

## TÁTICAS EMERGÊNCIAIS E CIRÚRGICAS AVANÇADAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

## Advanced emergency and surgical tactics in the treatment of gynecological cancer

Anny Sibelly Dias Cury<sup>1</sup>; Matheus De Moraes Cestari<sup>2</sup>; Rodrigo Cury Machado<sup>3</sup>; Onélia Alyne Bonelli<sup>4</sup>; Ana Laura Pina Lima<sup>5</sup>; Thamyres Macedo Do Nascimento<sup>6</sup>; Mauricio Sérgio De Paula<sup>7</sup>; Vanessa Albert<sup>8</sup>; Rafaela Vieira Campos<sup>9</sup>; Beatriz Alves Vendramel Tonani<sup>10</sup>; Eduardo Oliveira Da Silva<sup>11</sup>; André Lucas Lima Bezerra<sup>12</sup>; Gabriel Oliveira Franco<sup>13</sup>

## RESUMO

O câncer ginecológico abrange diversos tipos de tumores que se desenvolvem nos órgãos reprodutivos femininos, como útero, ovários, trompas de Falópio, vagina e vulva. Apesar de relativamente raros, esses tumores podem ser extremamente agressivos, exigindo intervenção médica imediata e especializada. Palavras-chave: Integralidade em saúde. Regionalização. Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Integração de sistemas. Câncer de colo do útero. A cirurgia é um pilar fundamental no tratamento do câncer ginecológico, com o objetivo de remover o tumor o mais completamente possível. As técnicas cirúrgicas evoluíram consideravelmente, oferecendo opções minimamente invasivas e preservadoras da fertilidade. Criopreservação de oócitos: Coleta e congelamento de óvulos antes do tratamento para serem utilizados em fertilização in vitro após a cura do câncer. Transposição ovariana: Reposicionamento de um ovário saudável para outro local do corpo antes do tratamento, protegendo-o da radiação ou quimioterapia. Cirurgia conservadora: Preservação do útero ou trompas de Falópio, quando possível, mesmo em mulheres com câncer.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher, Oncologia, Citologia

## ABSTRACT

Gynecological cancer encompasses several types of tumors that develop in the female reproductive organs, such as the uterus, ovaries, fallopian tubes, vagina and vulva. Despite being relatively rare, these tumors can be extremely aggressive, requiring immediate and specialized medical intervention. Keywords: Comprehensive healthcare. Regionalization. Access to health services. Primary Health Care. Systems integration. Cervical cancer. Surgery is a fundamental pillar in the treatment of gynecological cancer, with the aim of removing the tumor as completely as possible. Surgical techniques have evolved considerably, offering minimally invasive and fertility-preserving options. Oocyte cryopreservation: Collection and freezing of eggs before treatment to be used in in vitro fertilization after cancer has been cured. Ovarian transposition: Repositioning a healthy ovary to another location in the body before treatment, protecting it from radiation or chemotherapy. Conservative surgery: Preservation of the uterus or fallopian tubes when possible, even in women with cancer.

**Keywords:** Women's Health, Oncology, Cytology

- 1 UNINASSAU - Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena - Vilhena (RO)
- 2 Instituição: CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MINEIROS - UNIFIMES
- 3 UFG - Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO)
- 4 UNINASSAU - Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena - Vilhena (RO)
- 5 Unirv Campus Goianesia
- 6 UEA- Universidade do Estado do Amazonas
- 7 Universidade estadual do Paraná, UNESPAR
- 8 UniRV
- 9 Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- 10 Universidade de Rio Verde- UniRV
- 11 UNIVILLE
- 12 Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos - UNITPAC
- 13 Centro universitário de mineiros - UNIFIMES

## Autor de correspondência

Anny Sibelly Dias Cury

annycury@gmail.com

## INTRODUÇÃO

No território brasileiro, as informações sobre mortalidade de câncer de colo de útero apontam uma redução na ocorrência de forma mais acentuada, especialmente nas cidades grandes e áreas com maior concentração de recursos financeiros, devido à ampliação do acesso aos cuidados de saúde e aprimoramento da qualidade dos exames de citologia. Essa questão evidencia discrepâncias não somente entre os países da América Latina, mas também dentro de um mesmo país, indicando a importância de pesquisas que investiguem as áreas mais remotas do Brasil.<sup>1</sup>

Na região do Nordeste do Brasil, mesmo com altas coberturas de Atenção Primária à Saúde (APS) e oferta regular de rastreamento do CCU, a adesão das mulheres aos programas de prevenção não é adequada. Diversos fatores, como representações socioculturais (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008), baixa condição socioeconômica, qualidade do rastreamento e tempo entre diagnóstico e início de tratamento, são mencionados como obstáculos para o cuidado completo e oportuno.<sup>2</sup>

