

ACESSO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

ASSISTANCE ACCESS AND CONTINUITY IN ATTENTION TO CERVICAL CANCER

Viviane Aparecida Siqueira LOPES* 

Resumo: Este artigo analisa as lacunas do Sistema Único de Saúde, em município do norte fluminense, diante ao controle do câncer de colo de útero (CCU), adotando como marcadores o acesso aos serviços e a continuidade da atenção à saúde. Entre 59 mulheres, localizadas com vida, que realizaram tratamento em Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), entre julho e dezembro de 2018, foram reconstruídos itinerários terapêuticos de nove mulheres com CCU, a partir dos primeiros sintomas, com uso de entrevistas semiestruturadas. A análise concluiu que a etapa com maior dificuldade de acesso na rede municipal do SUS referiu-se à confirmação diagnóstica. As barreiras encontradas prejudicaram, em especial, a continuidade da atenção, expressando fragilidade na articulação entre serviços de saúde. Portanto, maior integração entre serviços e maior investimento em capacitação profissional são indicadas.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Acesso aos serviços de saúde. Integralidade em saúde. Autofinanciamento. Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article analyzes the gaps in the Unified Health System, in a municipality in the north of the state of Rio de Janeiro, regarding the control of cervical cancer (CC), adopting access to services and continuity of health care as markers. Among 59 women, located alive, who underwent treatment in Units of High Complexity in Oncology (UNACON), between July and December 2018, therapeutic itineraries of nine women with UCC were reconstructed, from the first symptoms, using semi-structured interviews. The analysis concluded that the stage with the greatest difficulty in accessing the SUS municipal network referred to diagnostic confirmation. The barriers encountered hindered, in particular, the continuity of care, expressing fragility in the articulation between health services. Therefore, greater integration between services and greater investment in professional training are indicated.

Keywords: Uterine cervical neoplasms. Access to health services. Integrality in health. Capital Financing. Unified Health System.

Submetido em 07/02/2021.

Aceito em 13/05/2021.

* Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Especialista e Graduada em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora na Universidade Federal Fluminense/ Departamento de Serviço Social de Campos. R. José, do Patrocínio, 73, Centro, Campos dos Goytacazes/RJ. CEP: 28010-385. E-mail: vivianeviviane@uol.com.br



© O(s) Autor(es). 2020. Acesso Aberto. Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição - Não Comercial 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero (CCU) é um sério problema de saúde pública, com risco estimado de 15,4 casos a cada 100 mil mulheres para o triênio 2020-2022, no Brasil. (INCA, 2019). Seu controle envolve uma linha de cuidado composta por ações de promoção à saúde, promoção, prevenção/deteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. (INCA, 2020a)

O usufruto dessa linha de cuidados envolve a garantia do acesso aos serviços de saúde e a continuidade da atenção à saúde. O acesso aos serviços de saúde “refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 185-186). Esta resposta, na maioria dos casos, inclusive no que diz respeito ao controle do CCU, envolve a continuidade da atenção à saúde, que diz respeito à capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada (VIACAVA et al., 2004). Portanto, remete à integralidade em saúde. (BRASIL, 1990; MATTOS, 2009).

Entretanto, a literatura identifica barreiras sociais, subjetivas/culturais e organizacionais de acesso aos serviços de saúde, relacionados à prevenção/deteção, ao diagnóstico e ao tratamento. (LOPES; RIBEIRO, 2019), o que levanta a hipótese de reprodução de cenário em municípios ainda não estudados e do uso de estratégias, com vistas à efetivação do controle dessa enfermidade.

