e tratamento de CCU no Unacon/HUB entre os anos de 2014 e 2018. Observou-se que a maioria são mulheres com idade superior a 40 anos, de baixa escolaridade, baixa renda (até 2 salários mínimos mensais) e que o estágio da doença foi diagnosticado entre os estágios mais avançados, em sua maioria o laudo foi emitido no setor privado em menos de 12 dias, porém, entre o laudo e o primeiro atendimento houve uma demora significativa. A demora no início do tratamento demonstra que a rede de saúde precisa ser melhor articulada e integrada, superar a predominância da atenção curativa, além de ser aprimorada para ser capaz de operar a complexidade de cuidados com as mulheres diagnosticadas com CCU.

Palavras-chave: Acesso ao exame preventivo. Câncer de Colo de útero. Atendimento oncológico na saúde pública.



LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estadiamento preconizado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).....	26
--	----



LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Lista de pacientes que iniciaram o tratamento antes do acolhimento.....	37
Tabela 2: Lista de pacientes que solicitaram a vaga antes da emissão do laudo.....	38
Tabela 3: Perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018.....	40
Tabela 4: Estadiamento clínico em mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018. (n = 103)	41
Tabela 5: Tempo dos intervalos do processo de finalização diagnóstica e início de tratamento, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018.	42
Tabela 6: Tempo médio entre coleta do material para biópsia e emissão do laudo, por local de emissão do laudo, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 42, p-valor < 0,001).	42
Tabela 7: Tempo médio entre emissão do laudo e solicitação da vaga, por local de emissão do laudo, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 34, p-valor = 0,0167).	42
Tabela 8: Tempo médio entre acolhimento e início do tratamento, por local de emissão do laudo, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 22, p-valor = 0,0477).	43
Tabela 9: Tempo médio entre coleta e laudo, por nível de escolaridade, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 73, p-valor = 0,0011).	43
Tabela 10: Tempo médio entre coleta e laudo, por estado civil, em dias, das mulheres com câncer de Colo atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 73, p-valor = 0,0111).	43
Tabela 11: Tempo médio entre acolhimento e tratamento, por raça, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 55, p-valor = 0,315).	44
Tabela 12: Tempo médio entre acolhimento e tratamento, por nível de escolaridade, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 55, p-valor = 0,041).	44
Tabela 13: Tempo médio entre acolhimento e tratamento, por estado civil, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 55, p-valor = 0,0637).	44
Tabela 14: Tempo médio entre coleta e laudo, por desfecho, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (p-valor = 0,0183).	45



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Descrição do processo de finalização diagnóstica e início de tratamento oncológico por etapas.	36
---	----



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- APS – Atenção Primária à Saúde
- Cacon – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
- CCU – Câncer do Colo de Útero
- CF – Constituição Federal
- CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
- DF – Distrito Federal
- EAB – Atenção Básica tradicional
- Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ESF – Equipes de Saúde da Família
- FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- GECAN – Gerência do Câncer
- HPV – Papiloma Vírus Humano
- HUB – Hospital Universitário de Brasília
- IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer
- IHBDF – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
- INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
- MS – Ministério da Saúde
- NCC – Núcleo Central de Citopatologia
- NUSM – Núcleo de Saúde da Mulher
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno
- SES – Secretaria de Estado e Saúde
- SISREG – Sistema de Regulação
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TNM – Classificação de Tumores Malignos (*Classification of Malignant Tumours*)
- UBS – Unidades básicas de saúde
- UnB – Universidade de Brasília
- Unacon – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Justificativa.....	15
1.2	Problema e hipóteses de pesquisa	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	SUS: Acesso, Conceito e Características	18
2.2	Aspectos Epidemiológicos e da Atenção ao Câncer no Brasil.....	23
2.3	A política de atenção ao câncer de colo de útero no Brasil.....	27
2.4	Rede de Atenção Oncológica no Distrito Federal – DF e Fluxo de acesso.....	31
3	OBJETIVOS.....	34
3.1	Objetivo Geral	34
3.2	Objetivos Específicos	34
4	METODOLOGIA	35
4.1	Delineamento do Estudo	35
4.2	Seleção das Participantes.....	35
4.3	Coleta dos dados.....	35
4.4	Análise Estatística dos Dados.....	38
4.5	Aspectos Éticos	39
5	RESULTADOS	40
6	DISCUSSÃO.....	46
7	CONCLUSÕES.....	53
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
	ANEXO	58



1 INTRODUÇÃO

Os cânceres de mama e de colo do útero (CCU) são as neoplasias mais comuns em mulheres no Brasil conforme dados do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, fato também observado no resto do mundo. Entretanto, quando comparados com países desenvolvidos, a incidência brasileira de CCU é duas vezes maior. Ademais, o CCU permanece como principal responsável pelo óbito de centenas de milhares de mulheres por ano, mesmo sendo um dos tipos de câncer com maior potencial de prevenção e tratamento quando diagnosticado de forma precoce.

Trata-se de tipo de câncer com evolução lenta, que passa por etapas bem definidas e, que por ter fácil detecção por meio do exame Papanicolau, pode ter o diagnóstico rápido e o tratamento eficaz (BRITO-SILVA et al., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o rastreamento de CCU de forma sistemática em mulheres com idade entre 25 e 59 anos.

Tratar uma lesão intraepitelial pode reduzir a incidência de CCU em até 90%. Isso mostra que o padrão e a qualidade do rastreamento de CCU ofertado às usuárias podem impactar de forma significativa na morbidade e mortalidade relacionadas a essa doença.

Considera-se que, nos últimos anos, houve melhora na cobertura do exame citológico no Brasil, porém ainda insuficiente para impactar de modo significativo na redução da mortalidade (BRITO-SILVA et al., 2013).

O acesso da população aos diferentes níveis assistenciais está entre os sentidos atribuídos à integralidade, se há prejuízo ao acesso universal à saúde, garantido constitucionalmente, há dificuldade na continuidade da atenção.

O presente estudo tem como temática a avaliação do processo diagnóstico e de tratamento de CCU de forma a identificar as possíveis barreiras e as facilidades encontradas pelas mulheres tratadas em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade de um hospital universitário em Brasília, Distrito Federal, Brasil. A pergunta que orientou esta pesquisa foi: como ocorreu o acesso ao diagnóstico e ao processo de tratamento oncológico de câncer do colo do útero para pacientes que receberam tratamento em um hospital universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil?



1.1 Justificativa

De acordo com Brito-Silva et al. (2013) menos de 30% dos casos de CCU diagnosticados no Brasil acontecem em estádios iniciais sendo a maioria das mulheres diagnosticadas em estágio avançado da doença. Entre os principais fatores atribuídos à demora do diagnóstico está a falta de conhecimentos acerca da necessidade dos exames preventivos, falta de conscientização, a pobreza, a demora como também para ser atendida nos serviços de saúde, falhas e dificuldades burocráticas no acesso.

O autor ainda aponta que no Brasil, o diagnóstico do CCU ocorre de forma tardia independente da faixa etária. Os principais fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado do CCU que não estão passíveis de intervenção estão relacionados às desigualdades socioeconômicas. Houve ainda maior índice em mulheres com idade superior a 50 anos, sem companheiro, negras e baixa escolaridade, que também mostrou-se neste estudo como fatores que elevaram o risco de obter o diagnóstico do CCU em fase avançada, apontando assim, a necessidade de compreender o que leva a tal fato (BRITO-SILVA et al., 2013).

Acredita-se que a escolaridade seja o principal fator de dificuldade para a mulher é não compreender e não estar consciente da necessidade de fazer os exames preventivos periodicamente. A situação financeira, atrapalha o acesso por interferir no processo de deslocamento até o local do exame. Quanto a raça/cor, é evidente estigma e o atraso e a dificuldade dessa fatia da população no acesso aos direitos básicos mesmo quando esses são garantidos por lei.

De acordo com Vidal (2017), as mulheres enfrentam dificuldades no acesso à rede pública desde a realização do diagnóstico até o acesso ao tratamento. O acesso aos serviços nos hospitais públicos muitas vezes se configura em peregrinação, com idas e vindas, que atrasam o diagnóstico e o início do tratamento por consequência. Sobre esse aspecto, o autor aponta fragilidade em todos os níveis do sistema de saúde. Embora esteja entre os princípios do SUS a universalidade, integralidade e equidade como direito de todo cidadão brasileiro, pois a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Também afirma que os principais pontos críticos das barreiras de acesso, em ordem de importância do diagnóstico em fase inicial, é a baixa qualidade do processo, falhas e



desorganização do fluxo de acesso, e ainda baixa adesão ao exame preventivo na atenção básica.

Nos casos do acesso precoce observa-se que o tratamento é eficaz e a doença se desenvolve lentamente, porém, quando o mesmo ocorre em estadiamento avançado, não há possibilidade de intervenção e decorre na morte da mulher.

Silva, Silveira e Gregório (2012) apontam que é necessário ter uma visão diferenciada da mulher em relação ao homem. Trata-se de um ser complexo, que ainda sofre com as limitações decorrentes de sua posição social que, embora muito evoluiu ao longo da história, ainda está longe do que se idealiza por igualdade. A mulher vem conquistando direitos que favorecem no cuidado com sua saúde, incluindo a composição de novas campanhas para discutir e influenciar o uso de condutas preventivas, aumentar a adesão ao exame de Papanicolau, ajudar a rastrear mulheres com perfil de risco e sem acesso ao atendimento e aos exames nos intervalos preconizados pelas organizações de saúde.

A realidade atual é ainda transversal ao direito à saúde, garantido socialmente pela constituição federal. Faz-se necessário, para aprofundar o conhecimento e a busca de soluções para tal problemática, conhecer as principais limitações ao acesso ao diagnóstico e ao início do tratamento de mulheres portadoras de câncer de colo uterino, o que será avaliado a partir da história de tratamento de mulheres atendidas no Hospital Universitário de Brasília.

1.2 Problema e hipóteses de pesquisa

A escolha do tema se deu pela própria experiência da autora ao longo de sua vivência como profissional de Serviço Social no Unacon/HUB. Quando da chegada dos novos pacientes na Unidade de Oncologia, uma das atribuições do Assistente Social, em conjunto com demais profissionais, é realizar uma avaliação social inicial que permita identificar sinais de risco social, verificando, mesmo que superficialmente neste momento, suas condições de vida e propondo um plano de cuidado adequado a cada paciente.

Esta atividade, denominada acolhimento, compreende o processo de chegada dos pacientes no Unacon onde a equipe multiprofissional tem como premissa avaliar as necessidades iniciais dos pacientes; apresentar as rotinas de atendimentos na Unacon; desmistificar tratamentos realizados (quimioterapia e radioterapia); apresentar a equipe



multidisciplinar; dar conhecimento sobre direitos e legislação específica; falar sobre aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico e início do tratamento; e realizar intervenções em crise (SANTOS, 2017).