Sob esse ponto de vista, é fundamental proporcionar um cuidado eficaz à saúde da mulher dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere ao controle do câncer de colo de útero. Isso requer uma abordagem integrada que envolve a coordenação de ações e serviços disponíveis nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse contexto, a RAS é considerada um modelo de organização eficiente que envolve a concentração geográfica de certos serviços (como os especializados e hospitalares) e a distribuição de outros (como a Atenção Primária à Saúde - APS), com uma estrutura que promove a integração tanto horizontal quanto vertical entre os diferentes níveis de atenção nos territórios de saúde intermunicipais.<sup>3</sup>

Essas questões estão relacionadas com as evidências de que os órgãos públicos locais, principalmente em cidades pequenas, possuem limitada capacidade financeira, administrativa e operacional, o que dificulta a descentralização de suas ações e, portanto, requer a necessidade de cooperação em políticas de saúde em redes regionais de serviços. Assim, este estudo investiga a relação entre a Atenção Básica à Saúde e os diversos pontos de atenção para o controle do câncer de colo do útero em uma região de saúde no Nordeste do Brasil.<sup>2,1</sup>

## METODOLOGIA

O propósito não foi avaliar cada cidade individualmente, mas sim compreender os processos que ocorrem na região, através de cenários representativos, analisando a linha de cuidado para controle do CCU. Os quatro municípios (A, B, C e D) juntos representam mais de 60% da população da área de saúde, sendo um conjunto significativo dos fenômenos regionais, pois possuem as características essenciais do universo em estudo.

A seleção dos municípios foi feita através do cruzamento de informações consideradas relevantes durante a pesquisa de campo: identificação de informantes-chave; participação em seis reuniões da Comissão Intergestores Regional; cobertura da ESF acima de 90%; municípios com diferentes tamanhos populacionais; diferentes modelos de gestão da saúde - seja em Comando Único ou em Gestão Estadual; e inclusão da cidade principal da região de saúde - independentemente da cobertura da ESF.

O grupo de gestores era composto por cinco mulheres e um homem, ao passo que os médicos ginecologistas eram formados por cinco homens e uma mulher. Já entre os enfermeiros participantes dos grupos focais, apenas um homem estava presente (município D). Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde, 32 eram mulheres e apenas cinco eram homens.

**QUADRO 1**  
Técnicas de produção de dados e atuação profissional do entrevistado Região de Saúde de Vitória da Conquista – 2017

Municípios	Identificação do grupo focal	Composição dos grupos	Localidade dos participantes	Tempo
Município A	Grupo I	7 ACS (mulheres) 3 ACS (homens)	Zonas urbana e rural	2h35min
	Grupo II	5 enfermeiras	Zonas urbana e rural	2h15min
Município B	Grupo III	4 ACS (mulheres) 2 ACS (homens)	Zonas urbana e rural	2h30min
	Grupo IV	9 enfermeiras	Zonas urbana e rural	2h10min
Município C	Grupo V	7 ACS (mulheres)	Zonas urbana e rural	2h35min
	Grupo VI	6 enfermeiras	Zonas urbana e rural	1h35min
Município D	Grupo VII	8 ACS (mulheres)	Zona urbana	2h
	Grupo VIII	6 ACS (mulheres)	Zonas urbana e rural	2h
	Grupo IX	5 enfermeiras 1 enfermeiro	Zona urbana	2h15min
	Grupo X	7 enfermeiras	Zonas urbana e rural	2h15min
Municípios	Identificação das entrevistas	Atuação do entrevistado		Tempo
Município A	G1	Gestora		46 min
	P1	Médico ginecologista		43 min
Município B	G2	Gestora		1h46min
	G3	Gestora		2h17min
	G4	Gestor		2h47min
	G5	Gestora		1h15min
	P2	Médico ginecologista		1h12min
Município C	P3	Médico ginecologista		23 min
	P4	Médico ginecologista		28 min
Município D	P5	Médica ginecologista		4h
	P6	Médico ginecologista		14min
	G6	Gestora		2h10min

Para a formação dos grupos de discussão, foram selecionados trabalhadores da Estratégia Saúde da Família que atuam diariamente no cuidado ao câncer de colo de útero. Os critérios de inclusão incluíram enfermeiros indicados pelo órgão municipal, agentes comunitários de saúde designados pelos enfermeiros escolhidos, profissionais (agentes comunitários de saúde e

enfermeiros) de diferentes Unidades de Saúde da Família e trabalhadores com mais tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família. Foram realizados dois grupos de discussão (um com agentes comunitários de saúde e outro com enfermeiros) em cada município (A, B e C), incluindo profissionais das áreas rurais e urbanas. No município D, devido ao maior número de

equipes, foram realizados quatro grupos de discussão, sendo dois com agentes comunitários de saúde e dois com enfermeiros.