No contraponto à presença de barreiras de acesso, a convivência entre serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serviços ofertados à saúde suplementar e serviços a serem pagos do próprio bolso por usuários, todos prestados por uma mesma unidade de saúde conveniada ao SUS, é uma prática comum, em especial, como meio de enfrentamento ao subfinanciamento do SUS. (CELLUPI et al., 2019; BAHIA; SCHEFFER, 2018)

Assim, diante às barreiras de acesso aos serviços de saúde ocorre grande participação de gastos de próprio bolso, efetuados pelas famílias no Brasil. Trata-se de tipo de gasto regressivo, afetando de modo muito desfavorável as famílias mais pobres. Os gastos do próprio bolso chegam a 43,6% do gasto total com a saúde. No Brasil, o principal fator que expõe as famílias a tais condições é a baixa participação do gasto público com saúde, de apenas 33,2% do gasto total em saúde, composto por gastos públicos somados a gastos do próprio bolso e a pagamentos de planos de saúde. Na zona do Euro, a média desta participação é de 79,8% e na América Latina e Caribe, atinge a 47,3%. (WORLD BANK, 2019). Esta combinação entre baixa participação do setor público no financiamento à saúde e elevada responsabilização das famílias na compra de serviços privados é condizente com o quadro de racionamento do SUS (RIBEIRO, 2009).

Diante a esse contexto, este estudo analisa as lacunas do Sistema Único de Saúde, em município do norte fluminense, diante ao controle do câncer de colo de útero, adotando como marcadores o acesso aos serviços e a continuidade da atenção à saúde, respaldada na linha de cuidado da referida enfermidade.

Para isso, utilizou a reconstrução de itinerários terapêuticos (IT), que é considerada uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde, constituindo “olhares avaliativos privilegiados sobre as práticas em saúde, o modo de organizá-la e seus efeitos nas vidas de usuários do SUS e de suas famílias” (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008, p. 172), permitindo, portanto, “a análise sobre as dimensões de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, [...] e as formas encontradas pelas famílias ao buscarem apoio ou ajuda para si mesmas”. (VASCONCELOS; JORGE, 2015, p. 287).

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres, usuárias de três Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS) do município de Campos dos Goytacazes/RJ, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acometidas por câncer de colo de útero (CCU).

Esse município é polo da Região de Saúde Norte, do estado do Rio de Janeiro, possuindo 507. 548 habitantes, segundo estimativa para 2019 (IBGE, 2019). Sua rede de serviços SUS (próprios e contratados) é composta, entre outros, por 08 hospitais, sendo 06 destes com atendimento de ginecologia-obstetrícia; 73 unidades básicas de saúde/ Centros de Saúde; 14 Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT); 25 Centros de Especialidades; 18 policlínicas, entre as quais se insere o Centro de Referência e Tratamento da Mulher; e, 03 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/UNACON. (BRASIL, 2020).

Foram analisados os prontuários de todas as usuárias em tratamento de câncer de colo de útero, via SUS, nos três UNACONS do município, em período de seis meses, sendo parte destas selecionadas e convidadas a participar das entrevistas.

Os prontuários foram levantados e selecionados pelo setor de faturamento e/ou pelo setor de arquivos. Em dois dos hospitais, os prontuários de pacientes oncológicos possuíam destaque no arquivamento, sendo possível separá-los pelo tipo de câncer. A seleção e a disponibilização foram autorizadas pela direção dos hospitais e pelos coordenadores dos setores de oncologia/UNACON.

A seleção para participação nas entrevistas se apoiou nos registros dos prontuários, sendo critério de inclusão: residência no município de Campos dos Goytacazes. O critério de exclusão foi: registro de agravamento do quadro clínico, sinalizadas por presença de metástase, recidivas e/ou realização de quimioterapia paliativa. Os convites e agendamentos para entrevistas foram realizados por telefone.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016), cujo roteiro possibilitou um ‘início de conversa’, com a explicação pelas usuárias dos sintomas das doenças e primeiras ações diante deles; o aprofundamento ou detalhamento de aspectos da trajetória assistencial das usuárias; e, o direcionamento da entrevista com vistas ao alcance dos objetivos firmados. As entrevistas foram realizadas em salas cedidas pelas UNACONS.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas foram selecionados trechos, segundo as seguintes categorias: a) primeiros sintomas e porta de entrada no sistema de saúde para a atenção ao CCU; b) detecção/diagnóstico: unidades de saúde, exames realizados, periodicidade e barreiras de acesso; c) conclusão diagnóstica: acesso à biópsia, tempo para realização e emissão de laudo; d) acesso ao tratamento. Após a

seleção das falas das usuárias referentes a cada categoria, foi realizada a análise a partir de inferências e interpretações respaldadas pela literatura. (BARDAN, 2016).