Durante este processo de acolhimento, o Assistente Social se depara com relatos sobre as condições anteriormente enfrentadas pelos pacientes, incluindo diferenças de acesso, ou seja, nas quais pacientes conseguem concluir o diagnóstico e chegar até o primeiro atendimento mais rapidamente e por fluxo diferenciado do preconizado e outros que, não somente chegam tardiamente ao serviço, como também peregrinam pelas unidades de saúde em busca de atendimento.

Tendo formação em atenção oncológica desde 2006, ano no qual assumiu as funções de Assistente Social no então Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia Cacon/HUB, atualmente credenciado como Unacon/HUB, a autora deste trabalho frequentemente se depara com relatos que indicam a existência de acesso diferenciado e quebra dos princípios do SUS.

Observa-se diariamente falta de integração nos atendimentos oferecidos em toda a rede pública de Saúde do DF, o que prejudica o atendimento e o acesso aos exames de diagnóstico. Sendo assim, esse estudo surgiu como resposta a uma antiga inquietação, dada a necessidade de analisar e compreender melhor as causas relacionadas aos problemas de acesso das mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero.



2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SUS: Acesso, Conceito e Características

A saúde foi reconhecida como direito fundamental do cidadão brasileiro na Constituição Federal de 1988, previsto no Título II que se refere aos “Direitos e Garantias Fundamentais”, bem específicos no rol dos direitos sociais (art.6º), e no Título VIII (Da Ordem Social), nos artigos 196 a 200, impõem aos poderes públicos várias tarefas, como a de promover políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos, e o acesso universal. Neste artigo enunciam saúde como direito de todos e fixam as diretrizes e as competências do SUS (BRASIL, 1988).

O modo como foi sistematizado o direito a saúde permite classificar o texto constitucional brasileiro como o mais completo e explícito entre muitos países, destaca Rodriguez Neto (2003). É o que melhor caracteriza, do ponto de vista dos países capitalistas, o Sistema Único de Saúde, responsabilidade do Estado, e as relações com o setor privado.

Com as inovações da Constituição Federal de 1988, a adoção da concepção ampliada de saúde foi a parte que se destacou, apontando para a superação do modelo assistencial centrado na doença e a implantação da atenção integral aos cidadãos. A legislação estabeleceu os fatores determinantes e condicionantes da saúde, reconhecendo sua intrínseca relação com os demais direitos humanos, tendo como referência o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (SILVA, 2009).

A saúde é direito fundamental do ser humano e tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, segundo a Lei 8.080/90. A observância desses elementos permite afirmar que a saúde deve ser compreendida como o resultado de um conjunto de condições coletivas de existência, concepção esta que mantém uma estreita vinculação com o conceito de qualidade de vida, o qual pressupõe o exercício dos direitos de cidadania, incluindo o direito ao trabalho, ao salário justo, as condições dignas de moradia, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais, dentre outras (SILVA, 2009).



Para Rodriguez Neto (2007, p. 130), essa visão pressupõe.

A compreensão multissetorial da saúde, que rejeita aquela que apenas enfatiza o equilíbrio orgânico, apontando para a questão subjacente do bem-estar social e da qualidade de vida, além de entender a impossibilidade de o sistema de saúde ser responsabilizado pelas condições de saúde da população. Quando muito (e essa é uma mudança fundamental na reorientação do sistema de saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária), monitorando indicadores e riscos, elabora as pautas de intervenção dos outros setores da vida econômica e social, na direção da formulação de políticas públicas saudáveis. Isto é, a política de saúde é vista e compreendida como a convergência das políticas sociais e econômicas para a produção da qualidade de vida e do bem-estar coletivo, ou seja, como política governamental global.

O conceito de saúde reconhece que há uma estreita articulação entre os fatores social e o econômico, e que esses, assim como os culturais e ambientais, são determinantes das condições de vida e saúde da população, destaca o autor. Neste entendimento, muito mais do que uma definição conceitual, isso indica que a saúde deve ser vista como um processo, resultante de modo de inserção do indivíduo e se grupo social na sociedade, tendo, por seguinte, uma base material para sua explicação e determinação (RODRIGUEZ NETO, 2007).

A adoção da concepção ampliada de saúde legitima o princípio da integralidade do SUS, que aponta para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e expõe a necessidade da interlocução com as demais políticas públicas. Além da necessidade da reestruturação dos serviços e ações de saúde, é necessário o desenvolvimento de ações integradas entre os diversos órgãos, secretarias e instituições, visando à complementaridade dos serviços e conseqüentemente a potencialização das ações (SILVA, 2009).

Entretanto, a compreensão da saúde como resultado da qualidade de vida de um povo e das políticas adotadas pelo Estado exige mudanças bem mais amplas, relacionadas democratização do país. Isto quer dizer, é necessário discutir questões políticas que dizem respeito a toda sociedade, como, por exemplo, o acesso à riqueza socialmente produzida e o usufruto dessa riqueza pela população. Por esse lado, a nova concepção de saúde exige uma mudança de foco da assistência para as políticas gerais, que são determinantes das condições de saúde e doença, assim como à discussão da



estrutura de classe em nosso país e à posição de cada qual nessa estrutura (RODRIGUEZ NETO, 2007).

Destaca o autor que embora o direito à saúde requeira do Estado a obrigação de agir, é um direito que também exige do estado ações negativas, isto é, que se abstenha de atuar de modo a prejudicar a saúde dos cidadãos (RODRIGUEZ NETO, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema público de saúde do Brasil, foi inspirado no National Health Service Britânico. A versão brasileira também ganhou destaque no cenário mundial e é hoje um sistema ímpar no mundo. O SUS garante acesso integral, universal e igualitário a população que necessite de atendimento, indo de um simples atendimento ambulatorial a procedimentos complexos como transplantes de órgãos e tratamentos de câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

De acordo com o CCATES (2014), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado pela Constituição de 1988. Conhecida como Constituição Cidadã, tal documento é resultado de anos de trabalho dos movimentos populares, e para garantir um comando único e a participação popular, estabeleceu-se os seguintes princípios doutrinários:

- Integralidade;
- Equidade;
- Universalidade para a organização;
- Regionalização;
- Hierarquização;
- Descentralização.

A partir desse ponto, a legislação brasileira começa a tratar a saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Poder Público em todas suas esferas garantir sua eficácia por meio de políticas sociais e econômicas. O SUS tem como intuito reduzir os riscos de doenças e epidemias que levem a mortes individuais e coletivas, assim como possibilitar que o acesso universal seja facilitado e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2011).



O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. Esse processo se por um lado resultou da ampla mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), revela a aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar Social (Welfare state), contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira. É preciso, portanto, entender o significado disso, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da Política, em suma, da natureza das relações entre público e privado, e mais contemporaneamente, das relações entre estatal-público-privado (TEIXEIRA, 2011, p. 15).

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios e diretrizes estratégicos de universalidade, equidade e descentralização.

A universalidade relaciona-se à democratização da comunicação, bem como a garantia do livre acesso da população por meio da informação passada a meios e canais de atendimento, bem como a oportunidade de se expressar, que ocorre por meio dos espaços de fala, que em geral conduzem múltiplos discursos, além de difundir ideias, propostas e conhecimentos (SADALA, 2008).

Já a equidade abarca as divergências socioculturais e econômicas, além de prevenir os danos que são causados devido às dificuldades relacionadas ao acesso à informação quanto as possibilidade e disposições da assistência à saúde (SADALA, 2008).

Por sua vez, a descentralização cumpriria o conceito de promover estímulo à uma participação mais intensa da população local quanto as decisões, sendo isso possível a partir da criação de novos canais de promoção da comunicação (SADALA, 2008).

O SUS também está em constante processo de evolução e necessita de melhorias quanto à qualidade, à promoção da saúde e à prevenção de doenças, tendo em vista a superação de precariedades no atendimento e nas condições em algumas unidades, da superlotação nos hospitais, da falta de materiais e profissionais e a melhoria dos sistemas de informações em saúde (RIBEIRO; CRUZ; MARINGOLO, 2013).



De acordo com Mendonça (2006) a regulação no Setor Saúde pode ser compreendida como uma ação social e abarca ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação do sujeito social acerca da produção de bens e serviços em saúde. Engloba o Estado como principal sujeito, mas ainda os sujeitos não estatais (segmento privado lucrativo como planos e seguros de saúde), além das corporações profissionais e usuários organizados dentre outros.

Assim, a portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo as seguintes dimensões:

- 1) Regulação de Sistemas de Saúde:
 - Objeto: os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional,
 - Sujeitos: respectivos gestores públicos,
 - Objetivo: definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- 2) Regulação da Atenção à Saúde:
 - Objeto: a adequada prestação de serviços à saúde,
 - Sujeitos: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde,
 - Objetivo: garantir, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores COAP, a prestação de ações e serviços de saúde;
- 3) Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial):
 - Objeto: acesso aos serviços de saúde,
 - Sujeitos: seus respectivos gestores públicos,
 - Objetivo: Organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

Quanto ao processo de comunicação instaurado é ainda um grande problema, pois, de acordo com Ribeiro, Cruz e Maringolo (2013), essa comunicação ainda é ineficaz, e os cidadãos desconhecem os níveis de atenção à saúde, o que enfraquece a porta de entrada do SUS, principalmente para programas de prevenção como é o caso dos exames ginecológicos. Assim é necessário otimizar, organizar, integralizar e tornar mais acessível o atendimento à saúde, principalmente com programas que melhorem o



atendimento à saúde da mulher que tanto carece de melhor atenção e atendimento, sendo as principais vítimas dos cânceres como o CCU e o câncer de mama.

2.2 Aspectos Epidemiológicos e da Atenção ao Câncer no Brasil

O Instituto Nacional do Câncer (2013) pontua que o Brasil, assim como o mundo, tem passado por diversas mudanças, que se caracterizam pelo processo da globalização, o que acarreta na industrialização e mudanças na vida urbanizada.

Se por um lado o avanço da ciência, criação de vacinas, medicamentos, exames e outras tecnologias voltadas para a saúde aumentam a expectativa de vida, por outro lado, o estresse e os hábitos nada saudáveis dessa nova forma de viver têm refletido no aumento da frequência de doenças crônico-degenerativas na população, o que inclui o câncer (INCA, 2013).

De acordo com Soares e Silva (2009) o câncer é o termo usado para denominar todo tumor maligno, e consiste em um distúrbio genético em que é perdido o controle normal do crescimento celular, o que dentro da normalidade ocorre ao longo da nossa vida.

De acordo com Nascimento (2014), o câncer é uma enfermidade multicausal crônica, que consiste em um crescimento descontrolado, acelerado e invasivo de células que levam a uma alteração do tecido afetado devido ao seu material genético.

