



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

VITÓRIA CARLA CONCEIÇÃO ALMEIDA

**TÍTULO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

VITÓRIA CARLA CONCEIÇÃO ALMEIDA

**TÍTULO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE.**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Mariana Boulitreau
Siqueira Campos Barros

Coorientador: Magaly Bushatsky

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

VITÓRIA CARLA CONCEIÇÃO ALMEIDA

**TÍTULO DO TRABALHO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES
DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DESAFIOS DO
DIAGNÓSTICO PRECOCE.**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 07/ 11/ 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profº. MSc. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dra. Keyla Cristina Vieira Marques Ferreira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Laura Xavier Moraes (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Compreender o Itinerário Terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, com mulheres diagnosticadas com neoplasia uterina em estadiamento tardio em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, Recife-Pernambuco. Realizado em 2017 através de uma entrevista semiestruturada, e pela análise de conteúdo temática proposta por Bardin. **Resultados:** Identificou-se cinco categorias temáticas: Rastreamento do câncer do colo do útero: nós críticos da APS; Desde os primeiros sinais sintomas até o diagnóstico; Os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; Sistema de governança: a rede de amizade construindo o acesso “regulado”; Os cuidados tradicionais como alternativa terapêutica. **Conclusão:** A APS distancia de suas funções de coordenar o cuidado e ordenar as redes, reforçando a otimização de tecnologias leves para o alcance de sua resolutividade.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa; Neoplasias do Colo do Útero; Saúde da Mulher; Atenção Primária de Saúde; Diagnóstico Precoce.

SUMMARY

Objective: To understand the Therapeutic Itinerary of women with cervical cancer from the perspective of Primary Health Care (APS) as the preferred gateway to the Health Care Network. **Methods:** A qualitative study with women diagnosed with late stage uterine neoplasia in a High Complexity in Oncology Unit, Recife-Pernambuco. Made in 2017 through a semi-structured interview, and by the analysis of thematic content proposed by Bardin. **Results:** Five thematic categories were identified: Screening for cervical cancer: we critics of APS; From the first symptoms to the diagnosis; Points of attention to secondary and tertiary health; System of governance: the friendship network building "regulated" access; Traditional care as a therapeutic alternative. **Conclusion:** The APS departs from its functions of coordinating care and ordering the networks, reinforcing the optimization of light technologies to reach its resolution.

Keywords: Qualitative Reserch, Uterine Cervical Neoplasms, Women's Health, Primary Health Care; Early Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el Itinerario Terapéutico de mujeres con cáncer de cuello de útero en la perspectiva de la Atención Primaria a la Salud (APS) como puerta de entrada preferencial de la Red de Atención a la Salud. **Métodos:** Estudio de abordaje cualitativo, con mujeres diagnosticadas con neoplasia uterina en estadiamiento tardío en una Unidad de Alta Complejidad en Oncología, Recife-Pernambuco. Realizado en 2017 a través de una entrevista semiestructurada, y por el análisis de contenido temático propuesto por Bardin. **Resultados:** Se identificaron cinco categorías temáticas: Rastreo del cáncer del cuello del útero: los críticos de la APS; Desde los primeros signos síntomas hasta el diagnóstico; Los puntos de atención a la salud secundaria y terciaria; Sistema de gobernanza: la red de amistad construyendo el acceso "regulado"; Los cuidados tradicionales como alternativa terapéutica. **Conclusión:** La APS aleja de sus funciones de coordinar el cuidado y ordenar las redes, reforzando la optimización de tecnologías ligeras para el alcance de su resolutivez.

Palabras-clave: Investigación Cualitativa; Neoplasias del cuello Uterino; Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud; Diagnóstico Precoz.

SUMÁRIO

ARTIGO	9
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	25
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (opcional).....	29

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

INTRODUÇÃO

Podem-se elencar dois aspectos que manifestam o câncer como um problema de saúde pública no Brasil. Primeiramente, a significância do crescimento da incidência e taxa de mortalidade por neoplasia, conseqüentemente devido ao desenvolvimento demográfico, a população arcaica, e ao crescimento socioeconômico. Segundo, o entrave que se revela para o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de se assegurar o acesso íntegro e constante¹⁵ dos usuários ao diagnóstico precoce e tratamento dessa doença. ¹

O câncer de colo uterino (CCU) enquadra-se nestes desafios quando a incidência mostra-se cerca de duas vezes maior nos países com baixo desenvolvimento, comparando aos países mais desenvolvidos. ²