A pesquisa que subsidia este artigo cumpriu as considerações éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos, previstas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 466, de 12 de dezembro de 2012 e N. 510 de 07 de abril de 2016. (CONSELHO NACIONAL DE SAUDE, 2012, 2016).

LIMITES E PERSPECTIVAS DO ACESSO A ATENÇÃO À SAÚDE:

Foram localizados 86 prontuários nas três Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) sobre os quais incide este estudo, de mulheres que iniciaram tratamento de câncer de colo de útero (CCU) no período de estudo, sendo que 14 mulheres possuíam prontuários em mais de um UNACON. Assim foram localizadas 72 mulheres, sendo 50 residentes em Campos dos Goytacazes e 22 em outros municípios. Das 72 mulheres, 59 mulheres estavam com vida, sendo 39 residentes em Campos dos Goytacazes e 20 em outros municípios.

Entre as 59 mulheres com vida, 13 mulheres apresentavam metástase e/ou recidiva, sendo 09 residentes em Campos e 04 residentes em outros municípios. Assim, foram excluídas 20 mulheres, devido a residir em outros municípios e 09 mulheres residentes em Campos, por apresentar metástase e/ou recidiva, segundo registro em prontuário. Portanto, 30 mulheres poderiam ser convidadas. Mas, não foi possível o contato com quatro mulheres e 14 mulheres não aceitaram participar da entrevista. Agendaram a entrevista 12 mulheres, tendo comparecido para entrevista 09 mulheres. **(Fluxograma 1).**

Fluxograma 1– Prontuários únicos localizados, usuárias convidadas, agendadas e entrevistadas.

PU localizados: 86	
Dr. Beda (53), HEAA (27), SPBC (06)	
PU excluído por repetição de usuária: 14	
Total de Usuárias localizadas: N: 72	
Campos: N: 50 (11 óbitos + 39 c/ vida)	Outros municípios: N: 22 (02 óbitos + 20 c/ vida)
Total de Usuárias c/ vida: N: 59	
Total de Usuárias c/ vida excluídas, segundo critérios: 29	
Excluídas por serem de outros municípios: 20	
Residentes em Campos, excluídas por registro de metástase e/ou recidiva: 09	
Total a serem convidadas para entrevista: 30	
Usuárias cujo contato não foi possível: 04	
Usuárias que não aceitaram participar: 14	
Usuárias que aceitaram/agendaram entrevista N: 12	
Usuárias que não compareceram à entrevista N: 03	
Usuárias entrevistadas N: 09	

Fonte: Elaboração da Autora.

As mulheres que não aceitaram participar da entrevista apresentaram as seguintes justificativas: a) estar sem condições clínicas para comparecer (04); b) estar sem condições de pagar transporte coletivo (01);

c) estar internada no momento do convite (02); d) ter consulta agendada na mesma data da entrevista (03); e) não possuir tempo, devido a trabalhar em tempo integral (02); f) estar com dificuldade relativa a transporte em carro da família (01); g) não desejar falar sobre a sua enfermidade (01).

A média de idade das mulheres entrevistadas foi 46,1 anos, estando a mais nova com 23 anos e a mais velha com 59 anos. Entre as entrevistadas, cinco eram casadas e quatro solteiras; e, cinco eram negras (pretas ou pardas) e quatro brancas. No momento da descoberta da enfermidade, exerciam atividades laborais como: diarista, doméstica, auxiliar administrativa, manicure, cuidadora de idosos, comerciária, professora de ensino fundamental; e, uma mulher era 'do lar', sendo, em maioria, ocupações inseridas na 'periferia da força de trabalho' (ANTUNES, 2014), o que sinaliza para a possível vivência de situação de pobreza.

Desse modo, diante ao exposto, a perda de mulheres para entrevista consistiu em limite deste estudo, pois entre trinta mulheres selecionadas para convite a participar do estudo, nove foram entrevistadas (30%). Isso, em especial, devido às recusas em participar (46,7%), sendo especialmente justificadas pelo agravamento de quadros clínicos (42,8%), por consulta agendada para a mesma data da entrevista (21,4%) e por situações de ordem socioeconômicas (28,6%). Portanto, a perda esteve associada, especialmente, ao quadro sanitário das entrevistadas. Contudo, entre as 12 mulheres agendadas para entrevista, 09 compareceram (75%).