Já de acordo com o IBCC, o Câncer foi considerado a 2ª maior causa de morte no Brasil, com uma estatística de 600 mil casos diagnosticados por ano no país no biênio 2018-2019. O país possui uma grande incidência dos cânceres de próstata, pulmão, em mulheres câncer de mama e colo do útero, o câncer de reto também é bastante comum entre os mais incidentes, além de cânceres no estômago e esôfago. Acredita-se que esse número deve aumentar nas próximas duas décadas, o que demonstra a necessidade de criar medidas de prevenção e reorganização da rede assistencial (IBCC, 2018).

De acordo com o Plano de Atenção Oncológica, (BRASIL, 2013, p. 5),

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços



regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País (BRASIL, 2013).

Graças à tecnologia e à ciência, nas duas últimas décadas houve uma considerável evolução e avanço no tratamento do câncer, objetivando a cura por meio do tratamento terapêutico real em 50% dos tumores diagnosticados, que tem como principais intervenções: cirurgias, radioterapias, quimioterapias, hormonioterapias e a combinação destas ou outras (SOARES E SILVA, 2009).

De acordo com Ferreira et al. (2015), o câncer ginecológico, em específico, pode ser entendido como o conjunto das neoplasias do colo uterino, ovários, vagina e vulva, corpo e tuba uterina, bem como os sarcomas uterinos, podendo ainda ocorrer a neoplasia trofoblástica gestacional. Cabe ressaltar o câncer de mama que é assim considerado por sua alta incidência e prevalência na população feminina. No caso do câncer de colo do útero (CCU), foco deste estudo, também conhecido como cervical, ele se inicia com transformações intraepiteliais, em geral sua evolução apresenta um caráter progressivo caso sua detecção não for precocemente (LINARD, SILVA & SILVA, 2002).

Trata-se do terceiro câncer mais frequente e a quarta causa de morte por câncer nas mulheres no Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA). As estimativas para o biênio é de 16.370 casos novos e com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na região Norte (25,62/100 mil), o segundo mais incidente nas regiões Centro-Oeste (18,32/100 mil) e Nordeste (20,47/100 mil), o quarto mais incidente na região Sudeste (9,97/100 mil) e região Sul (14,07/100 mil), todos estes dados desconsiderando os tumores de pele não melanoma (INCA, 2018).

De acordo com Soares e Silva (2009), o câncer de colo de útero está associado de forma causal ao vírus papiloma humano, tendo como cofatores a história de



infecções sexualmente transmissíveis, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos e uso de tabacos. Observa-se ainda o aumento na incidência de lesões pré-invasivas do câncer de colo de útero com classificação moderada e grave em mulheres jovens.

A alta incidência de câncer evidenciada na população feminina demonstra um grande déficit nas ações de prevenção que deveriam ser efetuadas pelo estado, o que pode atrapalhar o diagnóstico precoce, e tornar o diagnóstico de câncer uma verdadeira “sentença de morte”, associada a muita dor e sofrimento (SOARES E SILVA, 2009).

De acordo com Bernardo et. al. (2007), a doença é considerada uma questão de saúde pública devido à morbimortalidade feminina no Brasil. Observa-se que mais da metade dos casos diagnosticados no Brasil tem sua ocorrência nos estágios III e IV, ou seja, em estádios avançados (ver Quadro 1). Apresentam grande potencial de prevenção e cura desde que o diagnóstico ocorra de forma precoce, no entanto, é cultural que a mulher dedique-se ao cuidado com o outro, o que gera a falta de hábito de estar observando a si própria de forma contínua, bem como as mudanças que ocorram em seu corpo, o que dificulta o diagnóstico precoce, e em muitos casos, mesmo frente a sinais evidentes de alteração, dor, sangramento ou secreção, a mesma evita procurar por ajuda devido ao medo do diagnóstico (NERONE & TRINCAUS, 2007).

O câncer de colo uterino é definido como em estágio inicial se diagnosticado nos estádios IA a IIA, sendo que tumores do tipo IA1, IA2 e IB1 são frequentemente tratados com cirurgia ou radioterapia exclusiva. Os tumores IB2 ou IIA podem ser tratados com cirurgia, radioterapia exclusiva ou quimioterapia e radioterapia concomitante a depender do volume e extensão da doença. Já, a doença localmente avançada foi definida a partir dos estádios IIB ao IVA quando a cirurgia não é considerada um tratamento curativo para essas pacientes. Nesses casos, o tratamento indicado é a radioterapia, sendo que, desde 1999, o tratamento de escolha é uma associação de quimioterapia e radioterapia, seguido por braquiterapia. Pacientes que apresentam doença metastática, estágio IVB, geralmente são tratadas com quimioterapia (SANTOS, 2019).

Quadro 1: Estadiamento preconizado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

TNM	FIGO	
Categories	Estádios	
TX		Tumor primário não pode ser avaliado
T0		Sem evidência de tumor primário
Tis		Carcinoma in situ (carcinoma pré-invasor)
T1	0	Carcinoma da cérvix confinado ao útero (extensão ao corpo deve ser desprezada)
T1a	IA	Carcinoma invasor, diagnosticado somente pela microscopia. Todas as lesões visíveis macroscopicamente – mesmo com invasão superficial – são T1b/estádio IB
T1a1	IA1	Invasão estromal de até 3 mm em profundidade e 7 mm ou menos de extensão horizontal
T1a2	IA2	Invasão estromal maior que 3 mm e até 5 mm em profundidade com extensão horizontal de 7 mm ou menos
T1b	IB	Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior que T1a2/IA2
T1b1	IB1	Lesão clinicamente visível com 4 cm ou menos em sua maior dimensão
T1b2	IB2	Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm em sua maior Dimensão
T2	II	Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina
T2a	IIA	Sem invasão do paramétrio
T2a1	IIA1	Lesão clinicamente visível com 4,0 cm ou menos na maior dimensão
T2a2	IIA1	Lesão clinicamente visível superior a 4 cm na maior dimensão
T2b	IIB	Com invasão do paramétrio
T3	III	Tumor que se estende à parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina ou causa hidronefrose ou exclusão renal
T3a	IIIA	Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica
T3b	III3B	Tumor que se estende à parede pélvica ou causa hidronefrose ou exclusão renal
T4	IVA	Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pélvis verdadeira
M1	IVB	Metástase a distância

Fonte: Santos (2019, p. 298-299).

Atingindo cada vez mais mulheres mais jovens, este tipo de câncer tem sua incidência observada em pacientes com idades entre 20 a 29 anos. Nesta fase para as mulheres, que engloba grandes e importantes conquistas, a mulher tende a ser mais ativa sexualmente e ter filhos. Porém, ao se tratar dos riscos associados, observa-se que estes



são ainda mais elevados para a faixa etária de 45 a 49 anos (NERONE & TRINCAUS, 2007).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, registrados pelo Instituto Nacional do Câncer, os principais fatores de risco e prováveis causas da doença são a contaminação pelo Papiloma vírus Humano (HPV), o tabagismo, e possuir múltiplos parceiros sexuais (Brasil, 2010). Nerone e Trincaus (2007) apontam que 99% das mulheres que foram diagnosticadas com câncer de colo uterino foram anteriormente infectadas pelo vírus HPV. A infecção por HPV também pode ser facilmente diagnosticada e tratada evitando sua evolução para o câncer, o que é realizado por meio de exame preventivo ou exame colpocitológico (conhecido também como citologia cérvico-vaginal ou Papanicolaou), o qual é adotado como referência para o rastreamento de câncer do colo do útero no Brasil, sendo considerada a principal estratégia de rastreamento e recomendado pelo Ministério da Saúde como meio para detecção do vírus e igualmente de prevenção do câncer de colo do útero.

2.3 A política de atenção ao câncer de colo de útero no Brasil

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 instituiu a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. Tal portaria implica em ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Essa política considera a importância da epidemiologia do câncer em cada região e sua magnitude social, como também leva em conta a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, os custos com a atenção oncológica e as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica.

A Política Nacional de Atenção Oncológica propõe a organização do atendimento oncológico no país perpassando por todos os níveis de atenção, seja através da esfera de governo estadual ou municipal, estabelecendo fluxos de referência e contra referência, garantindo o acesso dos portadores de câncer aos serviços especializados e o atendimento de forma integral. Também inclui a capacitação de recursos humanos e a qualificação da assistência em todos os níveis de atenção, com o objetivo de manutenção dos princípios do SUS.



As diretrizes presentes na Política Nacional também tem como componente fundamental a promoção e vigilância em saúde, incluindo como focos de atenção os hábitos e ambientes saudáveis, a preocupação com uma melhor qualidade de vida da população e redução dos fatores de risco de câncer, como: a preocupação com os ambientes livres do tabaco, com a preservação do meio ambiente, com a alimentação saudável, com a prática de atividade física, com os cuidados na exposição ao sol, entre outros fatores que podem ser reduzidos ou controlados na perspectiva de não potencializarem o surgimento de neoplasias.

A Política de Atenção Oncológica também mantém a lógica da divisão em níveis de atenção a saúde para a implantação de suas ações. Cabe à atenção básica realizar nas unidades básicas de saúde e equipes da saúde da família ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio às instituições de tratamento do câncer, cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2012), em todo o território do país existe o serviço de Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser realizado de forma descentralizada, com o intuito de ser acessível, estar sempre próximo ao usuário, sua família, bem como no maior espaço possível do território, observando suas condições de vida. De igual modo, as denominadas unidades básicas de saúde (UBS), locais voltados para o atendimento da comunidade pelas equipes de Saúde da Família (ESF) ou de Atenção Básica tradicional (EAB), consistem na principal porta de entrada do paciente no SUS e são ainda o ponto de contato preferencial do usuário.

Quanto às atribuições da AB observa-se que:

A AB tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, ela acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando ele demanda de um serviço especializado ou de uma internação, e é responsável pela coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais. Ela ainda é responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população. Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama (BRASIL, 2012, p. 15).



Quanto à prevenção do câncer de colo de útero, recomenda-se que:

Apesar de haver consenso quanto ao papel do exame de Papanicolau no rastreamento do câncer de colo uterino, há diferenças quanto às recomendações, quanto à idade de início do exame, sua frequência e com que idade poderia ser interrompida sua realização. Algumas organizações associativas de ginecologistas recomendam que qualquer mulher que tenha iniciado sua vida sexual, independentemente de mantê-la ativa, deve realizar o exame de Papanicolau a partir dos 18 anos, além de submeter-se a exame ginecológico. Caso a mulher apresente três exames consecutivos normais, ficaria a critério do médico examinador a sua realização a intervalos de três anos, a menos que fatores de risco venham a se interpor, como mudança de parceiro sexual, início de tabagismo etc. O exame poderia ser realizado até a idade de 70 anos. Alguns modelos matemáticos de dados de rastreamento mostram que a manutenção da prática do exame, em mulheres que previamente mostraram resultado normal consecutivamente, representava redução no risco de mortalidade de apenas 0,18% aos 65 anos e de apenas 0,06% aos 74 anos. Pacientes submetidas a histerectomia subtotal, ou seja, que mantenham o colo do útero, devem ser rastreadas normalmente. Por outro lado, quando houver remoção do colo uterino não haveria mais necessidade do rastreamento a menos que o motivo da sua extirpação tenha sido câncer invasor ou lesão pré-neoplásica (MOTTA, 2003, p. 87).