Para o biênio 2016/2017 espera-se, no país supracitado, um número de 16.340 casos novos de câncer de colo do útero, com risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Segundo estatística, a região nordeste, foco do estudo, ocupa o primeiro lugar com estimativa de 23, 97 casos a cada 100 mil mulheres. ²

Por intermédio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado no Brasil por volta do ano de 1984, surgiram as estratégias para a prevenção do CCU de uma maneira articulada e organizada, por meio dos exames citopatológicos com ampliação do acesso, visto que era muito baixo o quantitativo de exames, não ultrapassando de sete milhões por ano. ³

O CCU trata-se de uma afecção de lenta expansividade, possuindo 100% de prevenção e cura, uma vez que descoberto precocemente, já que possui uma fase pré-clínica longa.

Este diagnóstico pode ser realizado pelo exame de Papanicolau, conhecido por sua eficiência, baixo custo, fácil realização, e socialmente aceitável, tanto pela população, quanto pelos profissionais que o realiza.¹⁶ O exame é realizado na Atenção Primária de Saúde (APS), e pode provocar incômodo, mas não a dor. ^{4, 16, 4}

Para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária de Saúde (APS) é um importante meio de acesso entre as usuárias do SUS, classificando-a como o alvo para a organização da prática do cuidado, bem como ao envio das pessoas que carecem de atendimento nas diversas formas tecnológica. Além do mais, em seu conceito, a RAS ratifica a hierarquização, regionalização e descentralização como princípios a serem seguidos. ¹³

Deste modo, o itinerário terapêutico é uma ferramenta teórico-metodológica que permite compreender a experiência de adoecimento em sua singularidade, mas também, para além da vertente socioantropológica, a reconstituição de itinerários ajuda-nos a conhecer os caminhos e estratégias adotadas na experiência de busca por cuidados, fornecendo subsídios para gestores e profissionais de saúde repensarem o processo de trabalho, a gestão e o planejamento em saúde. ³

Norteados pela concepção da vasta influência que a atenção primária tem sobre a população, assumindo um papel de trâmite entre a sociedade e a rede de saúde, faz-se necessário compreender onde se fundamenta os nós críticos para que as mulheres não recorram a APS na busca de cuidados primários à saúde para o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero.

Neste contexto, o estudo norteia a partir da pergunta: Qual o itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero, acompanhadas no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, no estado de Pernambuco, Recife, Brasil, no período de setembro a outubro de 2017? Na qual compreendemos o itinerário terapêutico de mulheres com diagnóstico tardio de câncer do colo do útero, na perspectiva da APS, como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa, realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) no período de setembro a outubro de 2017, na cidade do Recife, Pernambuco. ⁶

A população foi composta por mulheres que foram diagnosticadas com câncer de colo uterino nos estádios IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA e IVB, sendo estes os estadiamento tardios. Também foram inclusas aquelas que eram cobertas pelos programas ou estratégias da Atenção Básica à Saúde, e que estavam em tratamento no Hospital Universitário Oswaldo Cruz no período de coleta de dados.

Utilizou-se um roteiro de entrevista, semiestruturado, elaborado pelos autores organizado em duas etapas. A primeira para a caracterização sociodemográfica, clínica e dos fatores associados ao CCU, entre elas faixa etária, renda familiar, escolaridade, religião, tabagismo, bebidas alcoólicas, hábitos sexuais e o uso de anticoncepcional. O segundo bloco foi norteado pelas perguntas: Onde e quando você fez, pela última vez, o exame preventivo de câncer de colo do útero (Exame de Papanicolau)? Por que não procurou a APS? Qual o caminho que percorreu desde os primeiros sinais e sintomas até chegar aqui? Buscou cuidados tradicionais e alternativos em saúde?

Os dados provenientes da entrevista, foram transcritos e selecionados as categorias temáticas e os núcleos de sentido, e a cada paciente entrevistada foi dado um nome de um tipo de flor: gérbera, anêmona, lírio, girassol, orquídea e margarida, com o intuito de preservar o anonimato. Além do mais, cada flor representa características das mulheres entrevistadas, tendo em vista que no ato da coleta, observamos as mulheres de forma holística, como por exemplo: a expressão facial, os sentimentos revelados, e a maneira de retratar o seu itinerário. ⁶

Os dados levantados foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin (1979), por ser definida como um conjunto de técnicas de comunicações que tem o intuito de obter, por meios objetivos e sistemáticos, o conteúdo dos

indicadores e mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção destas mensagens, por expor uma modalidade de apresentação que tem depoimentos como matéria prima. A categorização fornece uma representação de elementos que impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. Assim, a análise de conteúdo assenta implicitamente na crença de que a categorização não introduz desvios no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados em bruto. ⁶