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres na faixa etária de 23 a 59 anos, portanto, população-alvo da política de controle do câncer do colo de útero (INCA, 2016), com exceção de uma entrevistada. Eram mulheres de nível socioeconômico baixo ou médio baixo (KAMAKUBA; MAZZON, 2016), pois a faixa salarial média das ocupações desenvolvidas associada ao relato de moradia com outros membros da família, todos custeados somente pela renda da entrevistada, condiz com tal perfil, corroborando com a associação entre renda baixa e câncer de colo de útero. (MASCARELLO; ZANDONADE; AMARIM, 2013; MELO et al., 2017).

Primeiros sintomas e porta de entrada no sistema de saúde para o controle do CCU

Todas as mulheres, com exceção de uma, apresentaram sintomas clínicos, sendo: sangramento acompanhado de dor ou não. Diante a estes, todas as entrevistadas procuraram por serviços de saúde, tendo preponderado os serviços públicos. Os serviços foram: consultório médico via pagamento de próprio bolso (03), ambulatório hospitalar/ SUS (03), Unidade Básica de Saúde (01), Centro de Referência e Tratamento da Mulher /SUS (02).

O Centro de Referência para Tratamento da Saúde da Mulher (CRTSM) do município envolvido neste estudo é unidade de referência para as mulheres cujos resultados de exame Papanicolau estejam 'alterados', oriundos das unidades básicas de saúde (UBS). No CRTSM realiza-se a investigação tendo em vista o diagnóstico, sendo realizados procedimentos e tratamentos ambulatoriais. Os casos que necessitam de tratamento cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico são encaminhados a hospitais e/ou UNACONS.

Assim, destaca-se que entre as entrevistadas encaminhadas ao CRTSM, uma não apresentava sintomas clínicos, sendo encaminhada após resultado de exame preventivo 'alterado'.

As mulheres cuja porta de entrada foi serviços do SUS enfrentaram limites organizacionais que ao serem enfrentados resultaram no acesso e atendimento nesses serviços. Os limites foram: a) presença de filas iniciadas na madrugada e com possibilidade de término das fichas disponíveis antes que chegasse a vez da entrevistada na fila; b) marcação de consultas para prazo maior que 30 dias.

Desse modo, os sintomas clínicos vivenciados corresponderam aos previstos para câncer de colo de útero em estágio avançado (INCA, 2020), indicando fragilidades no processo de atenção ao câncer de colo de útero e corroborando com os achados de outros estudos (GOMES et al., 2014; MELO et al., 2017). No entanto, estas fragilidades não se associaram a baixa procura por serviços de saúde com vistas à detecção precoce, como outros estudos revelam. (PINHO et.al, 2003; CORREA et al., 2012).

A partir dos sintomas clínicos, a porta de entrada para o controle do CCU para 2/3 das mulheres foi os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e para 1/3 foram serviços via pagamento de próprio bolso. Este tipo de pagamento foi motivado pelo fato do atendimento SUS ser previsto para mais de 30 dias após a procura pelos mesmos, o que na visão destas usuárias as colocaria em risco de morte.

O acesso ao SUS obtido pela maioria das entrevistadas, no entanto, consistiu no resultado de enfrentamentos a barreiras organizacionais (TRAVASSOS; CASTRO, 2012), sendo: filas, número de fichas aquém à demanda e marcação de consultas em prazo maior que 30 dias, como já mencionando. Foram utilizados especialmente contatos pessoais com profissionais de saúde dos serviços a serem utilizados.

Deteção/diagnóstico: unidades de saúde, exames realizados, periodicidade e barreiras de acesso

A detecção do câncer de colo de útero (CCU) para a maioria das mulheres ocorreu em estágio avançado. Esta detecção foi realizada a partir de exame Papanicolau, sendo confirmada posteriormente por biópsia; ou ocorreu diretamente via biópsia, diante a relevância dos sintomas clínicos e/ou da impossibilidade clínica de coleta de material para o Papanicolau. Entre as entrevistadas, cinco (05) realizaram inicialmente o exame preventivo e quatro (04) realizaram diretamente a biópsia.