Para Toriy (2015), a partir do momento do diagnóstico as pacientes já passam a sofrer declínios com relação a sua qualidade de vida e inicia-se um período de incertezas e medo. Durante o tratamento, a mulher em muitos casos é submetida a tratamentos agressivos, como cirurgia e quimioterapia, necessitando de diferenciada atenção às implicações emocionais decorrentes, considerando a influência de grande impacto que podem ter na resposta física ao tratamento. Outro aspecto é a intensificação da angústia se ocorre demora no atendimento. Para minimizar o nível de sofrimento, observa-se a necessidade de readequar as práticas cotidianas realizadas pelas equipes multiprofissionais da saúde.

Devido à alta incidência e a mortalidade relacionada ao câncer de colo uterino, é responsabilidade dos gestores e demais profissionais da saúde a realização de ações voltadas para o controle dos cânceres ginecológicos, possibilitando um cuidado integralizado que alie as ações, desde a detecção precoce, até mesmo garantindo que estas tenham acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos de forma rápida e com qualidade.



Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica. Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto as ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes. Após o recebimento de um exame "positivo", cabe a AB realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento (BRASIL, 2012, p. 15).

Ainda de acordo com Toriy (2015), o sistema logístico da rede (S.I.) deve permitir que a AB acesse os relatórios dos tratamentos realizados, bem como devem facilitar a contra referência nos casos em que paciente recebe alta, pois a usuária continuará demandando cuidados especiais, e acompanhamento periódico.

Na média complexidade devem ocorrer os diagnósticos e tratamentos especializados, incluindo ambulatorios de cuidados paliativos, garantidos a partir do processo de referência e contra referência dos pacientes. Essas ações são organizadas segundo o planejamento de cada estado e região, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A alta complexidade é o ponto de assistência no qual se recebe o usuário com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer, se determina a extensão da neoplasia e finaliza o estadiamento da patologia. A atenção de alta complexidade em oncologia se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2006).

Dentro da Política de Atenção Oncológica destacou-se o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica – Projeto Expande, aprovado no ano de 2002 pelo Ministério da Saúde, que teve por finalidade ampliar a capacidade da rede de atenção oncológica já instalada do SUS, através de implantação e implementação de Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia. Ele se deve à constatação da realidade epidemiológica da cobertura assistencial demonstrada por estudo realizado pelo INCA, onde foi observada a má distribuição geográfica da oferta de serviços oncológicos em determinadas regiões do país.



Tal Projeto visava romper com a baixa cobertura assistencial a época e orientar a ampliação do atendimento à população de forma integral e incluindo diversos tipos de recursos necessários à atenção de alta complexidade em oncologia e estabelecendo parcerias com as secretarias de saúde estaduais e municipais, para atingir o objetivo de expansão da atenção oncológica com qualidade, dentro das unidades Cacon a serem implantadas no país preferencialmente em Hospitais de Ensino, entre eles o HUB.

Administrado desde 17 de janeiro de 2013 pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), empresa pública criada pela Lei 12.550/11 responsável por qualificação da equipe gestora, saneamento financeiro e contratação de funcionários no regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), o HUB tem um quadro de pessoal que conta com profissionais de diferentes vínculos: servidores da UnB, empregados Ebserh, cedidos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e terceirizados.

Em 19 de janeiro de 2017, o HUB assinou novo contrato de prestação de serviços com a SES-DF, reorganizando a forma de ofertar a estrutura do hospital para atender a população do DF, estabelecendo novos critérios de regulação de vagas para a secretaria, e definindo a área territorial e distrital de abrangência e sua respectiva população de referência. O HUB é centro de referência nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde e na integração em ensino prioritariamente para a região leste, composta pelas regiões administrativas do Itapoã, Paranoá e São Sebastião e suas respectivas cidades da Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE-DF).

2.4 Rede de Atenção Oncológica no Distrito Federal – DF e Fluxo de acesso

O Distrito Federal tem hoje, segundo o INCA, uma rede instalada para atenção oncológica composta por 9 Unidades assistenciais sendo eles: o Hospital de Apoio Abrace (Cacon serviço de Oncologia Pediátrica) exclusivo para tratamento de crianças e adolescentes; 5 Hospitais Regionais, Asa Norte, Ceilândia, Gama, Sobradinho e Taguatinga (Cacon serviço de Oncologia Pediátrica); Hospital Sarah /Associação das Pioneiras Sociais (Unacon); Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF (Cacon serviço de Oncologia Pediátrica); e o Hospital Universitário de Brasília (Unacon com serviço de Radioterapia) (INCA, 2019).



Essas unidades são classificadas conforme portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Porém, na prática, as Unidades capacitadas com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos que permitam uma prestação de assistência especializada para o diagnóstico definitivo e tratamento câncer, são apenas 5: Hospital de Apoio Abrace (Cacon); Hospital Sarah /Associação das Pioneiras Sociais (Unacon), com atendimentos referenciados; Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF (Cacon); Hospital Regional de Taguatinga (Unacon); o Hospital Universitário de Brasília (Unacon com serviço de Radioterapia). Especificamente, para prestar assistência às mulheres com câncer de CCU no âmbito do SUS, apenas o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF, o Hospital Regional de Taguatinga e o Hospital Universitário de Brasília estão credenciados (INCA, 2019).

Passo anterior ao atendimento oferecido nas Unidades hospitalares cabe ao ordenamento pelo Núcleo de Saúde da Mulher (NUSM) que na SES-DF considerando a necessidade de normatização e padronização de condutas acerca da coleta do exame colpocitológico preventivo, em parceria com a Gerência do Câncer (GECAN) e Núcleo Central de Citopatologia (NCC) para cumprimento de meta pactuada com o Ministério da Saúde, o público alvo estabelecido para as ações de prevenção do câncer do colo do útero nas UBS.

Uma vez coletada a citologia cérvico-vaginal, cabe aos gestores das Unidades Básicas de Saúde (gerentes, chefes de enfermagem) e aos chefes das Unidades de Ginecologia e Obstetrícia nas Unidades Hospitalares, a responsabilidade pelo fluxo da pronta e adequada distribuição dos laudos nas Unidades que gerenciam, logo após a chegada dos mesmos às Unidades de Saúde. Ressaltamos que os profissionais responsáveis pelo atendimento na UBS são encarregados de garantir a busca-ativa de todos os casos de rastreamento positivo e referenciá-los a assistência adequada conforme preconiza o Ministério da Saúde. Dessa maneira, de acordo com os diagnósticos obtidos nos exames de Papanicolau, a equipe adota as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas devem seguir a rotina de rastreamento citológico anual; para as alterações pré-malignas recomenda-se a repetição da citologia após seis meses; para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada e, apresentando lesão na colposcopia, recomenda-se a biópsia (BRITO-SILVA, 2014).



Após identificadas nas UBS, as solicitações das mulheres com indicação de consulta em Ginecologia Oncológica para finalização de diagnóstico, devem ser inseridas no SISREG/SES-DF.

Compete ao Complexo Regulador, institucionalizado em 2009, organização efetiva de uma rede pública articulada hierarquicamente, a partir do planejamento estruturado em bases regionais para a atenção devida às usuárias (VILARINS, 2012). Esse sistema ordena as solicitações obedecendo a uma classificação de risco com o objetivo de facilitar o acesso às consultas especializadas e aos serviços de apoio ao diagnóstico e terapia em tempo hábil, incluindo a necessidade de contra referência.

Desde outubro de 2018, o Unacon/HUB passou a ter todas as vagas de primeira consulta em Oncologia Clínica reguladas pelo SISREG. Estas são incluídas no Sistema de Regulação e posteriormente preenchidas por pacientes encaminhados por unidades da SES-DF como do próprio HUB (EBSERH, 2019).

O HUB é referência no atendimento preventivo de lesões suspeitas do câncer de colo de útero, uma vez que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres ginecológicos mais prevalentes. É o único serviço público do DF que oferece a braquiterapia de câncer de colo de útero, procedimento semelhante à radioterapia, porém a pequena fonte radioativa específica é inserida por cateteres ou sandas com a função de guiar e aplicação dentro ou próximo ao órgão.

O protocolo clínico de atendimento ao CCU prevê que o diagnóstico deve ser composto por anamnese e exame físico geral e ginecológico; citopatologia (permite a suspeita e o diagnóstico precoce em até 90% dos casos); colposcopia (em caso de exame citopatológico anormal ou achados anormais em exame físico); biópsia, conização (para o diagnóstico definitivo de lesão pré-invasiva ou de microinvasão), posteriormente a confirmação do diagnóstico é necessário investigar o estadiamento por meio de exames apropriado, pois, por meio deste define-se o tratamento de acordo com o estágio, após o tratamento é necessário dar continuidade ao acompanhamento adequado com anamnese e exame físico a cada 3-6 meses por 2 anos e 6-12 meses por até 5 anos por meio de citologia vaginal, diagnóstico por imagem, avaliação laboratorial (EBSERH, 2018).



3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o fluxo de acesso percorrido pelas mulheres portadoras de câncer de Colo do útero que fizeram o tratamento em oncologia clínica no Hospital Universitário de Brasília – HUB.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio epidemiológico das mulheres portadoras de câncer de Colo do útero atendidas no Hospital Universitário de Brasília – HUB no período de 2014 e 2018;
- Analisar o acesso à complementação diagnóstica e de tratamento no HUB e nos diversos serviços da rede pública e da rede privada;
- Verificar o tempo entre a finalização do diagnóstico e o início do tratamento das mulheres portadoras de câncer de Colo do útero atendidas no Hospital Universitário de Brasília – HUB.



4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo do tipo coorte retrospectiva realizado a partir da análise de prontuários de mulheres atendidas na Unidade de Assistência de Alta Complexidade do Hospital Universitário de Brasília (Unacon/HUB), Distrito Federal, Brasil.

O HUB é um hospital de ensino vinculado à Universidade, que oferece assistência à rede pública de saúde do Distrito federal em áreas de média e alta complexidade, incluindo a ginecologia e oncologia. O Unacon/HUB é um centro de cuidados oncológicos multiprofissional inaugurado em 2009 com objetivo de prestar a assistência a adultos portadores de tumores malignos sólidos por uma equipe profissional composta por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, recebendo usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS/DF).