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e enviado para análise ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Aprovado sob CAAE: 65673017.7.0000.5208. A realização deste estudo respeitou aos requisitos determinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Para o grupo em estudo foram solicitadas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS E DISCURSSÃO

Foram entrevistadas seis mulheres com idades entre 25 e 65 anos. Das seis mulheres, quatro informaram ter renda familiar igual e menor que um salário mínimo, e metade tinham ensino médio completo. Quanto à espiritualidade, crença e religião, três eram católicas, duas eram evangélicas, e uma não professava fé.

Entre os fatores associados ao CCU, a média de idade da coitarca foi de 14,6 anos, variando entre 13 a 17 anos. Cinco das entrevistadas eram múltiparas com cerca de 1 a 4 filhos, das quais quatro realizaram parto cesariano. Apenas uma nunca fez uso de métodos contraceptivos. Das seis mulheres, uma é ex-fumante, e uma é fumante. Quanto ao consumo de álcool, uma mulher diz beber socialmente, uma alega beber com frequência, e as demais não ingerem bebidas alcólicas. Com relação aos múltiplos parceiros, duas informaram terem tido acima de cinco parceiros, duas mulheres tiveram três parceiros e duas apenas um parceiro.

Referente ao estadiamento, duas mulheres estavam em estágio IIA; uma em estágio IIIA; uma em estágio IB; uma em estágio IIB e uma em estágio IVB. Segundo o sistema FIGO⁴ (International Federation of Gynecology and Obstetrics), o câncer é classificado quanto as suas fases. Onde na fase IIA, o câncer não ultrapassa de 4cm e não há invasão de paramétrio. No estágio IB, a lesão é visível durante o exame clínico, porém limita-se ao colo uterino, mas a lesão a nível microscópico, pode estar maior. Quando em estágio IIB, existe invasão de paramétrio, como por exemplo, um terço inferior da vagina é acometido. ⁸

No estágio IIIB, o tumor adentra a parede pélvica e pode causar exclusão renal ou hidronefrose. No estágio IIIA, o câncer está presente no porção inferior da vagina, não havendo extensão à parede da pelve. Em estágio IVB, corre a metástase para órgãos mais distantes do colo uterino. ⁸

Baseados na análise dos discursos das entrevistadas, pode-se elencar cinco categorias temáticas: *Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: os nós críticos da APS; Desde os primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico; O Itinerário Terapêutico nos pontos de atenção à saúde secundária e terciária; sistema de*

governança: a rede de amizade construindo o acesso “regulado”; Os cuidados tradicionais como alternativa terapêutica.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: OS NÓS CRÍTICOS DA APS

Ao se expressarem livremente, as mulheres pontuaram desde a descoberta do câncer até a sua chegada à unidade de referência em estudo. Entre as seis mulheres, apenas uma revelou não ter realizado o preventivo desde a sua coitarca, duas mulheres afirmaram ter realizado o preventivo anos depois da sua primeira relação sexual e que tal exame foi realizado por serviço particular. A escolha pelo serviço suplementar para a realização do exame citológico advém da incredibilidade na APS, as dificuldades no acesso, e a grande demanda neste nível de atenção, conforme os depoimentos:

No postinho [UBS] era uma burocracia para consegui ficha. [Girassol]

Eu fazia o Papanicolau todo ano no postinho [UBS]. A última vez que realizei o preventivo foi em janeiro de 2017. Sempre procurei o postinho [UBS] pra fazer os meus exames. Lá a demanda é muito grande, mas eu conseguia vaga. [Lírio]

Há 2 anos atrás, eu procurei a APS, foi em vão [...] Por que lá no posto [UBS] a demanda é muito grande... [Orquídea]

Sendo a principal porta de entrada no sistema de saúde, e a responsável pela coordenação do cuidado, a atenção primária à saúde tem o papel de desenvolver medidas preventivas do câncer do colo do útero por ações de educação em saúde, estímulo a hábitos de vida saudáveis e imunização, assim como o rastreamento para o diagnóstico precoce, e encaminhamento daquelas que necessitam ser atendidas em pontos de atenção de diferentes níveis e densidade tecnológica. ^{2, 20}

O que ratifica um estudo realizado com mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero que se encontravam em tratamento em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, quando compareciam no serviço de saúde para atendimento, porém não era realizado o Exame Citológico. Em alguns casos, iam buscar o resultado do exame e este não era encontrado. ⁹

Os enfermeiros de um Hospital Escola no Rio de Janeiro-RJ, Brasil, na qual diz que o Brasil ainda não possui facilidades para que as mulheres encontrem atendimentos a nível primário, secundário e terciário de atenção.¹¹ O que também corrobora para confirmação do estudo, na qual afirma que garantia de práticas apropriadas para detecção precoce e tratamento do CCU é um item sério para a sistematização da linha de cuidado.