Para examinar os resultados, primeiramente realizamos a ordenação dos dados após uma leitura completa do material transcrito e uma organização inicial dos diferentes dados obtidos dos grupos focais e entrevistados semiestruturados. O material foi organizado e classificado, onde as transcrições foram minuciosamente revisadas e os principais temas foram identificados, agrupados e categorizados. Os argumentos dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas foram comparados, seguindo para a análise dos diferentes discursos em um confronto de ideias e pontos de vista dos participantes. Para a análise final dos dados, por meio da análise de conteúdo temática, foi realizado um cruzamento das diversas informações coletadas, destacando as semelhanças e diferenças para a elaboração de uma análise abrangente e crítica.<sup>4</sup>

## RESULTADOS

Durante a realização do exame de Papanicolaou, ao identificar alguma mudança ginecológica, os enfermeiros aconselhavam as pacientes, tratavam quando possível e, se necessário, encaminhavam para o médico da mesma unidade ou para o ginecologista da rede. Em uma discussão em grupo com enfermeiros, foi citada a sugestão do setor privado como

opção para agilizar o diagnóstico e o tratamento de problemas ginecológicos, devido aos longos períodos de espera no SUS. No entanto, os resultados mostraram uma maior resolutividade da equipe quando havia uma boa relação entre os profissionais (clínica compartilhada) e, principalmente, quando possuíam capacitação técnica adequada para lidar com questões clínicas comuns na saúde da mulher.<sup>5</sup>

Foi percebido um esforço em resolver os casos na atenção primária à saúde, mesmo antes de receber o resultado do exame preventivo, demonstrando a habilidade dos profissionais em ampliar o atendimento com tecnologias menos complexas e, conseqüentemente, diminuindo a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados, fortalecendo o papel de filtro na rede de atenção à saúde.<sup>6</sup>

Um fato significativo foi a desconfiança dos enfermeiros em relação aos resultados dos exames realizados nas unidades de saúde, já que muitas vezes pareciam não condizer com a observação visual feita durante a coleta. No entanto, os entrevistados apontaram questões ligadas ao armazenamento das lâminas que poderiam comprometer e explicar as razões dos laudos de exames citopatológicos falso-negativos e insatisfatórios (CT-3).

Com a exceção do município D, nos outros locais os resultados do exame preventivo eram enviados à Secretaria de Saúde, que os analisava e encaminhava às equipes, a fim de identificar possíveis lesões intraepiteliais de alto grau

(HSIL). Após receberem os resultados do exame Papanicolaou, os enfermeiros encaminhavam as pacientes para o ginecologista caso identificassem alguma lesão precursora, para realização da colposcopia e demais procedimentos necessários para confirmação diagnóstica (CT-4).<sup>7</sup>

## EM ANEXO

Após apresentar resultado alterado em exame citopatológico, o acesso ao ginecologista se tornou um desafio para dar continuidade ao cuidado da saúde. No município A, a especialidade não estava disponível na rede pública local, apenas na rede privada, tornando necessário o acordo com a sede da região de saúde. Infelizmente, não havia vagas suficientes para todos os municípios através da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Dessa forma, as mulheres do município A com resultados citopatológicos alterados no exame de Papanicolaou eram indicadas extraoficialmente para realizar colposcopia e/ou biópsia na rede privada (com custo direto) ou, caso não tivessem recursos, a Secretaria de Saúde cobria o valor diretamente com o prestador local.<sup>4.1.2.3</sup>

Os municípios B e C contavam com um especialista na área de saúde da mulher em sua rede local, o que permitia um acesso mais rápido à consulta ginecológica de acompanhamento de resultados alterados. No entanto, ainda enfrentavam desafios para atender plenamente às necessidades diagnósticas. Já no município

D, apesar da presença desse profissional, a alta demanda local e as pactuações entre municípios tornavam o acesso restrito e demorado, prejudicando o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras de forma oportuna. Como resultado, as usuárias muitas vezes precisavam pagar diretamente por consultas com ginecologistas (colposcopia e/ou biópsia) ou esperar pela regulação, que frequentemente atrasava as consultas além do recomendado pelo protocolo ministerial.<sup>8</sup>

Na área de saúde local, os ginecologistas estavam disponíveis em clínicas especializadas (municípios B e C) e em um centro de saúde convencional (município D). Nesses locais, os ginecologistas eram ponto de referência para as unidades de Atenção Primária à Saúde e realizavam atendimentos mediante encaminhamento das Unidades de Saúde da Família (USF) ou do sistema de marcação de consultas (CMC) via regulação assistencial, incluindo a realização de colposcopia, biópsia e outros procedimentos para confirmar lesões pré-cancerosas do colo do útero. No entanto, esse processo de encaminhamento era burocrático, pois não havia uma comunicação efetiva entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde e os especialistas, além de não haver um retorno de informações após o atendimento, ficando a cargo da paciente repassar essas informações à equipe de saúde.<sup>9</sup>

Uma outra particularidade entre os municípios que merece ser mencionada está relacionada à organização da assistência, já

que alguns tinham a marcação concentrada na central de marcação de consultas (CMC) e outros tinham a marcação descentralizada nas Unidades de Saúde da Família (USF). Nos municípios em que a marcação era feita apenas na CMC, a mulher precisava se dirigir à CMC com o pedido de exames em mãos ou então a equipe levava o pedido até lá. Essa forma de organização muitas vezes transferia para a mulher a responsabilidade pela coordenação da assistência e afastava as equipes das informações sobre encaminhamentos para exames complementares.<sup>10</sup>