4.2 Seleção das Participantes

Foi realizada amostra consecutiva de conveniência que incluiu todas as usuárias que tiveram diagnóstico de CCU e foram atendidas no Serviço de Oncologia Clínica do HUB no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Os critérios de inclusão foram:

- diagnóstico de CCU;
- ter realizado parte ou totalidade do processo diagnóstico e tratamento na Oncologia Clínica do HUB; e
- idade acima de 18 anos.

O critério de exclusão foi:

- diagnóstico outro que não CCU, após a revisão de prontuário.

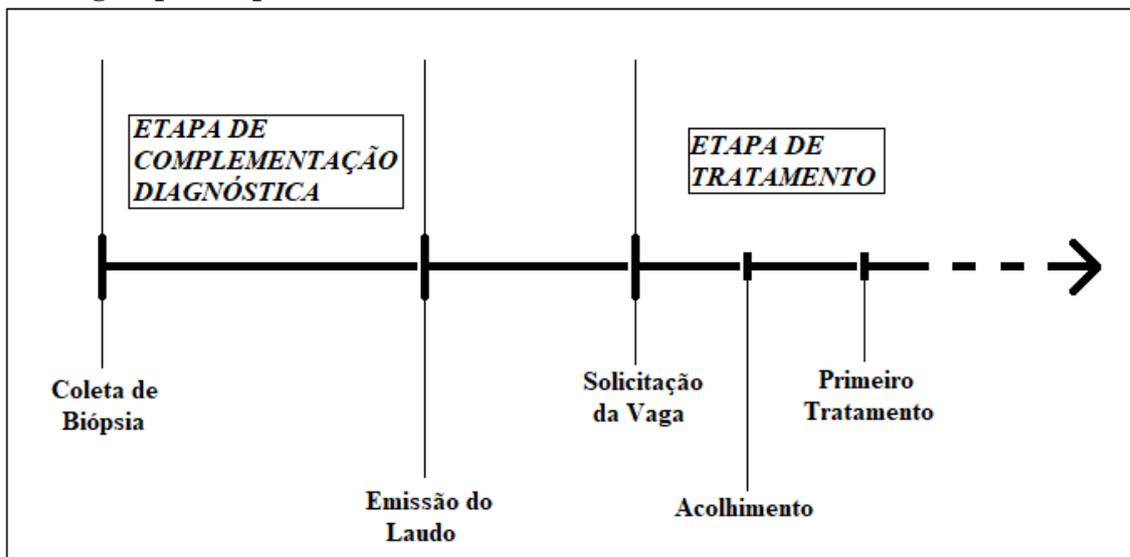
4.3 Coleta dos dados

Os dados foram coletados dos registros hospitalares (prontuário eletrônico) das usuárias atendidas na Oncologia Clínica do HUB.

As variáveis extraídas e analisadas foram: idade, raça, estado civil, renda em salários mínimos, escolaridade, região de moradia, local e ano da coleta do material para biópsia, local da emissão do laudo, estadiamento clínico do CCU, situação no momento atual (viva e não viva) e tempos entre os marcos de processo de complementação diagnóstica e de tratamento oncológico.

O tempo de complementação diagnóstica compreende o período entre a coleta de material para biópsia e emissão do laudo. O tempo na etapa de tratamento é contado a partir da solicitação de vaga por parte da mulher até o desfecho, passando por acolhimento e tratamentos subsequentes (ver Figura 1). Para esses cálculos de tempos médios, foram desconsideradas, além daquelas sem dados suficientes, as amostras em que os marcos foram realizados de forma contrária ao esperado. Essa segunda condição de exclusão ocorre quando o tratamento é iniciado antes do acolhimento (ver Tabela 1), assim como nos intervalos entre emissão do laudo e solicitação de vaga, ou seja, quando mesmo sem o resultado de biópsia em mãos, a mulher solicita a vaga na Oncologia Clínica. Tal condição é justificada pela gravidade dos quadros clínicos das mulheres e ou impossibilidade de realização de procedimento para coleta de material e análise (ver Tabela 2).

Figura 1: Descrição do processo de finalização diagnóstica e início de tratamento oncológico por etapas.



Fonte: Da própria autora, 2019.

Tabela 1: Lista de pacientes que iniciaram o tratamento antes do acolhimento.

Data de Início de TTO 1	Data do Acolhimento	Intervalo de Tempo, em dias	Estadiamento	Data de Emissão do Laudo	Local do Laudo
2014-02-24	2014-06-05	-101	IIB	2013-12-23	HRG
2014-02-11	2014-09-15	-216	IIIB	2014-03-20	HUB
2014-05-15	2014-07-07	-53	IVA	2014-03-26	HRG
2014-08-05	2014-08-18	-13	IIB	2014-06-28	PRIVADO
2014-09-28	2014-09-29	-1	IIIB	2014-08-01	IHB
2014-07-24	2014-09-29	-67	IIB	2014-08-12	HUB
2014-09-09	2014-09-29	-20	IIIB	2014-09-04	HUB
2015-08-19	2016-01-11	-145	IIA	2014-12-17	PRIVADO
2016-01-12	2016-01-25	-13	IIIB	2015-11-05	PRIVADO
2015-12-04	2016-01-02	-29	IIB	2015-11-16	PRIVADO
2016-03-08	2016-07-04	-118	IB	2016-04-14	HUB
2016-12-13	2017-04-24	-132	IB	2017-01-30	HUB
2017-06-20	2017-11-27	-160	IIA	2017-07-25	HUB
2017-07-04	2017-08-21	-48	IIA	2017-07-28	HUB
2017-08-29	2018-02-05	-160	IIB	2017-08-01	PRIVADO
2017-08-15	2017-11-27	-104	IB	2017-08-24	PRIVADO
2017-09-28	2018-03-05	-158	IB	2017-08-29	HRAN
2017-09-27	2018-03-05	-159	IB	2017-08-29	HRAN
2017-08-01	2017-10-09	-69	IB	2017-09-06	HUB
2017-09-12	2017-12-11	-90	IB	2017-09-12	HUB
2017-10-23	2017-11-27	-35	IVA	2017-10-16	PRIVADO
2018-02-28	2018-05-07	-68	IB	2017-11-10	PRIVADO
2017-10-10	2018-02-19	-132	IB	2017-12-14	HUB
2018-03-13	2018-09-10	-181	IIB	2018-02-16	PRIVADO
2018-07-24	2018-10-22	-90	IB	2018-04-06	PRIVADO
2018-10-16	2018-10-22	-6	IIB	2018-05-07	PRIVADO
2018-06-19	2018-07-04	-15	IVA	2018-06-04	PRIVADO
2018-09-25	2018-12-03	-69	IIB	2018-07-31	PRIVADO
2018-07-10	2018-09-14	-66	IB	2018-08-30	HUB
2018-10-30	2019-02-11	-104	IIB	2018-12-04	HUB

Tabela 2: Lista de pacientes que solicitaram a vaga antes da emissão do laudo.

Data de Solicitação da Vaga	Data de Emissão do Laudo	Intervalo de Tempo, em dias	Estadiamento	Local do Laudo
2014-01-30	2014-02-04	-5	IVA	HUB
2014-09-18	2014-10-01	-13	IIB	HUB
2015-11-12	2015-11-16	-4	IIB	PRIVADO
2016-04-07	2016-04-26	-19	IVB	HUB
2017-01-19	2017-08-29	-222	IB	HRAN
2017-10-12	2017-10-16	-4	IVA	PRIVADO

4.4 Análise Estatística dos Dados

Diferentes formas de estatística descritiva e inferencial foram adotadas para análise estatística dos dados da pesquisa.

Foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Liliefors para avaliar a normalidade dos dados. Variáveis quantitativas com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão (DP). Variáveis quantitativas sem distribuição normal foram expressas como mediana e intervalo interquartil - percentil 25-75% (IQ). As Variáveis qualitativas ou categóricas foram expressas como frequência e distribuição de proporções (%).

De acordo com o desfecho a ser analisado (variável dependente), os sujeitos de pesquisa foram agrupados em grupos de acordo com a variável independente a ser estudada. Variáveis contínuas com distribuição normal foram comparadas por meio do teste t de Student ou Análise de Variância, (ANOVA), conforme o caso. Variáveis contínuas sem distribuição normal foram comparadas pelo teste de Wilcoxon-Mann-Whitney ou teste de Kruskal Wallis. Tabelas de contingência foram utilizadas para avaliar as variáveis categóricas, e o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher, conforme o caso.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa software R versão 3.5.3 e RStudio versão 1.2.5001, sendo que o nível de significância estatística foi definido como um valor de p bicaudal $\leq 0,05$.



4.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o número CAE 12847119.0.0000.5553.

5 RESULTADOS

Foram avaliados os prontuários de 103 mulheres diagnosticadas com CCU, com idade média de $48,9 \pm 12,3$. A maioria apresentava entre 40 e 59 anos ($n=60$, 58,2%), era de raça negra ($n=60$, 70,0%). Quanto ao estado civil, mulheres que não possuem companheiro, ou seja, solteiras, divorciadas e viúvas, compuseram maior parte do grupo ($n=64$, 64,0%). Quanto a renda grande parcela possuía uma renda mensal de até 2 salários mínimos ($n=85$, 87,6%). O grau de escolaridade abaixo do nível médio 57,9% ($n=82$). Residentes no DF corresponderam 67,96% do total ($n=70$) (ver Tabela 3).

Tabela 3: Perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018.

Idade, anos, média (DP)	48,9 (12,3)
Raça negra, n (%)	69 (67,0)
Estado civil, n (%)*	
Casada	36 (36,0)
Divorciada	17 (17,0)
Solteira	37 (37,0)
Viúva	10 (10,0)
Renda, em salários mínimos, <i>mediana</i> (IQ)*	1 (0-1)
Escolaridade, n (%) [†]	
Não alfabetizada	8 (8,4)
Ensino fundamental incompleto	26 (27,4)
Ensino fundamental completo	10 (10,5)
Ensino médio incompleto	11 (11,6)
Ensino médio completo	27 (28,4)
Ensino superior incompleto	4 (4,2)
Ensino superior completo	9 (9,5)
Moradia no Distrito Federal, n (%)	70 (68,0)

DP: Desvio padrão, IQ: Intervalo interquartil. *3 mulheres não apresentavam informação do estado civil e renda em salários mínimos no prontuário, [†]8 mulheres não apresentavam informação da escolaridade no prontuário

Quanto ao estadiamento clínico do CCU, no momento do diagnóstico, apenas 23,3% das mulheres apresentavam a doença em estágio inicial ($n=24$), enquanto a maioria apresentava estadiamento localmente avançado representavam 72,8% dos casos ($n=75$). Ainda, os 3,9% restantes doença metastática ($n=4$) (ver Tabela 4).