Os depoimentos supracitados contrariam a percepção dos enfermeiros da Atenção Básica de Carpina, Pernambuco, em um estudo realizado em 2013, quando descrevem que, embora o exame citopatológico seja um procedimento seguro, sua realização na APS apresenta certa resistência por parte de algumas mulheres por falta de esclarecimento, por vergonha, medo e dor, dificultando o rastreamento e adesão ao exame.¹⁸

Em um estudo de revisão sistemática de literatura, utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs e literatura específica, foram traçados como obstáculos para que as mulheres não realizem o exame preventivo a indisponibilidade de horários da mulher, o medo de doer, acesso dificultado para chegar a APS e o desconhecimento do exame e de sua importância, sendo este último item, o caso de Gérbera, quando a ausência de conhecimento sobre os riscos, culmina em não buscar cuidados da saúde para a prevenção de doenças na percepção de ser inatingível:^{12, 18}

Nunca soube que o preventivo era importante para mim, que só tive um marido. Nunca fiz preventivo na minha vida, nem procurei o posto de saúde [UBS], pois não achava que era importante. Sempre tive uma saúde de touro [Gérbera].

A prática de educação revela-se importante, principalmente para as orientações dos cuidados primários de prevenção e diagnóstico precoce, tendo o protagonismo do enfermeiro da atenção básica como provedor de práticas educativas com o objetivo de empoderar as mulheres ao seu autocuidado. A educação em saúde é de extrema importância na atenção primária, por seus princípios de capilaridade, formação de vínculos, e longitudinalidade do cuidado, para que as mulheres obtenham conhecimento e tornem-se, também, disseminadoras de informação.¹⁶

Mesmo com o desenvolvimento de novas tecnologias e a ampliação de acesso dos cuidados primários à saúde, o CCU ainda é um sério problema de saúde

pública. As justificativas para explicar este quadro são distintas, como por exemplo, a organização da saúde pública, a organização dos serviços de saúde, e a qualidade do atendimento dos profissionais para com as usuárias.¹³

DESDE OS PRIMEIROS SINAIS E SINTOMAS ATÉ O DIAGNÓSTICO.

Ao relembrares toda a sua trajetória, desde os primeiros sinais e sintomas, detecção do câncer, até a sua chegada à unidade de referência, as mulheres demonstravam pesar, indignação, e lamentação por seu quadro clínico, contudo, expressavam um compromisso de falar sobre tudo que passaram, com o firme propósito de que outras mulheres fiquem atentas:

Em fevereiro desse ano, comecei a sentir dor e ter uns sangramentos além do normal. O médico detectou uma lesão e fez biópsia. [Girassol]

Já ocorreu de passar um mês inteiro menstruada. [Orquídea]

Eu não sentia dor, mas sangrava [...] eu estava há uns três meses sangrando, aí quando ele [médico] viu, falou que era um tumor [...] o sangramento uma hora para, outra hora não... Sinto feito umas cólicas. [Lírio]

[...] A médica ginecologista disse que percebeu algo de diferente, mas ela disse que é normal e que qualquer coisa eu fosse 'sajar' [extrair], com 7 meses ele piorou. Sangrava muito! [Com expressão verbal e fácil de intensidade]. Numa das vezes que passei mal e fui socorrida no hospital da encruzilhada, o médico me avaliou e disse que 'achava' que era uma bartolinite, só que tava achando estranho por tava um pouco grande demais. Quando me deitei na maca, ele chamou o outro médico e foram olhar, aí ele disse: '- olhe dona, eu vou lhe encaminhar para o Oswaldo'. Aqui me disseram que era um tumor. [Acácia]

No mês de julho comecei sentindo muita dor e a barriga crescendo, só que me segurei para ir no médico. [Gérbera]

Em estudo realizado com 122 mulheres no sul do Brasil, aponta que as mulheres tem conhecimento que quando o CCU é diagnosticado precocemente, existe uma grande probabilidade de cura, uma vez que este tipo de neoplasia, em sua fase inicial apresenta-se assintomático e que apenas em estágio avançado os sintomas são explícitos como por exemplo: sangramento vaginal anormal, corrimento vaginal persistente e dor durante o ato sexual.¹⁴