Tanto os profissionais quanto os gestores reconheciam que era difícil regular o acesso aos serviços especializados, principalmente no que diz respeito ao ginecologista e aos procedimentos necessários para o cuidado contínuo da linha de controle do CCU. O preenchimento inadequado das guias de encaminhamento resultava na necessidade de investigar a razão com as usuárias, ao invés de uma comunicação direta com a equipe de referência do cuidado, evidenciando a natureza puramente normativa dos fluxos assistenciais.<sup>11</sup>

### **EM ANEXO**

Relataram-se obstáculos/falta de comunicação entre profissionais dos serviços de média e alta tecnologia, falta de contrarreferência à APS para garantir continuidade no cuidado, falta de conhecimento do fluxo de atendimento por ginecologistas e responsabilização das usuárias pela marcação dos procedimentos .

Os entrevistados destacaram dificuldades de acesso relacionadas ao transporte para mulheres que precisavam se deslocar de seus municípios para a sede da região ou outros locais para tratamento. Na região de saúde, os problemas envolviam o desconhecimento dos profissionais em relação ao funcionamento desse serviço, assim como a qualidade e disponibilidade dos veículos que, por vezes, não asseguravam o conforto e a segurança das usuárias em tratamento contra o câncer. Os gestores, em particular, mencionaram a dificuldade em disponibilizar regularmente o transporte devido às limitações financeiras do município e à alta demanda de usuários, tornando assim o serviço dispendioso e logisticamente complexo para ser mantido.<sup>12</sup>

Dentro deste cenário, de acordo com informações obtidas em entrevistas, um dos principais desafios enfrentados era quando as pacientes precisavam aguardar por longos períodos até retornarem à cidade de origem, especialmente complicado para aquelas em situação de vulnerabilidade social e/ou com problemas de saúde mais graves. A zona rural, mais uma vez, foi apontada como um fator agravante devido à escassez de veículos disponíveis para o transporte dos usuários, levando a situações em que estes precisavam arcar com os custos diretamente quando os carros não estavam em condições adequadas para o uso.

## DISCUSSÃO

A prevenção e controle do câncer de colo do útero na Atenção Primária à Saúde dependem, principalmente, da habilidade dos profissionais em realizar regularmente o exame de Papanicolaou em todas as mulheres dentro da faixa etária recomendada. Além disso, é essencial acompanhar e tratar prontamente as usuárias com lesões precursoras identificadas no exame citopatológico. A qualidade do rastreamento está diretamente ligada ao modo de trabalho das equipes, à competência técnica dos profissionais, aos valores culturais das mulheres e aos fatores socioeconômicos.

Não é por acaso que o fortalecimento da conduta clínica dos enfermeiros e médicos é crucial para permitir maior autonomia na abordagem sindrômica e, conseqüentemente, no tratamento de outras alterações encontradas durante o exame de Papanicolaou, bem como de outros problemas crônicos. Essa estratégia visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS). Na área analisada, os enfermeiros da APS desempenhavam um papel fundamental no rastreamento do câncer de colo do útero. Por isso, diversos sistemas universais têm fortalecido a prática clínica dos enfermeiros, visando ampliar os cuidados oferecidos na APS.<sup>13</sup>

Por diversas razões, na área analisada, a atuação do médico de Atenção Primária à Saúde, no contexto do controle do Câncer de Colo Uterino, era direcionada para tratamentos

terapêuticos, quando havia alguma questão ginecológica identificada por enfermeiros, ou encaminhamentos para outras instâncias de cuidado. Enquanto o exame citopatológico, as atividades em comunidade e o acompanhamento dos casos eram atribuições de enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que o foco principal do trabalho médico continuava sendo a abordagem da doença.

A garantia da qualidade da citologia de alto nível envolve a necessidade de treinamento especializado para profissionais de saúde, disponibilidade de materiais adequados para coleta eficaz, registro dos exames realizados, acompanhamento dos resultados do exame de Papanicolaou, assim como a organização de laboratórios especializados para análise citopatológica, seguindo as normas técnicas estabelecidas.<sup>10,12</sup>

Trata-se de um aspecto crucial para a gestão do câncer de colo de útero, uma vez que é preocupante constatar que mulheres que têm acesso ao primeiro ponto de atendimento para o controle da doença podem ter lesões precursoras não tratadas a tempo devido a questões organizacionais ou técnicas que prejudicam o diagnóstico precoce, dada a existência de obstáculos no acesso ao exame preventivo e desafios na adesão ao rastreamento. Ademais, amostras insatisfatórias, resultantes de práticas técnicas inadequadas e evitáveis, geram custos para os municípios - uma vez que não há reembolso para exames insatisfatórios - e

expõem a mulher a novas coletas, com o risco de possíveis danos à sua saúde devido a atrasos nos resultados.<sup>14</sup>

Dentro desse contexto, a Atenção Primária à Saúde deve operar como ponto central de interação na Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de gerenciar as trocas de informações de maneira eficiente. Através da capacidade de coordenação, os profissionais da Atenção Primária à Saúde conseguem agir de forma mais eficaz no tratamento de doenças crônicas, incluindo no controle de Condições de Saúde de Uso Contínuo.