O tipo de unidade de saúde que realizou o 'exame preventivo' (ou biópsia) cujo resultado apresentou alteração foi, preponderantemente, unidades do Sistema Único de Saúde/SUS (06), seguidas por consultórios de ginecologia particulares em clínicas ou hospitais (03). Contudo, uma (01) das mulheres que procurou unidades do SUS, visando rapidez na obtenção do resultado da biópsia, pagou de próprio bolso pelo exame.

Entre as entrevistadas, seis (06) relataram o cumprimento da periodicidade adequada para realização de 'exame preventivo' (INCA, 2016) e a obtenção de resultado 'normal' para exame Papanicolau que antecedeu ao exame que definiu o diagnóstico de CCU ou a não obtenção de informação pelo (a) médico (a) sobre a presença de qualquer alteração. Entre estas, destaca-se a situação de uma mulher, que procurou por Unidade Básica de Saúde (UBS) já com sintomas clínicos condizentes com CCU, mas obteve resultado

‘normal’ para o exame Papanicolau realizado, não tendo obtido informações médicas sobre alteração no resultado. Entretanto, o diagnóstico de CCU foi confirmado posteriormente via pagamento de próprio bolso de consulta e exames, em unidade hospitalar conveniada ao SUS.

Entre as três demais entrevistadas, duas (02) também realizavam ‘preventivo’ segundo a periodicidade indicada (INCA, 2016), em unidades hospitalares do SUS, para uma mulher, e via pagamento de próprio bolso, para a outra mulher. Estas mulheres tinham conhecimento sobre resultado de ‘preventivo alterado’ em exames anteriores, mas não receberam informação que isso significava lesão precursora de CCU. A terceira mulher obteve resultado ‘normal’ para exame antecedente ao diagnóstico de CCU, mas o realizara há mais de três anos, não cumprindo, portanto, a periodicidade adequada.

As barreiras à detecção da enfermidade mencionadas foram de ordem subjetivo-cultural (descuido/não percepção de risco) e de ordem organizacional (demora na marcação de consultas e na emissão de resultados de exames, extravio de resultados e despreparo dos profissionais da saúde, no qual se inserem as possíveis falhas laboratoriais e limites na comunicação médico-paciente). Ainda na dimensão organizacional, destaca-se o a emissão de laudo de exame Papanicolau pelo SUS em prazo maior que 60 dias, para uma (01) das entrevistadas.

Desse modo, as mulheres, com exceção de uma, cumpriram a periodicidade adequada para a realização de exames Papanicolau (INCA, 2016). Essa adequabilidade se contrapôs a evolução, em período de até dois anos, para um quadro de CCU avançado. Portanto, os achados deste estudo suscitam a hipótese de má qualidade da atenção no controle do CCU, pois este possui evolução lenta (INCA, 2020), não se justificando a presença de resultado de Papanicolau ‘normal’ em ano anterior ao do diagnóstico de carcinoma ou adenocarcinoma.

Ao obterem o acesso aos serviços que consistiram em portas de entrada, na primeira consulta foi coletado material para exame, sendo o Papanicolau para cinco mulheres e diretamente a biópsia para quatro mulheres. Foram unidades do SUS para seis entrevistadas e consultórios de ginecologia, via pagamento de próprio bolso em clínicas ou hospitais, para três entrevistadas. Mas, uma das mulheres atendida por unidade do SUS pagou de próprio bolso pela análise laboratorial de biópsia.

Portanto, como a maioria das mulheres que conseguiu atendimento pelo SUS enfrentaram barreiras organizacionais, pode-se afirmar que são apresentados limites na continuidade da atenção à saúde no SUS para investigação diagnóstica, sendo condizente com os achados de outras pesquisas. (BRITO-SILVA et al., 2014, BAIRROS et al., 2011).