Sabendo-se que o CCU é assintomático em fase inicial, e que as mulheres tem conhecimento acerca dos benefícios e indispensabilidade do exame preventivo, ainda assim, as mulheres não buscam a APS como porta de entrada para a realização do Exame de Papanicolau, com fundamento de prevenir o câncer, recorrendo as unidades secundárias e terciárias, apenas quando evidenciados os sinais. ¹⁶

A detecção dos primeiros sinais e sintomas no âmbito familiar, e não por meio da consulta na UBS, foi descrito em um estudo realizado em Itajaí-SP, onde os agentes comunitários de saúde, considerados o elo da comunidade com a equipe de saúde da família, não souberam perceber as anormalidades a partir das queixas descritas pelas mulheres. ¹⁷

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Saber o caminho que as mulheres percorreram desde os seus primeiros sinais e sintomas até a descoberta do CCU é de extrema importância, pois consegue elencar os nós nos quais essas mulheres não obtiveram um diagnóstico precoce e porque, após a detecção do CCU, fizeram um caminho tão longínquo até conseguir um tratamento:

[...] Eu fiz uma consulta particular, aí quando ele [médico] viu, falou que era um tumor, e passou para eu ir para Salvador-Bahia, só que lá não deu certo e eu vim pra cá de novo. Lá demora muito pra sair o resultado da biópsia...[Lírio]

Associa-se o discurso de Lírio com a compreensão do itinerário terapêutico de crianças e adolescentes diagnosticadas por tumores sólidos no Estado de Pernambuco, quando o sistema público de saúde não oferece estratégias de seguimento dos usuários entre os níveis de atenção à saúde, assim como apresenta dificuldades na administração dos sistemas logístico e de apoio. ¹⁰

Sofrer as demoras do SUS para realizar procedimentos preventivos e de diagnóstico precoce, levam as mulheres a recorrer a atendimentos privados. Quando as entrevistadas optaram por realizar este percurso, leva-nos a refletir sobre a constitucionalidade do direito à saúde, e as interfaces frente ao modo de produção capitalista que propaga uma sistema público sucateado para valorização da saúde suplementar. ¹³

Em estudo realizado com mulheres com Câncer ginecológico em Itajaí, São Paulo, foi observado que pelas dificuldades de autenticidade e clareza do diagnóstico, o SUS é denotado como um serviço vulnerável que padece pelo cepticismo dos serviços oferecidos: ¹⁷

[...] Passei dois anos até conseguir essa vaga aqui. [Anêmona]

[...] E ele [médico] me pediu para correr para o Recife o mais rápido. Fui na casa de saúde, peguei uma ficha para consulta médica e ele [médico] me deu um encaminhamento. Então eu procurei um hospital público, onde passei 4 meses passando de médico em médico. [Girassol]

Nos depoimentos de um estudo realizado com enfermeiros no município de Carpina, Pernambuco, os profissionais asseguram o contínuo tratamento das usuárias que tiveram diagnóstico positivo para CCU, devido a uma linha de cuidado consolidada a partir da UBS como centro de comunicação, que quando certificados de estadiamento avançados do CCU, estas são dirigidas ao hospital de referência no tratamento de câncer, contrariando os achados que demonstram a busca de outros níveis de atenção à saúde, ao identificarem sinais e sintomas suspeitos. ¹⁸

SISTEMA DE GOVERNANÇA: A REDE DE AMIZADE CONSTRUINDO O ACESSO “REGULADO”

Diante da parcialidade encontrada na busca por cuidados nos serviços de saúde, as mulheres, para resolução necessária de seus problemas, reconstroem os fluxos na rede de atenção a partir de movimentos invisíveis ao sistema de governança vigente:

Aguardei muito uma vaga e não consegui vaga nenhuma, e cheguei a esse estágio [expressão de repúdio e raiva]. Até que uma amiga me ajudou e consegui uma vaga aqui no HUOC. [Anêmona]

Quem me ajudou foi uma auxiliar de enfermagem que trabalha aqui no HUOC. [Orquídea]

[...] Até que uma amiga, que é enfermeira, fez contato com uma pessoa daqui do hospital e conseguiu uma consulta com uma doutora. [Gérbera]

[...] Uma amiga minha, que é enfermeira da minha cidade num postinho [UBS] de saúde de outra área, tinha conhecimento com algumas pessoas daqui do HUOC, e me ajudou. [Girassol]