Tabela 4: Estadiamento clínico em mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018. (n = 103)

Estadiamento Clínico	n (%)
Estágio inicial	
Estádio IA	2 (1,9)
Estádio IB	14 (13,6)
Estádio IB1	2 (1,9)
Estádio IIA	6 (5,8)
Doença localmente avançada	
Estádio IIB	25 (24,3)
Estádio IIIA	5 (4,9)
Estádio IIIB	30 (29,1)
Estádio IIIC	1 (1,0)
Estádio IVA	14 (13,6)
Doença mestástica	
Estádio IVB	4 (3,9)

Após elaboração e análise do perfil sociodemográfico, partiu-se para a exploração dos tempos entre os marcos do processo de finalização diagnóstica e início de tratamento oncológico.

A mediana do intervalo de tempo entre a coleta da biópsia e a emissão do laudo foi de 12,5 (IQ: 6,0 a 33,0) dias (média de 23,7 dias). Entre a emissão do laudo e a solicitação da vaga de 23,0 (IQ: 6,5 a 84,0) dias (média de 69,8 dias), entre a solicitação da vaga e o acolhimento foi de 24,0 (IQ: 11,75 a 46,75) dias (média de 39,5 dias), entre a emissão do laudo e início do tratamento de 61,0 (IQ: 11,75 a 46,75) dias (média de 105,5 dias) (ver Tabela 5).

Selecionando apenas as mulheres que coletaram o material para biópsia no HUB (n=42), ao avaliar o tempo médio entre a coleta do material / biópsia a emissão do laudo ao longo do período entre 2013 e 2018, observou-se presença de oscilação ao longo dos anos. A média de 122,5 dias em 2013, 28,0 dias em 2014, 4 dias em 2015, 18 dias em 2016, 32,1 dias em 2017 e 21,4 dias em 2018. Além disso, ao comparar as biópsias que foram processadas no próprio HUB ou encaminhadas a instituições privadas, observou-se que houve diferença significativa no intervalo de tempo entre a coleta da biópsia e a emissão do laudo. O tempo médio para a emissão do laudo foi de 40,92 dias no HUB, e no setor privado esse foi de 10,88 dias (ver Tabela 6).

Tabela 5: Tempo dos intervalos do processo de finalização diagnóstica e início de tratamento, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018.

Intervalo	Mediana do Tempo, em dias	Tempo Médio, em dias
Coleta da Biopsia / Emissão do laudo	12,5 (6,0-33,0)	26,68
Emissão do laudo / Solicitação de Vaga	23,0 (6,5-84,0)	69,80
Solicitação de Vaga / Acolhimento	24,0 (11,75-46,75)	39,48
Emissão do laudo / Início do tratamento	61,0 (23,5-108,25)	105,50

IQ: Intervalo interquartil.

Tabela 6: Tempo médio entre coleta do material para biópsia e emissão do laudo, por local de emissão do laudo, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 42, p-valor < 0,001).

Local laudo	Tempo médio entre coleta e laudo	Frequência
HUB	40,92	26
PRIVADO	10,88	16

Fonte: Da própria autora, 2019.

Quanto ao tempo médio entre a emissão do laudo e a solicitação de vaga em dias, observou-se no HUB que, com os laudos obtidos no próprio SUS, a vaga foi obtida em média 24,05 dias após a emissão do laudo. Já para vagas de mulheres que pagaram para ter seu laudo no setor privado, esse prazo foi de 74,27 dias (ver Tabela 7).

Tabela 7: Tempo médio entre emissão do laudo e solicitação da vaga, por local de emissão do laudo, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 34, p-valor = 0,0167).

Local laudo	Tempo médio entre laudo e vaga	Frequência
HUB	24,05	19
PRIVADO	74,27	15

Fonte: Da própria autora, 2019.

Como ilustrado na tabela 6, verificou-se que o tempo médio entre o acolhimento e início do tratamento no HUB, considerando o local da emissão do laudo, aponta que as pacientes que tiveram o laudo emitido pelo próprio HUB iniciaram o tratamento em média de 24,80 dias após o laudo, e enquanto para pacientes vindas do setor privado, o período entre receber o laudo e o acolhimento foi em média de 51,67 dias (ver Tabela 8).

Tabela 8: Tempo médio entre acolhimento e início do tratamento, por local de emissão do laudo, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 22, p-valor = 0,0477).

Local laudo	Tempo médio entre acolhimento e tratamento	Frequência
HUB	24,80	10
PRIVADO	51,67	12

Fonte: Da própria autora, 2019.

Quando avaliados os fatores sociodemográficos, o nível de escolaridade e estado civil emergem como variáveis que influenciaram no tempo médio entre coleta do material para biópsia e emissão do laudo, conforme mostrado na Tabela 9 e na Tabela 10.

Tabela 9: Tempo médio entre coleta e laudo, por nível de escolaridade, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 73, p-valor = 0,0011).

Escolaridade	Tempo médio entre coleta e laudo	Frequência
Ensino superior	54,80	10
Ensino médio	21,96	26
Ensino fundamental	13,71	24
Não alfabetizada	12,14	7
Sem informação	40,50	6

Fonte: Da própria autora, 2019.

Tabela 10: Tempo médio entre coleta e laudo, por estado civil, em dias, das mulheres com câncer de Colo atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 73, p-valor = 0,0111).

Estado civil	Tempo médio entre coleta e laudo	Frequência
Casada	20,67	27
Divorciada	49,92	12
Solteira	17,88	25
Viúva	15,71	7
Sem informação	31,00	2

Fonte: Da própria autora, 2019.

A seguir, foi realizada uma exploração do tempo entre acolhimento e início do tratamento. Quando confrontados os fatores sociodemográficos com o tempo médio entre acolhimento e tratamento, relações envolvendo raça, nível de escolaridade e estado civil apresentaram valores estatisticamente válidos, conforme demonstrado nas Tabela 11, Tabela 12 e Tabela 13 abaixo.

Tabela 11: Tempo médio entre acolhimento e tratamento, por raça, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 55, p-valor = 0,315).

Raça	Tempo médio entre acolhimento e tratamento	Frequência
Branca	29,61	18
Não branca	32,95	37

Fonte: Da própria autora, 2019.

Tabela 12: Tempo médio entre acolhimento e tratamento, por nível de escolaridade, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 55, p-valor = 0,041).

Escolaridade	Tempo médio entre acolhimento e tratamento	Frequência
Ensino superior	29,67	6
Ensino médio	32,60	20
Ensino fundamental	23,45	22
Não alfabetizada	61,67	6
Sem informação	36,00	1

Fonte: Da própria autora, 2019.

Tabela 13: Tempo médio entre acolhimento e tratamento, por estado civil, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (n = 55, p-valor = 0,0637).

Estado civil	Tempo médio entre acolhimento e tratamento	Frequência
Casada	46,18	22
Divorciada	36,50	8
Solteira	21,72	18
Viúva	7,57	7

Fonte: Da própria autora, 2019.

Ao obter valores que não rejeitam a hipótese nula de que as médias são iguais para todos os três condicionantes sociodemográficos anteriores, os resultados indicam que, uma vez acolhidas dentro da Unidade de Oncologia, todas as mulheres são tratadas de forma equânimes. Todos os outros condicionantes utilizados para a delimitação do perfil sociodemográfico deste estudo, entretanto, não puderam ter suas influências verificadas, portanto continuam como possíveis fatores de priorização ao acesso.

Finalmente, a relação entre os intervalos de tempo e o desfecho das mulheres portadoras de CCU foi analisada. Neste sentido, a Tabela 14 abaixo apresenta os resultados alcançados.

Tabela 14: Tempo médio entre coleta e laudo, por desfecho, em dias, das mulheres com câncer de Colo Uterino atendidas na Unidade de Oncologia do HUB, Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 (p-valor = 0,0183).

Desfecho	Tempo médio entre coleta e laudo	Frequência
Não óbito	24,75	60
Óbito	13,40	10
Sem informação	52,33	3

Fonte: Da própria autora, 2019.

Verificou-se que, para casos em que o desfecho do tratamento é o não óbito da mulher, o tempo médio entre coleta de material para biopsia e emissão do laudo é praticamente o dobro do que em a doença levou ao óbito. Esse fato pode estar atrelado a priorização que mulheres com estadiamento avançado recebem diante da sintomatologia apresentada nos momentos que antecedem a etapa de complementação diagnóstica e coleta de material para análise.



6 DISCUSSÃO

Este capítulo visa discutir, seguindo a mesma disposição adotada no capítulo anterior, os resultados deste trabalho.

O presente estudo traçou o perfil das mulheres com CCU tratadas na Unidade de Oncologia do HUB. O que se assemelha ao traçado por Silva et al. (2019) em um estudo realizado em Santa Catarina e ao encontrado por Thuler et al. (2012), ao avaliar as características sociodemográficas de mulheres com CCU no Brasil. Ambos mostram maior índice de diagnóstico em mulheres com idade superior a 50 anos, sem companheiro, e de raça negra e baixa escolaridade.

A presença de maioria negra corrobora com os dados encontrados por Carvalho e Queiroz (2011), 63,3% das mulheres com diagnóstico de CCU eram não brancas. Contrastando apenas com estudo realizado por Silva et al. (2019) no estado de Santa Catarina, onde a raça/cor predominante foi a branca, provavelmente devido ao fato de que neste Estado há influência da colonização europeia (espanhóis, italianos, alemães e açorianos), com predomínio da cor de pele branca. Vale ressaltar que neste estudo houve revisão de prontuários e a variável raça/cor não foi autodeclarada, mas sim avaliada de acordo com os dados encontrados nos prontuários, caracterizando uma limitação, uma vez que não há garantia quanto à segurança da coleta da informação no momento do registro da usuária no HUB.

Quanto à escolaridade, 79,61% das mulheres de nossa amostra não tiveram acesso ao ensino superior, corroborando Thuler et al. (2012) que em estudo realizado no território nacional, identificou que o ensino fundamental foi o que atingiu o maior percentual (49%). Também em estudo realizado por Ribeiro (2015) em uma capital do Nordeste, 38,8% das mulheres tinham ensino fundamental incompleto. Mascarello (2012), em estudo similar em um Hospital filantrópico no Estado do Espírito Santo, encontrou que mulheres com ensino fundamental incompleto e analfabetas representaram 68,18% das mulheres diagnosticadas com CCU.

A baixa escolaridade pode ser um fator significativo por haver, nestes casos, a falta de conhecimentos acerca da importância de buscar assistência preventiva, o que



faz com que o diagnóstico ocorra em estágio avançado, dificultando tratamento preventivo (DA COSTA et al., 2017).