Além das mencionadas barreiras à detecção da enfermidade, as entrevistadas destacaram dificuldades no acesso aos resultados de exames, com espera maior que 30 dias e com extravios destes resultados; e, na comunicação médico-paciente, sendo barreiras também sinalizadas pela literatura. (BRITO-SILVA et al., 2014, SILVA et al., 2016).

Conclusão diagnóstica: acesso à biópsia, tempo para realização e emissão de laudo

Para conclusão do diagnóstico é previsto a realização de ‘biópsia’, sendo também realizados exames de imagem para o estadiamento do câncer, como: tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom, RX de tórax, entre outros. (ONCOGUIA, 2020). O tratamento é iniciado somente após a emissão dos resultados dos referidos exames e apresentação dos mesmos ao ginecologista e na sequência ao oncologista.

Em relação ao acesso à biópsia, entre as nove (09) entrevistadas, quatro (04) realizaram biópsia com pagamento de próprio bolso, justificado pela urgência que a situação requeria em dissonância com a demora que ocorreria se fizessem pelo SUS; e, cinco (05) mulheres realizaram pelo SUS. Para estas últimas, a coleta da biópsia foi realizada na consulta para detecção/investigação que obtiveram pelo SUS, ou seja, não houve espera posterior a referida consulta para coleta de material para biópsia.

Entre as quatro (04) mulheres que fizeram a biópsia por pagamento de próprio bolso, duas (02) também pagaram pelos demais exames solicitados para composição da ‘conclusão do diagnóstico’ – ressonância magnética e ultrassom – e duas (02) fizeram os exames de imagem pelo SUS. Entre as mulheres que fizeram a biópsia pelo SUS (05), três (03) pagaram por exame de ressonância magnética. Destas últimas, uma (01) mulher também pagou por exame de ultrassonografia.

Portanto, para ‘conclusão diagnóstica’, incluindo os exames de imagem solicitados, duas (02) mulheres realizaram todos os exames com pagamento particular e duas (02) os realizaram integralmente pelo SUS. Para as demais (05), foi necessária a associação de pagamentos de próprio bolso ao usufruto de serviços do SUS.

Após tentativas malsucedidas de atendimento pelo SUS em prazo menor que 30 dias, parte das entrevistadas realizou pagamentos de próprio bolso por atendimentos e/ou exames, individualmente ou cotizados com a família.

A emissão de laudos de biópsia foi realizada majoritariamente em até 30 dias. A ultrapassagem deste prazo, quando ocorreu, se referiu tanto a exames via SUS como para exames com pagamento particular. Assim, entre as mulheres que realizaram a biópsia pelo SUS, uma (01) recebeu o laudo com mais de 30 dias. E, entre as mulheres que pagaram pelo exame (02), uma (01) recebeu o laudo em aproximadamente dois meses. Houve também uma (01) mulher que obteve o laudo de biópsia do material de cirurgia com mais de 60 dias. Com o laudo em mãos, todas as mulheres o apresentaram a seus médicos em prazo menor que 30 dias.

A conclusão diagnóstica, portanto, foi etapa com maior uso da composição de pagamentos de próprio bolso com o uso de serviços públicos, ou seja, de um tipo específico de mix público-privado. Entre as mulheres, quatro (04) pagaram pelo exame de biópsia e cinco (05) o fez pelo SUS, ocorrendo coleta de material para este exame na consulta para detecção/investigação que obtiveram pelo SUS, como já mencionado. Ou seja, não houve tempo de espera para coleta da biópsia. O resultado da biópsia foi emitido em tempo menor que 30 dias, não tendo ocorrido distinções entre exames pagos ou via SUS, em termos de

tempo de emissão. Contudo, sete (07) mulheres precisaram pagar do próprio bolso por exames de imagem que compõem a conclusão diagnóstica/estadiamento, necessários ao início do tratamento.

Barreiras organizacionais de acesso também ocorreram para realização de cirurgia, quando se fez necessária. Assim, as características da oferta dos serviços de saúde facilitaram somente em parte a sua utilização por potenciais usuários e exprimem capacidade limitada de responder às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Acesso ao tratamento

Entre as nove entrevistadas, cinco (05) tiveram o seu tratamento também composto por cirurgia, sendo realizado histerectomia (04) e cirurgia para retirada de tumores sem retirada do útero (01). Todas as entrevistadas realizaram quimioterapia, radioterapia e braquiterapia.