Em estudo realizado com usuários e profissionais da Atenção Básica de Saúde, revelou que a opção de escolher a APS como porta de entrada para solucionar doenças, apontou para quesitos referentes à comunicação entre a APS e assistência especializada, a utilização de protocolos, bem como, as diversas maneiras que os profissionais adotam para se relacionarem com os usuários.¹² Contrariando com o relato das mulheres do estudo, onde a Atenção Primária à Saúde, concomitantemente, não se apresentou como preferencial porta de entrada, assim como norteadora na rede de atenção à saúde, fazendo-as buscar aporte na rede social, tendo o profissional de enfermagem em destaque no referenciamento para o HUOC.

Ainda no estudo citado anteriormente, foi observado que os profissionais evidenciam os embaraços em adotar a rede formal de saúde sob as dificuldades encontradas, não apresentando outra forma, manifestam que as decisões individuais e formação de redes de apoio interno, proporcionam facilidades na execução de suas ações.¹²

OS CUIDADOS TRADICIONAIS COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA

Das seis mulheres entrevistadas, apenas uma relatou usar plantas medicinais (chás), na tentativa de sanar suas dores. Nenhuma das mulheres buscou na religião uma alternativa para tratamento da doença. Mesmo com o distanciamento da religiosidade, o encontro com a fé proveio em um contrafluxo pelas orações de amigos, familiares e membros das igrejas que fazem parte:

Pensei: Meu Deus! Estou morrendo! Eu saí louca, entrei no banheiro do hospital e chorava muito. Estava desesperada... Ao saber do meu problema eu não pedi orações e nem procurei a minha igreja não, pelo contrário, eu recebi muitas vistas dos meus irmãos da igreja, que me deixou mais encorajada. [Girassol]

A procura pela cura passa por caminhos tortuosos, na qual a crença adota uma posição de ampla relevância no intuito de reduzir o sofrimento físico e mental e assim fortalecer os pensamentos positivos como ferramenta principal para a cura agregando o tratamento convencional. ⁷

Na hora que o médico da clínica particular me disse que eu estava com um tumor, eu fiquei muito triste e pensativa. Mas fazer o que? Recebi muitas visitas em casa, mas eu não procurei orações, de jeito nenhum. [Lírio]

A prática da religiosidade e espiritualidade para a realidade clínica das mulheres com CCU, tem se mostrado um bom contribuinte, como suporte na superação do quadro em que se encontram, promovendo uma diminuição dos sintomas depressivos, aceitação ao tratamento, minimização ou ausência do estresse e conseqüentemente, uma vida de qualidade. ⁷

Percebe-se que a religiosidade não foi uma opção em busca de superar o quadro clínico, resultando na confirmação do livro desenvolvido em 1998, sobre a *morte e o morrer*, onde foi decretado cinco estágios pelos quais os pacientes oncológicos possivelmente percorrem e alternam de acordo com a fase do tratamento: isolamento ou negação, raiva, diálogo ou negociação, depressão e por fim, aceitação. ¹⁹

Eu pedi ao meu marido para orar por mim, porque eu não tenho condições de ir para canto nenhum mais, só dentro do hospital. Aí a minha irmã, essa daqui [apontou para a irmã que estava sentado ao lado], também é evangélica e sempre coloca no grupo de oração. [Acácia]

Eu, ir para a igreja e pedir oração?! Não! [Expressão de negação com a cabeça e semblante de repúdio e lamentação] eu fiquei foi dentro de casa, trancada, chorando tanto e dizendo que eu ia morrer e que não queria morrer. [Gérbera]

Ademais, as pacientes demonstraram um posicionamento positivo quanto ao potencial da espiritualidade e religiosidade enquanto fatores que influenciam o enfrentamento ao câncer, o que contribui para confirmação do estudo realizado com pacientes internados em um hospital de ensino, no Sul do Brasil, na qual revela que a família compõe uma influência muito grande no sentido de cuidar, tendo em vista que os laços são estreitados entre o ambiente vivido pelo paciente e sua família, o que favorece em um cuidado holístico, humanizado, e conveniente em prol das necessidades biopsicossociais e espirituais das mulheres em atendimento. ¹⁵

CONCLUSÃO

O itinerário terapêutico de mulheres com diagnóstico confirmado de CCU em estadiamento tardio, cobertas pela APS, e em tratamento em Hospital Universitário Oswaldo Cruz, revela a tênue funcionalidade da APS dentro da rede de atenção à saúde, tanto no acolhimento e acessibilidade, como na coordenação do cuidado e ordenação da rede. Diante dessas fragilidades, essas mulheres buscam alternativas de continuidade do cuidado em outros níveis de atenção à saúde, ou nos serviços suplementares, ou no contando complementarmente com redes de apoio e amizade.