A gestão do cuidado em saúde pela Atenção Primária à Saúde ajuda a aumentar a satisfação dos pacientes, uma vez que permite um atendimento mais completo e eficaz. Ter uma coordenação de alta qualidade está diretamente relacionado à prestação de um serviço de saúde de alta qualidade para as mulheres. Na área analisada, a integração era fraca em relação à continuidade do tratamento para o controle do CCU. Foi observado que procedimentos essenciais como colposcopia e biópsia estavam atrasando o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento estava demorando, o que prejudicava a saúde das mulheres. Essas dificuldades organizacionais levavam à desconfiança no sistema público de saúde e, como resultado, muitas mulheres buscavam serviços privados para garantir uma parte do atendimento, resultando em desigualdades, principalmente para as mulheres mais vulneráveis, que são as mais afetadas pelo CCU.<sup>15</sup>

Um efeito contraditório da regionalização era a necessidade de as usuárias se deslocarem para outras cidades em busca de apoio diagnóstico e tratamento, principalmente. Apesar de atender à lógica de racionalização de escopo e escala, a falta de proximidade para resolver problemas essenciais de confirmação diagnóstica de lesões precursoras resultava em atrasos no tratamento e em uma longa jornada das usuárias na rede, podendo até mesmo levá-las a desistir. É importante ressaltar que se tratava de mulheres de cidades extremamente pobres, com baixa escolaridade, muitas vezes provenientes de áreas rurais e, portanto, com recursos financeiros limitados para cobrir os custos de deslocamento ou mesmo com dificuldades para se locomoverem na cidade de referência.<sup>12,2,3</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A persistência de óbitos por problemas evitáveis, especialmente de mulheres de baixa renda do Nordeste, comprova a urgência de mudar os modelos fragmentados de cuidados de saúde, a fim de corrigir desigualdades sociais presentes nos sistemas de saúde. Embora a estrutura de atendimento para controle do CCU seja adequada do ponto de vista técnico, é necessário superar falhas identificadas neste estudo e promover uma implementação mais integrada entre os serviços de saúde. A regionalização é essencial para reorganizar a gestão colaborativa e possibilitar a formação de uma rede de saúde entre municípios,

garantindo assim uma maior oferta de serviços fundamentais para a saúde da mulher e, conseqüentemente, uma maior resolutividade. No entanto, mesmo em regiões onde os serviços de saúde estão organizados de forma regionalizada, essa abordagem por si só não é suficiente para assegurar o cuidado adequado para controle do CCU. Diversos fatores, incluindo aspectos político-institucionais da gestão, organização dos serviços e práticas de saúde, criam obstáculos que comprometem a integralidade do cuidado.

Não é à toa que as mulheres desta região enfrentam desafios socioeconômicos que as impedem de acessar facilmente o exame citopatológico do colo do útero em diversos pontos da rede de assistência à saúde. Apesar da ampla cobertura da Atenção Primária à Saúde, também é comum a dificuldade em atrair e reter profissionais - devido à alta rotatividade -, o que prejudica a continuidade do cuidado e o estabelecimento de um vínculo com as mulheres. Isso afeta diretamente a formação do trabalho em equipe interprofissional e o planejamento de ações que necessitam de continuidade e envolvimento com a comunidade.

## REFERÊNCIAS

1 AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.  
 2 ALLER, M. B. et al. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*, v. 17, 2017.  
 3 ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A.

Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 94, p.375-91, 2012.

4 ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.  
 5 ALMEIDA, P. F. et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, 2019.  
 6 AMARAL, R. G. et al. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, n. 11, p. 556-560, 2008.  
 7 ANJOS, E. F. Avaliação da qualidade das ações de controle do câncer do colo do útero em uma Região de Saúde do Nordeste brasileiro. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2020.  
 8 ARBYN, M. et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*, v. 8, n. 2, p. e191-e203, 2020.  
 9 BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p. 17-24, 2016.  
 10 BARBOSA, I. R. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016.  
 11 BARCELOS, M. R. B. et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 67, 2017.  
 12 BORTOLON, P. C. et al. Avaliação da qualidade dos laboratórios de citopatologia do colo do útero no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 3, p. 435-444, 2012.  
 13 BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, Supl 1, p. 111-122, 2008.  
 14 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 9 mar. 2019.  
 15 BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, 2011.