Entre as mulheres que precisaram de cirurgia, quatro a realizaram pelo SUS e uma fez com pagamento de próprio bolso. Esta última pagou por todo tratamento, iniciado com consulta médica, a qual prosseguiram exames e cirurgia, pois não obteve sucesso nas tentativas de acesso a exames e consultas pelo SUS.

Todas as mulheres realizaram o tratamento com quimioterapia, radioterapia e braquiterapia pelo SUS. Contudo, houve caso de barreira organizacional de acesso para iniciar o tratamento oncológico.

A demora no acesso ao tratamento via SUS – a ser iniciado a partir de prescrições de médico oncologista no UNACON, em consulta previamente agendada - associada ao receio de evolução clínica da enfermidade, foi relatada como angustiante e geradora de “nervosismo” (sic), aspecto também sinalizado por Vasconcellos e colaboradores (2016). Após as referidas prescrições, o tratamento oncológico foi iniciado imediatamente.

O tratamento com quimioterapia, radioterapia e braquiterapia foi realizado pelo SUS, corroborando com a literatura que afirma que a grande maioria dos tratamentos oncológicos é realizada pelo SUS. (OZAWA; MARCOPILO, 2011).

Desse modo, o sistema público de saúde do município polo da região norte fluminense, no que diz respeito ao controle do câncer do colo de útero, vem apresentando barreiras organizacionais de acesso, especialmente relacionadas à atenção básica e aos ambulatorios hospitalares de ginecologia com vistas à detecção precoce e à conclusão diagnóstica. No entanto, especificamente diante ao tratamento oncológico, com uso de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, estas barreiras foram quase inexistentes, constituídas somente pelo agendamento de primeira consulta com oncologista.

A reabilitação das sequelas do tratamento oncológico, mencionadas por 1/3 das entrevistadas, constituiu aspecto não contemplado pelos serviços de saúde do SUS municipal.

A integralidade da atenção à saúde, expressa por sua continuidade, portanto, não é garantida pelo setor público. Há limitada disponibilidade de serviços e carência de integração das ações dos diversos níveis

de atenção à saúde, de modo a garantir a continuidade da atenção de modo ininterrupto. As mulheres adotaram a estratégia da associação de serviços públicos e serviços com pagamentos de próprio bolso, compondo o atendimento de saúde do qual necessitavam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção ao câncer de colo de útero, segundo a integralidade de sua linha de cuidados, foi aspecto privilegiado nesse artigo, sendo adotado como marcadores o acesso aos serviços e a continuidade da atenção à saúde, que constituem dimensões que revelam o desempenho de sistemas de saúde (VIAVACA et al, 2004).

As barreiras de acesso e continuidade da atenção para controle do câncer de colo de útero foram majoritariamente de tipo organizacional, perpassando toda a trajetória assistencial. Tais barreiras se expressaram por presença de filas, espera maior que 30 dias para consultas e resultados de exames, extravio destes resultados, fragilidades na comunicação médico-paciente, tendo um terço das entrevistadas efetivado pagamento de próprio bolso por consultas e exames para detecção da enfermidade e, especialmente, para a confirmação diagnóstica.

O tratamento oncológico, via quimioterapia e radioterapia, foi realizado por todas as entrevistadas pelo Sistema Único de Saúde, sendo os serviços de reabilitação, no entanto, uma lacuna no SUS municipal.

Portanto, as trajetórias assistenciais expressaram grande participação de gastos de indivíduos e famílias no financiamento do setor saúde diante ao racionamento da oferta de serviços públicos. O acesso aos serviços de saúde do SUS foi alcançado pelo enfrentamento das barreiras impostas e a continuidade da atenção à saúde não é garantida pelo setor público, promovendo o mix de serviços públicos e pagamentos de próprio bolso.

As barreiras de acesso expressam a não plena efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), respaldado em princípios como integralidade, universalidade e equidade, entre outros, cujos limites são analisados pela literatura (BRAVO; MATOS, 2009; SOARES, 2019; BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020), sendo destacado o subfinanciamento, promovido pela convivência entre projeto privatista e projeto de Reforma Sanitária, o que constitui um campo de tensões entre interesses políticos e econômicos, fragilizando o usufruto do direito à saúde.