Mesmo diante da limitação pelo viés de memória, o itinerário terapêutico mostrou ser de grande importância para a melhoria e delineamento da assistência, por promover reflexões sobre a relação da mulher usuária do SUS com os serviços públicos oferecidos, favorecendo potenciais dispositivos para a construção de uma linha de cuidado voltada para as mulheres com suspeitas de CCU.

Ações educativas e de ampliação da cobertura de rastreamento do CCU, surgem como medidas de baixo custo e de tecnologias leves que podem propulsar um breve itinerário, assim como criar alternativas coerentes com a cultura e realidade local, compondo, assim, a humanização da prática do cuidar integralmente.

REFERÊNCIAS

- 1 - Aquino RCB, Rodrigues M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso. 17/05/2016 [acesso em 2017 nov 20]; 12 (1): 488-496. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/317>
- 2- Ministério da saúde. Instituto Nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Atualização 2016. Rio de Janeiro.
- 3- Ribeiro JF, Silva ARV, Campelo V, Santos SLD, Coêlho DMM. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do nordeste. 2005 [acesso em 2017 outubro 8]; 06: 1367-81. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf
- 4- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- 5- Mendes LC, Elias TC, Santos TN, Tayar EM, Riul SS. Atividades educativas estimulando o autocuidado e prevenção do câncer feminino. Rev. de Enf. e Aten a Saú. 2017 [acesso em 2017 set 03]; 6(1):140-147. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1792>
- 6- Bardin L. Análise de Conteúdo. 2009; Edições 70, LDA.
- 7- Reis CGC, Farias CP, Quintana AM. O Vazio de Sentido: Suporte da Religiosidade para Pacientes com Câncer Avançado. Pisc. Ciên. e Prof. 2016 [acesso em 2017 out 22]; v. 37: 106-118.

- 8- Brasil. Saúde M. Câncer IN. TNM Classificação de Tumores Malignos. Uni. Inter. Cont. o Câncer (UICC). 2004 [acesso em: 2016 maio 9]; 6. ed. Traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>
- 9- Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. 2011 [acesso em 2016 dez 5]; 20(2): 255-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a06v20n2.pdf>
- 10- Barros, MBSC. Câncer infantojuvenil: itinerário terapêutico a partir de duas unidades de referência no estado de Pernambuco –Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de medicina social programa de pós-graduação integrado em saúde coletiva, 2014.
- 11- Silva MM, Gitsos J, Santos NLP. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro: 2013 [acesso em 2017 set 18]; 21:631-6. 631.
- 12- Reis DPS, Santos JA. Percepção de mulheres acerca do exame preventivo do câncer de colo uterino: revisão sistematica de literatura. 2016 [acesso em: 2017 mar 3] Porto Velho:Centro Universitário São Lucas.
- 13- Brasil. Saúde CNS. Primária AA. Saúde RA. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília: 2015; 1ª ed. 127.
- 14- Castro EK, Peuker AC, Romeiro FB, Lima NB, Figueiras MJ. Preditores de Autocuidado de Mulheres Sadias frente ao Câncer de Colo de Útero. Rev. Psioco. 2015 [acesso em 2016 abr 5]; 46(3) 331-339.
- 15- Matos MR, Muniz RM, Barboza MCN, Viegas AC, Rockembach JA, Lindemann LG.

Representações sociais do processo de adoecimento dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos no domicílio. Rev Enferm UFSM. 2017 [acesso em 2017 ago. 11]; 7(3): 398-410.

16- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. REVISTA, ATUALIZADA E AMPLIADA. 3ª EDIÇÃO. Rio de Janeiro: Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC); INCA, 2008. 628.

17- Tomáz VA. Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir de seu diagnóstico. Itajaí; Universidade Federal do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, 2009.

18- Correio KDL, Ramos AIG, Santos RLG, Bushatsky M, Correio MBSCB. Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. Rev. de Pesq. Cuid. é fund. Onl. [acesso em 2017 jul 24]; 7i2: 2425-2439. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26833&indexSearch=ID>

19- Ross EK. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda; 1996. Disponível em <https://psicologianicsaude.files.wordpress.com/2012/11/kc3bcbler-ross-elisabeth-sobre-a-morte-e-o-morrer.pdf>

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Normas para apresentação dos manuscritos:

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A Revista Ciência Cuidado e Saúde incentiva e apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), por reconhecer a importância desses registros para a divulgação internacional, em acesso aberto, de informação acerca dos estudos clínicos. Deste modo, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado ao final da metodologia e aparecer no resumo.