Em relação à média de tempo em dias entre a coleta de material para biopsia e a emissão do laudo, considerando em conjunto as mulheres com maior grau de escolaridade tiveram o maior intervalo de tempo (54,80 dias nível superior; 21,96 dias nível médio). Enquanto que as mulheres não alfabetizadas tiveram um tempo médio de 12,14 dias para a emissão do laudo. Não encontramos dados na literatura que discutam essa informação.

Embora o estudo não tenha considerado os tipos de tratamentos com relação aos estadiamentos, cabe ressaltar que a doença localmente avançada é definida a partir dos estádios IIB ao IVA, e a cirurgia não é considerada um tratamento curativo para essas pacientes. Nesses casos o tratamento indicado é a radioterapia, e desde 1999 o tratamento de escolha é a realização de quimioterapia concomitante a radioterapia, seguido por braquiterapia. Pacientes que apresentam doença metastática a distância, estádios IVB, geralmente são tratadas apenas com quimioterapia (SANTOS, 2019).

Quanto aos dados referentes ao estadiamento clínico, no momento do diagnóstico 23,30% das mulheres apresentavam a doença em estágio inicial, enquanto que mulheres com estadiamento avançado representavam 72,81% dos casos. Finalmente, os 3,9% restantes se referem à doença metastática.

Este dado é similar ao encontrado por Carvalho et al. (2018) em estudo com 174 mulheres diagnosticadas com CCU e tratadas em um Cacon no Estado do Rio de Janeiro, destas 65,5% apresentaram doença localmente avançada no momento da avaliação inicial para a definição da conduta de tratamento.

Por consequência do diagnóstico em estágios avançados, as chances de cura dessas mulheres são reduzidas, culminando ainda com tratamentos mais agressivos, debilitantes e mais onerosos para o SUS.

O retardo no acesso ao tratamento de mulheres com câncer de colo de útero foi analisado por Santana (2016), o qual observou que tal morosidade atrapalha seu alto potencial de cura da doença e aumento no perfil de morbimortalidade. Tanto o diagnóstico tardio quanto o atraso no tratamento são fatores que impactam o desfecho da doença e, como identificados foram comuns à maioria da população analisada, como



também se encontravam associados, como menor nível de escolaridade, estágio avançado e o tratamento radioterápico ou quimioterápico.

Em relação aos números encontrados na fase de finalização diagnóstica, no HUB não foi comparado com outro por ter se destacado os tempos médios entre coleta do material para biópsia e emissão do laudo apresentaram grandes oscilações ao longo do período entre 2013 e 2018.

O tempo médio para a emissão do laudo foi de 40,92 dias no HUB, contra 10,88 no setor privado. Dados similares foram encontrados por estudo realizado por Göttems et al. (2012) em um Cacon do DF, tendo a Unidade Pública emitido o laudo com média de 60 dias e a rede privada com média de 10 dias. Dados também semelhantes aos encontrados por Santana (2016). Ambos autores ressaltariam que a morosidade dos atendimentos em saúde no SUS podem levar estas mulheres a agravamento do quadro de saúde e até mesmo a morte.

No presente estudo que, para casos em que o desfecho do tratamento foi o não óbito, o tempo médio entre coleta de material para biópsia e emissão do laudo foi praticamente o dobro do que quando a doença levou ao óbito. Esse fato pode estar atrelado a priorização que mulheres com estadiamento avançado recebem diante da sintomatologia apresentada nos momentos que antecedem a etapa de complementação diagnóstica e coleta de material para análise.

Dentre os valores obtidos, destaca-se a mediana de 24,0 dias (média de 69,8 dias) que separam a emissão do laudo e a solicitação da vaga no HUB. Dentre os fatores que levam a esse grande intervalo, inclui o não gerenciamento de acesso à primeira consulta em oncologia clínica via sistema de regulação. No período de 2014 a 2017, quando da assinatura do contrato entre HUB e SES/DF, a única opção das mulheres era a solicitação de vaga presencialmente, com a entrega de documentação e exames de estadiamento no próprio Unacon. Entre 2017 e o mês de Outubro de 2018, uma parcela das vagas ainda permaneciam sob o exclusivo controle dos gestores do Unacon, que mantinham a priorização dos casos mais emergenciais.

Essa prática de reservar vagas em todos os ambulatórios de especialidades no HUB, incluída a Oncologia Clínica, para os casos considerados graves e emergenciais facilitavam uma prática bem relatada em um estudo de Silva et al. (2016) sobre continuidade assistencial no Estado de Pernambuco, o chamado 'SUS-Plus'. Sendo SUS



a abreviatura de Sistema Único de Saúde e Plus um termo inglês para algo diferenciado, recursos extras. Neste sistema, mulheres buscam atendimento pago na rede privada com os profissionais que também integram as equipes multidisciplinares das unidades de referência, com a finalidade de acelerar a entrada nos serviços de referência (SILVA et al. 2016). Prática de acesso, que por vezes considerada vantajosa, porém inviabilizando a equidade no acesso.

Por vezes as mulheres, no desespero da descoberta do diagnóstico e frente limitações de acesso ao tratamento, lançam mão de todos os artifícios para entrar no sistema, um exemplo é o pagamento da análise do material coletado no serviço público pela rede privada. Contudo vimos buscar na rede privada parte da finalização diagnóstica não garante o pronto acesso, mas sim esta garantia é obtida pela integralidade do cuidado.

Encontramos aqui o que Ribeiro (2006) afirma quanto a migração das mulheres do setor privado para o HUB, que pode ser justificado pelo alto custo do tratamento oncológico que não pode ser custeado nos serviços particulares, aumentando a busca de acesso pelo Sistema Único de Saúde e atendendo ao que garante a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) ao afirmar ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

O estudo observou que, embora as mulheres consigam fazer o procedimento para coleta de biopsia na rede pública, para ter o resultado mais rápido, precisa lançar mão da rede privada complementar. Tratam-se de mulheres que tiveram revelados nestes exames estágios IIB, IIIB e IVA, ou seja, já avançados, o que justifica o pagamento por grande parcela destas mulheres, mesmo que a renda observada no perfil seja baixa.

O cálculo do intervalo de tempo entre a emissão do laudo e o início do primeiro tratamento permite de avaliar o cumprimento da Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012 – conhecida como “Lei dos 60 dias”, na qual está assegurado que o primeiro tratamento oncológico deve ocorrer no prazo de 60 dias a contar da data do diagnóstico. Para esse intervalo, foi observada uma mediana de 61 dias e uma média de 105,5 dias, o que mostra que o prazo estipulado pela lei não tem sido cumprido. Porém, observou-se que em alguns casos, esses intervalos foram abreviados devido à gravidade dos quadros clínicos das mulheres. Resultado similar ao encontrado por Carvalho, O’Dwer e Rodrigues (2018) no estudo com mulheres portadoras de CCU no município do Rio de



Janeiro, onde a média em dias para o início do tratamento foi de 115,4 dias, cerca de 56 dias após o prazo de 60 dias fixado por lei.

Esses achados denunciam claramente que parte das mulheres já inicia o tratamento sem o tempo oportuno para viabilizar maiores chances de cura.

Contudo, não foram verificadas quaisquer prevalências no perfil das mulheres, o que corrobora com a afirmação de Cecílio et al. (2014) de que há casos em que o tempo ou itinerário terapêutico é definido pelas interações de diferentes atores - usuários, profissionais de saúde, gestores e sistemas de saúde - e não a perfis específicos. Entre estes atores, cabe papel fundamental aos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde e que devem ser capazes de não modelar as demandas trazidas pelos usuários de acordo com o ofertado pelo serviço, como regularmente acontece, mas prevalecer a lógica da assistência voltada às necessidades dos seus usuários (COSTA, 2004).

A fragmentação do tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico em unidades de saúde diferentes, distantes entre si e de suas residências acabam por comprometer a integralidade do cuidado e fazer com que a trajetória dessas mulheres já fragilizadas pelo diagnóstico da doença seja ainda mais dolorosa (CARVALHO et al., 2018).

Essas dificuldades contribuem para que a política de saúde, concretizada por meio do SUS como política pública de caráter universal, seja frequentemente questionada no sentido de sua real capacidade de atender a todos se em muitos casos não consegue atender de forma satisfatória a parcela mais necessitada (RIBEIRO ET AL., 2006).

Mesmo sendo afirmado por Cecílio (2001), que é essencial o cuidado integral a todos os usuários, em que cada profissional e cada serviço de saúde execute suas ações, considerando a totalidade do sujeito numa perspectiva de ações integradas.

A integralidade não é observada ou não atende ao conceito dado por Hartz e Contandriopoulos (2004), que pressupõe estreita relação com a integração de serviços por meio de redes assistenciais e de interdependência dos atores e organizações, destacando-se que nenhum deles dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população, o que requer uma reorganização para melhor atender e efetivar o que é garantido por lei (BADUY ET AL., 2011).



Deve-se atender as linhas de cuidado, ou seja, estratégias que podem ser definidas como políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais (BRASIL, 2008b).

Cecílio e Merhy (2003) defendem que a linha de cuidado deve atravessar inúmeros serviços de saúde, via um grande pacto realizado entre todos os atores envolvidos, sendo o usuário o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde. A adoção desta estratégia objetiva evitar a fragmentação dos serviços de saúde no acompanhamento de usuários, por meio de fluxos organizados, garantindo à população integralidade, acesso ao sistema e às ações de saúde segundo suas necessidades, de modo que o usuário seja realmente o ponto central do SUS, em lugar dos serviços e procedimentos.

Toda a problemática observada e a falta de articulação e integralidade são observadas pelas dificuldades no simples acesso a realização de exames de apoio diagnóstico para população de baixa renda, com indicação do próprio médico do setor público, e ainda pela grande dificuldade no agendamento de consultas especializadas, e na demora na emissão e entrega dos resultados que comprometem a resolubilidade, e oferecem barreiras ao acesso das mulheres aos diferentes pontos de atenção (GOTTEMS et al., 2012).

Dado importante encontrado durante as análises foi a relação entre a solicitação de vaga para Oncologia Clínica, seja pessoalmente ou SISREG, e o acolhimento. Este intervalo de tempo foi de 39,48 dias, o que configura uma lacuna na assistência à mulher. Neste momento, a mulher não caracteriza pertencente à clínica encaminhadora e ainda também não pertence à clínica de Oncologia, permanecendo em uma “fila regulada”, correndo o risco de entrar nas estatísticas de morte por mistanásia. Mistanásia pode ser compreendida como o processo de nadificação da pessoa, por meio da antecipação da morte ou o prolongamento de dor ou sofrimento desnecessário, devido a negligência, imprudência ou imperícia no atendimento médico. Seria, portanto, a inacessibilidade do indivíduo ao tratamento necessário à preservação de sua saúde ou acessibilidade precária, carente de condições adequadas para o correto tratamento (VIEIRA, 2015).