**Observação:** os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

QUADRO 2

Deteção precoce e controle do CCU na Estratégia Saúde da Família – organização e encaminhamentos

Categoria temática	Extratos de falas expressivas
CT-1 – Alterações clínicas	<p>Se tiver necessidade de encaminhamento pra ginecologista, ou quando tá com algum sintoma importante, encaminhamento pra avaliação médica do posto ou pro ginecologista [da rede]. E se for alguma coisa, ‘<i>Ab! Tá com leucorreia e algum sintoma, sinais clínicos de candidíase</i>’, já encaminhando pro médico [da USF] pra tratar, pois não posso esperar chegar o resultado do preventivo, pra tratar uma candidíase. (GF-II, Enfermeiros).</p> <p>A médica [da USF] é gineco-obstetra! Então, no meio do preventivo, qualquer alteração que visualizo, chamo a médica e já trato naquele momento. Às vezes, a médica mesmo resolve, não precisa nem marcar pro ginecologista [...]. Quando sinto dificuldade, reagendo aquela paciente [...]. No dia que a doutora pode fazer uma consulta compartilhada, aí, ela tira as minhas dúvidas e vejo se tem alguma alteração [e trato]. Mas se, no momento do preventivo, visualizar algo que não posso tratar, peço pra paciente procurar um serviço privado, pra que o resultado seja mais rápido e consiga tratar em tempo hábil (GF-IV, Enfermeiros).</p>
CT-2 – Armazenamento e transporte das lâminas	<p>Só não gosto muito de como as lâminas vão pro laboratório [...]. Acho que esse armazenamento, esse transporte, essa forma toda... Acho que se tivesse aquela divisória, fixador, então, assim, pelo menos eu ia me sentir mais confiável, mais confortável, em relação a coleta. [...] A gente leva [lâminas] no isopor [para a secretaria]. Às vezes, a gente envia no mesmo dia que coletou e não vai pro laboratório. Mas aí, quanto tempo [demora], a gente não sabe dizer! (GF-II, Enfermeiros).</p> <p>É a técnica [no hospital] que fez a capacitação [de preparo das lâminas], quem faz a coloração da lâmina. Quem lê é a ginecologista. O laudo é impresso na secretaria, a gente pega, assina e leva pra unidade, na zona rural. Na sede, o carro que leva (GF-IV, Enfermeiros).</p> <p>Nós realizamos a coleta e essa lâmina ainda vai pra Salvador, pra ser realizada a leitura e retornar o resultado! Então, demora um pouquinho [...] Quando é rápido, o exame chega em torno de dois meses, mas já teve casos de chegar em quatro meses [...]. Porque, aqui, funciona o seguinte, faz a coleta, envia pra secretaria de saúde, aí, às vezes, depende da demanda, da disponibilidade de um carro que vá pra Salvador pra levar! E os resultados não são <i>on-line</i> (GF-VI, Enfermeiros).</p> <p>[Carro da secretaria de saúde] passa nas unidades recolhendo o material que a gente coleta para o laboratório. O pessoal do malote leva para o laboratório [...]. Todos os dias passa na unidade. Se você fez a coleta na quarta, deixou lá, quinta de manhã ele passou e leva [...] (GF-IX, Enfermeiros).</p> <p>A lâmina, guardamos no álcool absoluto, não trabalhamos com <i>spray</i> fixador, é com álcool absoluto! Aí, coloca as lâminas no potinho com <i>clips</i>. A gente pega esse vidrinho, com as lâminas, identifica, manda junto com o pedido de requisição, os dados; lacra tudo e entrega na secretaria [...] Na zona rural, a gente traz! (GF-VI, Enfermeiros).</p>
CT-3 – Resultados de leitura das lâminas	<p>[A necessidade de repetição], na verdade, é mais pela coleta, pois, às vezes, tem piócitos, resquícios de sangue, então, a gente não sabe se é da coleta ou se é do contato [entre as lâminas]. Então, tem a forma de armazenamento, de transporte, ressecamento, às vezes, não sei qual é o motivo, se é por conta do armazenamento [...] às vezes, vem assim, uns casos meio estranhos, que não tem nada a ver. Porque tudo que a gente vê, a gente anota e, às vezes, não bate! (GF-II, Enfermeiros).</p> <p>Aqui faz das duas formas! Quando tem o fixador, a gente usa o fixador! Quando tá em falta, a gente usa o álcool. Aí, coloca as lâminas, lacra direitinho [...]. A lâmina é identificada, tem a relação nominal das pacientes e, aí, encaminhada para o hospital na sede. Na zona rural, é o motorista que leva pro hospital [laboratório]. No final da tarde, o carro já faz essa busca [nas USF] (GF-IV, Enfermeiros).</p> <p>Nunca presenciei resultado que foi negativo e depois veio com alteração ou alguma lesão, isso não. Pelo contrário, até dá muito <i>Gardnerella</i> e <i>Trichomonas</i>, que nem é muito o objetivo principal do preventivo [...] mas vai tudo. Agora inflamação [...] inflamação é 100%! [...] Sempre dá inflamação, é recorde! [...] só trato quando tem inflamação, se tiver queixa! [...] Quando chegam os envelopes [com resultados], olho todos e é muito estranho os resultados; muito parecidos. Lá na unidade, quando aparece uma paciente alterada é na mesma coleta das outras (GF-X, Enfermeiros).</p>
CT-4 – Resultados com alteração	<p>[...] se der alguma alteração a coordenadora entra em contato logo, pelo celular: ‘<i>Oh, chegou um resultado de preventivo que deu alterado. Faça a busca ativa da paciente!</i>’ Sinaliza rapidamente e a gente na unidade, já procura o ACS da área daquela paciente; pro ACS fazer a busca ativa. A gente ainda fala: ‘<i>Oh, chegou o resultado do preventivo, fala pra ela pra ir lá buscar!</i>’. Na minha unidade, já deixo a consulta com a médica agendada. Ou se ela chegar pra buscar [o resultado] na unidade, já sinalizo pra doutora. Eu falo: ‘<i>Oh, doutora, fulana de tal chegou e tá com o exame preventivo alterado.</i>’ E peço pra entrar logo, pra fazer a consulta (GF-VI, Enfermeiros).</p> <p>No dia da reunião, a enfermeira ou a doutora pega os resultados e a gente vai pra microárea e já avisa, ou até mesmo a recepção avisa pra nós. Ou então, já liga e fala: ‘<i>Oh, os resultados chegaram!</i>’. E, às vezes, já agenda o dia pra elas virem. Aqueles que têm alteração, que necessitam urgente de mandar a paciente; [a enfermeira] avisa a gente, pra mandar antes, mais rápido e, aí, sinaliza nas visitas. Se a visita do mês já foi feita, avisa a paciente e pede para ligar e agendar a consulta. E já fala se é para o enfermeiro ou médica (GF-I, ACS).</p>