Preparo do manuscrito

- Os artigos deverão ser digitados em “Word for Windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, papel A4, com margens de 2,5 cm nos quatro lados, e espaçamento duplo em todo o texto, com exceção de resumos, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples.
- Para maiores informações, consultar o check-list de normas da revista (no final deste documento).

2) Organização

- a) Página de identificação deverá conter:

- Título do trabalho em caixa alta e negrito (somente em Português).
- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores), com indicação da formação profissional (graduação – sem especificar local de formação), instituição em que esteja cursando pós-graduação strictu sensu ou maior titulação (nunca especificar onde o título foi obtido), instituição em que atua profissionalmente e endereço eletrônico em nota de rodapé;
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:
 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

- Indicação se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição;
- Indicação se o manuscrito é originário de dissertação ou tese;
- Indicação se o manuscrito já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira;
- Indicação da seção a que o texto se destina (Artigo de Pesquisa; de Revisão; de Reflexão; e Relato de Experiência).
- Endereço completo do autor principal para contato.

b) Manuscrito:

- Exige-se correção de português, inglês e espanhol.
- Não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave em Português, Inglês (Keywords) e Espanhol (Palabras clave): três a cinco palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME.

- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /Considerações finais, Agradecimentos e Referências).

- A apresentação de resultados e discussão pode ser a critério dos autores (conjunta ou separada) no caso de estudos qualitativos. Já nos estudos quantitativos devem ser apresentadas separadamente.

Observações:

- Os depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em espaço simples, itálico, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };

- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão. Exemplo(19:6).

- Figuras e tabelas devem ser limitadas(os) a cinco no total.

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte), para artigos de pesquisa, reflexão e relato de experiência. No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.

- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.

- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço Ex: (4,5,6 e 7) substituir por (4-7); quando intercalados utilize vírgula Ex:(6,8,12).

- Devem constar os nomes dos seis primeiros autores para só então utilizar a expressão "et al."

- As referências devem ser alinhadas à esquerda.

- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

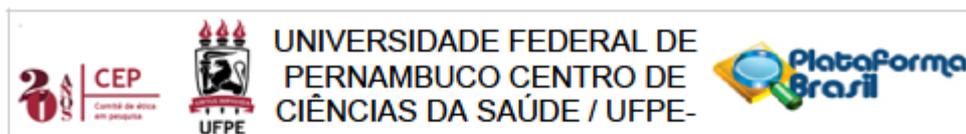
O corpo do texto está em espaço duplo, enquanto título, resumo e referência está em espaço simples; usa fonte "Times New Roman", tamanho 12; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas, no limite de cinco, inseridas no texto, e não em seu final. Limites de páginas de acordo com o tipo de contribuição (Artigos originais e de revisão, 15 páginas e relatos de experiência e reflexão, 12 páginas).

A Folha de Identificação dos autores se faz presente na primeira página do artigo, não contabilizada no limite de páginas, ou em documento separado, contendo título, nome completo dos autores, titulação dos autores, endereço de correspondência do autor principal, tipo de artigo.

Todos os documentos suplementares, sendo a Carta de Submissão, Transferência de Direitos Autorais, Parecer do comitê de ética (quando necessário), comprovante de pagamento da taxa de submissão e folha de identificação estão juntas com o artigo, e serão inseridas no espaço para Documentos Suplementares.

Siga o check list para preparar seu manuscrito (não precisa ser enviado).

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE.

Pesquisador: Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65673017.7.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.035.431

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Conclusão de Curso do curso do Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória intitulado: Itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero: os desafios do diagnóstico precoce da aluna Vitória Carla Conceição Almeida com a orientação da Prof^ª. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender o itinerário terapêutico de mulheres que estejam em acompanhamento em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco – Brasil, no período de maio a junho de 2017, com diagnóstico tardio de câncer do colo do útero na perspectiva da APS como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde

Objetivos Específicos Descrever os serviços de saúde e organizações disponíveis, a partir da APS, na rede de atenção oncológica para mulheres com CCU no Estado de Pernambuco; Levantar os aspectos e os objetivos que influenciaram o percurso desses pacientes na procura de assistência à saúde no Estado de Pernambuco, com o foco na APS como norteadora da RAS.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br