Assim, a atenção ao câncer de colo de útero, faceta do Sistema Único de Saúde destacada neste estudo, não foi integralmente desenvolvida junto às mulheres por tal enfermidade acometidas. O processo de atenção à saúde ocorreu pela associação de serviços de saúde públicos e pagos de próprio bolso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 16^o. Ed., São Paulo, Cortez, 2014.

BAHIA, L; SCHEFFER, M. **O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3, p. 158-171, 2018.

BAIRROS, FS et. al. **Racial inequalities in access to women's health care in Southern Brazil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-72, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3ª. reimp. da 1ª. ed. de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**, 2020. Disponível em:
http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=33&VMun=330100&VSubUni=&VComp=202001. Acesso: 20/mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso: 10 ago 2020.

BRAVO, MIS. **A política de saúde no Brasil.** In: MOTA, AE et al. (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88 – 110.

BRAVO, MIS; PELAEZ, EJ. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências.** São Paulo, *Ser Social*, p. 191- 209, jan.- jun. 2020.

BRITO-SILVA et al.. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-48, 2014.

BELLATO, R; ARAÚJO, LFS; CASTRO, PO. **Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde.** In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, AG; MATTOS, RA. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ – ABRASCO; 2008. p. 167-88.

CELLUPI, IC et al. **30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União, 2012; 12 dez. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso: 10 ago 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016.** Diário Oficial da União, 2016; 24 maio. Seção 1:44-6. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso: 10 ago 2020.

CORREA, MS et al. **Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 1841-53, 2012.

GOMES, CHR et al. **Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Campos dos Goytacazes/RJ: população estimada, 2019.** Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama> Acesso: 20 mar. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de colo de útero: conceito e magnitude.** Rio de Janeiro: INCA; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude> Acesso: 10 ago 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso: 10 ago 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. – INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 6ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2020 a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf> Acesso: 10 ago 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf Acesso: 10 ago 2020.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Diagnóstico: exames de imagem para diagnóstico do câncer do colo do útero.** São Paulo: ONCOGUIA; 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/exames-de-imagem-para-cancer-de-colo-do-utero/1285/284/> Acesso: 10 ago.2020.

LOPES, VAS; RIBEIRO, Ribeiro JM. **Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 24, p. 3431-3442. 2019.

KAMAKUBA, W; MAZZON, JA. **Crêterios de estratificaçãe e comparaçãe de classificadores socioeconômicos no Brasil.** *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 55-70, 2016.

MASCARELLO, KC; ZANDONADE, E; AMORIM, MHC. **Survival analysis of women with cervical cancer treated at a referral hospital for oncology in Espírito Santo State, Brazil, 2000-2005.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 823-31, 2013.

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

MELO, WA et al. **Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife/PE, v.17, n. 4, p. 645-52, 2017.

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

OZAWA, C; MARCOPITO, LF. **Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 238-45, 2011.

PINHO, AA et al. **Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. supl. 2, p. S303-13, 2003.

- RIBEIRO, JM. **Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-82, 2009.
- SILVA, MRF, 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*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 107-19, 2016.
- SOARES, RC. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS.** *Revista Argumentum*, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.
- TRAVASSOS, C; CASTRO, MSM. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In: GIOVANELLA, L et. al (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.
- VASCONCELLOS, S. A. et al. **Mulher com câncer do colo do útero: trajetória terapêutica.** *Journal Health NPEPS*, Campinas/SP, v. 1, n. 1, p. 17-30, 2016.
- VASCONCELOS, MGF; JORGE, MSB. **Itinerários terapêuticos de famílias em busca de cuidado para os problemas de saúde mental.** In: TRAD, LAB et. al. (orgs.). *Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2015. p. 285-99.
- VIACAVA, F et. al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde de saúde brasileiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v, 9, n. 3, p. 711-724, 2004.
- WORLD BANK. **World Bank Open Data.** World Bank Group, 2019. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/>> .Acesso: 13 mar. 2020.