	<p>E, aí, então, assim, deu alteração, encaminha pra médica, às vezes, até com a data marcada, a depender, por exemplo, o mês de junho, que é mais tranquilo, porque o pessoal tá na colheita. Então, a nossa agenda fica mais livre! Então, essas pessoas já saem agendadas, no dia de retorno para o médico ou pra mim! Quando tá mais apertada, vou diluindo e priorizando as necessidades. Mas a maioria dos casos, já dou agendado, porque senão não retornam! Porque se a gente não mandar pra o ACS entregar [o resultado] já agendado, elas não vão nem buscar! A necessidade delas é de realizar o exame, agora, o resultado, não importa! Então, quando pega, por exemplo, o NIC I, essa paciente, automaticamente, joga pra o primeiro dia, para o médico e já converso com o médico, antes mesmo da paciente. E já digo que a gente precisa priorizar (GF-IV, Enfermeiros).</p>
	<p>No dia da entrega do preventivo, faço um grupo de mulheres, uma vez por mês, aí, junta todos os resultados. [...] No dia, dou o resultado e explico: <i>‘Olha, o seu resultado deu normal, com esse resultado você pode ficar até três anos sem fazer. Não deu nenhum problema’</i>. [As que dão resultado com alteração] faço atendimento individual. Aí, tenho um turno de Saúde da Mulher, na quinta-feira, de manhã, que eles [ACS] mandam pra lá, pra o atendimento individual (GF-X, Enfermeiros).</p>

QUADRO 3

Acesso à confirmação diagnóstica – consulta com ginecologista, sistema de apoio diagnóstico/ terapêutico e sistema logístico