Os resultados encontrados por Hartz e Contandriopoulos (2004) e Baduy et al. (2011) corroboram com o que fora observado nos resultados de Goldman et al. (2019) e



nesse estudo que a rede de atenção à saúde pública apresenta heterogeneidade em sua operacionalização, além de sofrer com os obstáculos para sua integração e integralidade. Parece haver fragilidade do vínculo com as usuárias, problemas de organização interna e falta de padronização do sistema de referência e contra referência, e como também baixa cooperação entre serviços de saúde pública.

A informação quanto o cuidado, por vezes fica apenas sob a responsabilidade da mulher, que se torna a única informante do seu quadro de saúde, haja vista que as três Unidades de Saúde integrantes do SUS que tratam câncer no DF dispõem de registros próprios que não se comunicam entre si.

Por fim, todo o estudo em questão atende ao que fora explicitado no artigo de Costa (2012), ao apontar que quando se trata da saúde das mulheres brasileiras não há o que comemorar, uma vez que dificuldades de acesso e má qualidade dos serviços ainda levam muitas mulheres a morte.

O mesmo foi enfatizado anos atrás por Azevedo e Mendonça (1993) que em seu estudo consideraram que o estabelecimento de uma política assistencial e de controle que incluía a prevenção e o diagnóstico precoce para os cânceres de colo uterino e de mama nos programas de assistência à mulher deveria ser uma das prioridades de saúde pública, no Brasil visto os altos índices de morbimortalidade.

O estudo, porém, sofreu com limitações como a falta dos registros de informações fundamentais para a compreensão do fluxo da atenção com a saúde das mulheres. Em nenhum dos prontuários avaliados a equipe relata quando foi a data de coleta do exame preventivo, tão essencial para o diagnóstico precoce.

O prontuário onde o registro é feito com qualidade garante uma melhor base para uma assistência eficaz aos pacientes e familiares, além da segurança da equipe profissional, e o bom intercâmbio entre instituições colaboradoras.

Para Silva Júnior (2016), sendo o câncer uma doença que requer amplo enfrentamento, por meio de um conjunto de ações globais principalmente relacionadas a prevenção, diagnóstico precoce, e ainda a planejamentos específicos que direcionem a atenção básica e tratamentos assim, o registro e produção de informações são essenciais, sendo assim, o prontuário é imprescindível para a abordagem integral e atenção oncológica, cabe ressaltar porém, que a falha destes registros são a causa de problemas.



7 CONCLUSÕES

Esta pesquisa que teve como objetivo conhecer o processo de atenção às mulheres portadoras de CCU em tratamento na Oncologia Clínica Unacon/HUB, encontrou o perfil sociodemográfico, similar a de outros estudos. Assim como identificou que uma parcela significativa das mulheres, mesmo aquelas com baixa renda, recorreram a rede privada para buscar a celeridade necessária para o início do tratamento, custeando a análise do material para biópsia.

Quanto ao período entre a finalização do diagnóstico, perpassando pela solicitação de vaga até o momento do acolhimento, as mulheres permanecem sem uma referência de assistência que garanta a linearidade do cuidado dentro do próprio HUB.

Ressalta-se que a insuficiência das ações de prevenção, somadas a desarticulação das unidades de saúde, acarretam na demora do diagnóstico e conseqüentemente no início do tratamento, o que pode, em muitos casos, decorrer na morte das mulheres diagnosticadas com CCU, fato que pode ser considerado como mistanásia, ou seja, uma eutanásia social pela omissão ou morosidade de atendimento levando a uma morte precoce e em condições de sofrimento.

Assim, a pesquisa pode contribuir chamando a atenção para a necessidade de melhorar a assistência prestada as mulheres com diagnóstico de CCU em todos os níveis de assistência, bem como a necessidade de medidas que permitam o cumprimento da lei dos 60 dias. Garantir a maior integralidade e agilidade no atendimento, o que pode aumentar a expectativa de sobrevivência das mulheres que buscam os serviços oferecidos pelo SUS/DF.

O estudo, porém, sofreu com limitações como a falta dos registros de informações fundamentais para a compreensão do fluxo da atenção, principalmente no que diz respeito ao acesso das mulheres ao serviço.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO NETO, Luiz Alves; TEIXEIRA, Luiz Antonio. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 12, n. 1, p. 173-188, 2017.

BERNARDO, Bebiana Calisto et al. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Rev bras ginecol obstet**, v. 29, n. 2, p. 85-90, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa de incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, Distrito Federal, 16 de maio de 2013, Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, Distrito Federal, Seção 1, 27 de fevereiro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRITO-SILVA, Keila et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 240-248, 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1502-1514, 2014.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 5-15, 2004.

COSTA, Ana Maria. Saúde das mulheres brasileiras, celebrar o quê?. Vi O Mundo – Diário da Resistência, 2012. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana-maria-costa-saude-das-mulheres-brasileiras-celebrar-o-que.html>>. Acesso em: 04, Setembro de 2019.

DA COSTA Francine Krassota Miranda, et al. Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero. RGS, p. 55-62, 2017.



DALMOLIN, Suelen Pizzolatto; DEXHEIMER, Geórgia Muccillo; DELVING, Luciana Knabben de Oliveira Becker. Mulheres com exames citopatológicos alterados: Avaliação do seguimento de acordo com as condutas preconizadas pelo ministério da saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 48, p. 235-239, 2016.

DIZ, Maria Del Pilar Estevez; DE MEDEIROS, Rodrigo Bovolin. Câncer de colo uterino–fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina**, v. 88, n. 1, p. 7-15, 2009.

EBSERH. Protocolo Clínico: Câncer de Colo Uterino. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1106177/PRO.MED-GIN.007+-+C%C3%82NCER+DE+COLO+UTERINO.pdf/a03a045c-3560-47ed-b95f-f39b419e47bb>>

EBSERH. Consultas e Exames. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-unb/consultas-e-exames> >

FAVARO, Caroline Ribeiro Pereira. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo do útero atendidas em um hospital paulista. 2017. 79p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. 2012

HART, C. F. M. **Câncer**: uma abordagem psicológica, (1ª ed.). Porto Alegre, RS: AGE, 2008.

IBCC. Qual a importância dos registros em prontuário?, 2012. Disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/qual-a-importancia-dos-registros-em-prontuario/>> Acesso em: 04, Setembro de 2019

INCA. PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-140-fev-2014.pdf> > Acesso em: 04, Setembro de 2019

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

DA SILVA, Raimunda Magalhães. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino percepção de como enfrentam a realidade. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 4, p. 493-8, 2002.

MASCARELLO, Keila Cristina et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev. Bras. Cancerol.(Online)**, v. 58, n. 3, p. 417-426, 2012.

MENDONÇA, Guinar Azevedo e Silva. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 68-75, Feb. 1993 .



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha entendendo o SUS. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>> Acesso em: 23, Maio de 2019.

MOTTA, Eduardo Vieira . Rastreamento do câncer ginecológico e mamário. **Revista clínica e terapêutica**. v. 29, n. 2, 2003.

NASCIMENTO, Francielle Santos Meireles. A importância do acompanhamento nutricional no tratamento e na prevenção do câncer. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**. v. 2, n. 3, 2014.

NERONE, Vanessa; TRINCAUS, Maria Regiane. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Salus**, v. 1, n. 2, 2007.

HUFF, Raquel; DE CASTRO, Elisa Kern. Repercussões emocionais do câncer ginecológico e exenteração pélvica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, 2011.

DE OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Estudos de coorte e de caso-controle na era da medicina baseada em evidência. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery**, v. 3, n. 3, p. 115-25, 2010.

PRESTES JR, Luiz Carlos L.; RANGEL, Mary. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do colo-proctologista. **Rev bras Coloproct**, v. 27, n. 2, p. 154-7, 2007.

RIBEIRO, José Francisco et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1367-1381, 2015.

SANTANA, Perla Machado. Retardo do tratamento de mulheres com câncer do colo do útero. 2016. 79 f. il. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Gonçalo Moniz, Salvador, 2016.

SANTOS, Marcos. et al. Diretrizes oncológicas 1 - Rio de Janeiro : Elsevier, p. 542-547 2017.

SANTOS, Marcos. et al. Diretrizes oncológicas 2 – São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, p. 279-313, 2019.

SILVA, Julia Ruth Toledo da et al. Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero submetidas a tratamento cirúrgico. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 8, p. 3258-3268, 2017.

DA SILVA, Anizelle Aline Lopes et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer no trato genital submetidas à radioterapia. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.



SILVA, Maria Rejane Ferreira da et al. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 107-119, 2016.

SILVA, Sueli Riul da; SILVEIRA, Caroline Freitas; GREGÓRIO, Camila Carla Medeiros. Motivos alegados para a não realização do exame de Papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 579-587, 2012.

SOARES, Elisângela Maria; DA SILVA, Sueli Riul. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 517-522, 2010.

SOARES, Priscila Bernardina M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 595-604, 2012.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

THULER, Luiz Claudio Santos; BERGMANN, Anke; CASADO, Letícia. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.

VIDAL, Maria Luiza Bernardo. Acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS. 2017. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)- Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

VIEIRA, Danilo Porfírio de Castro. Mistanásia—um novo instituto para um problema milenar. **Revista@ reópago Jurídico, Ano**, v. 2, p. 71-74, 2016.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 640-647, 2012.



ANEXO

ROTEIRO DE COLETA

Nome: _____

Prontuário: _____

Idade:

() 18-28

() 29-39

() 40-60

() >60

Escolaridade

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

Local de moradia

Raça

() Branca

() Pardo

() Negro

Estado civil

() Solteiro

() Casado

() Separado/Divorciado

() União Estável

Número de filhos

() Nenhum

() 1

() 2

() 3

() 4

() 5

() 6 ou mais

Renda

() Sem Renda

() 1 SM

() 2 SM

() 3 SM

() 4 SM



() Acima de 4 SM

Situação Ocupacional/ profissão _____

Data coleta a biopsia ____/____/____

Local da coleta _____

Data emissão do laudo da biopsia ____/____/____

Local Emissão do laudo _____

Data da Solicitação de vaga UNACON – HUB ____/____/____

Data do Acolhimento no HUB ____/____/____

Data do início do primeiro tratamento ____/____/____

Local onde foi realizado o primeiro tratamento

() Setor Público () Setor Privado

Data do início do segundo tratamento ____/____/____

Local onde foi realizado o segundo tratamento

() Setor Público () Setor Privado

Data do início do terceiro tratamento ____/____/____

Local onde foi realizado o terceiro tratamento

() Setor Público () Setor Privado

Data do início do quarto tratamento ____/____/____

Local onde foi realizado o quarto tratamento

() Setor Público () Setor Privado

Desfecho óbito

() sim () não