Categoria temática	Extratos de falas expressivas
<p>CT-5 – Acesso ao ginecologista</p>	<p>[...] [a mulher] só é encaminhada para o ginecologista depois de algum resultado [alterado]. A maioria das famílias daqui [recebe] o Bolsa Família. Ficam esperando [a marcação] e quando você [ACS] volta [na casa] com um ano: ‘E o preventivo?’ - ‘Ah! Não vou fazer não! Você pediu para ir pra o ginecologista e até hoje não marcou!’ [...]. Essa consulta é um pouquinho demorada, porque ginecologista, só [no município D]! Aqui tem, mas é particular! Pelo SUS, vai jogar na regulação, então, é um pouquinho mais demorado [...] (GF-I, ACS).</p> <p>Porque tem pacientes que levam muito tempo pra trazer um resultado [...] E sempre referem: ‘Ah! Tem muito tempo que estou com esse resultado esperando pra ser atendida!’ (Ent. P2, Ginecologista).</p> <p>A demanda do ginecologista é demorada! Quando ela chega no ginecologista, aquele exame, tem tanto tempo que fez a coleta [...] A ginecologista, o que faz? Ela olha a data e diz: ‘Vai fazer de novo!’. [A mulher] volta pra unidade pra fazer outra coleta. Ela não pode pagar [...] E, aí, vai demorar outro tempo [...] (GF-III, ACS).</p> <p>Qualquer alteração o médico trata, mas a maioria é encaminhada para o ginecologista, independente da alteração já encaminha pra o ginecologista pra ter um encaminhamento melhor. [...] são pouquíssimas vagas. São três vagas no mês com a ginecologista e, aí, vai priorizando (GF-VIII, ACS).</p>
<p>CT-6 – Acesso aos exames de diagnóstico</p>	<p>[No caso de colposcopia] encaminha para o município D. Às vezes, a gente consegue vaga e, às vezes, infelizmente, o próprio paciente paga! [...] A biópsia, a secretária oferece, manda para o município D, demora de 3 a 4 meses. [Devido à demora] geralmente, [a usuária] acaba pagando (Ent. G1).</p> <p>Se der alguma alteração, pede a colposcopia [...]. Às vezes, acaba demorando para marcar a colposcopia e as pacientes acabam fazendo particular. [...] no nosso PSF acontece muito: faz o preventivo; a enfermeira ou a médica dá o pedido de exame, a colposcopia, por exemplo. Com um ano, [usuária] volta pra fazer o preventivo, de novo! A enfermeira: - ‘Ah! E aquela colposcopia?!’. - ‘Ah, não fiz não! Tá lá até hoje sem marcar!’ (GF-I, ACS).</p> <p>Na minha área demorou [resultado da biópsia]! E, não é o primeiro exame que entrego com gente falecida, não! Teve um dia que brinquei e falei que ‘ia levar lá do outro lado’. E a enfermeira nem gostou da minha brincadeira. Mas já é o segundo caso! [...] Então, assim, [a usuária] fez tudo [consulta e biópsia], o material [peça anatômica] ficou em casa com a paciente e nada de conseguir marcar. Enfim, demorou tanto que a própria ACS pagou pra poder encaminhar! [...] quando chega essa parte da biópsia pra frente; a barreira é grande! Tem casos que descobre uma suspeita; quando consegue realizar todos os exames, biópsia, os resultados, a mulher já está fazendo quimioterapia! (GF-III, ACS).</p> <p>A colposcopia não faz aqui; é no município D! Ou Salvador! [...] Só faz a consulta [com ginecologista]! Aí, se ele passar a solicitação, se for pra fazer a colposcopia, aí, vem na central [de marcação de consultas] e marca para o município D! [...] Teve caso, a gente nem chegou a encaminhar pra o ginecologista [município C]. O resultado deu alterado, passei pro médico da unidade e ele solicitou a colposcopia (GF- VI, Enfermeiros).</p>
<p>CT-7 – Mulheres de zona rural</p>	<p>Pacientes da zona rural têm muita dificuldade pra chegar no atendimento [...] porque tem local que é distante 50km da zona urbana e fica difícil pra essa paciente chegar pra o atendimento. Então, enquanto as vagas para zona urbana eram preenchidas, com as [vagas] da zona rural isso não acontecia. [...] Acho que a principal barreira de acesso é principalmente pra essas mulheres [zona rural], porque daqui que consigam o atendimento com o ginecologista, pra depois conseguir a biópsia; é muito demorado! (Ent. G4).</p> <p>[...] a gente [ACS] vê que está demorando muito e já orienta: - ‘Vá no particular, adianta a situação, porque não dá pra esperar muito’. [...] Nós estamos no Outubro Rosa e a gente não tem nada pra oferecer, aí falam [equipe] para gente: - ‘Ah! Vai fazer palestra!’. [...] Então, assim, estamos fazendo esclarecimento, mas os esclarecimentos, por si só, não tão resolvendo a situação! E a gente fica de pés e mãos atados! (GF-III, ACS).</p> <p>[...] quando é uma paciente de zona rural, com pouco entendimento ou se pegou o material [da biópsia] e não deu o encaminhamento devido [...] [A paciente] volta pra mim, com uma citologia de novo comprometida [...]. Faço uma nova biópsia, porque aquela pode tá defasada, pode ser que tenha aumentado o grau [da lesão] (Ent. P2, Ginecologista).</p>
<p>CT-8 – Clientelismo</p>	<p>Os municípios, geralmente, têm a pasta dos vereadores! Tem essas pastas de indicação!!! Na nossa gestão foi abolido isso! Porque o acesso tem que ser igualitário. Inclusive virou um atrito. Eles [vereadores] tinham acesso direto a central [de marcação], mas foi conversado que não iria marcar em nome de vereador! Só que a gente sabe que, não a nível do município, mas no geral, o sistema é falho. Que fulano é amigo de ciclano, que trabalha na regulação ou que trabalha no ambulatório e acaba criando uma facilidade. A gente sabe que tem essas coisas, então não adianta tapar os olhos, porque tem sim! E é uma coisa que dificulta muito, porque está tirando a vaga de quem precisa. A gente vê em municípios que até pessoas de alto escalão conseguem as consultas, tirando de quem precisa (Ent. G3).</p> <p>A definição da prioridade é o resultado do exame! [...] Mas tem o ‘jeitinho’, porque tem a vaga do político, tem a vaga do amigo do amigo, tem a vaga do primo, a vaga do enfermeiro [...]. Trabalho em uma área extremamente pobre! [...] Quando a pessoa tem que fazer algum exame particular, sei que, no final do mês, vai ficar sem comer alguma coisa (GF-IV, Enfermeiros).</p>