

## ***Acesso a serviço de saúde para investigação e tratamento de Papanicolaou alterado: perspectivas e limites***

*Access to health service for the investigation and treatment of abnormal Pap smears: perspectives and limits*

*Acceso al servicio de salud para la investigación y el tratamiento de Papanicolaou anormal: perspectivas y límites*

### **Viviane Aparecida Siqueira Lopes**

Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Serviço Social de Campos. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro/RJ – Brasil. E-mail: [vivianeviviane@uol.com.br](mailto:vivianeviviane@uol.com.br).

### **Aline do Nascimento Pereira**

Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ – Rio de Janeiro/RJ – Brasil. E-mail: [linenpereira@hotmail.com](mailto:linenpereira@hotmail.com).

### **Resumo**

Este artigo analisa limites e perspectivas de acesso aos serviços de saúde para investigação diagnóstica e tratamento de Papanicolaou alterado. Apresenta pesquisa realizada com usuárias do Centro de Referência e Tratamento da Mulher/CRTM, no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Seus resultados apresentam marcação de consulta, em prazo não superior a 30 dias, e seguimento segundo diretrizes nacionais de controle do câncer do colo do útero (CCU). No entanto, houve dificuldades relativas a defeito em aparelho de exame e extravio de exames, bem como relacionadas à articulação com a rede hospitalar, para fins de procedimentos e/ou tratamentos, inclusive oncológico.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde. Neoplasias do colo do útero. Exame Papanicolaou. Sistema Único de Saúde.

### **Abstract**

This paper analyzes the limits and perspectives of access to health services for diagnostic investigation and treatment of abnormal Pap smears. It presents research conducted with women at the Reference Center for the Treatment of Women (CRTM) in the city of Campos dos Goytacazes (RJ), Brazil. Its results show scheduled appointment within a period of no more than 30 days, and follow-up in accordance with national cervical cancer control guidelines. However, there were difficulties related to a defect in the examination device and misplaced exams, as well as related to the articulation with the hospital network, for the purpose of procedures and/or treatments, including oncology ones.

Keywords: Access to health services. Uterine cervical neoplasms. Papanicolaou Test. Unified Health System.

### **Resumen**

Este documento analiza los límites y las perspectivas de acceso a los servicios de salud para la investigación diagnóstica y el tratamiento de Papanicolaou anormal. Presenta una investigación realizada con mujeres en el Centro de Referencia para el Tratamiento de la Mujer (CRTM) en la ciudad de Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. Sus resultados muestran la cita programada dentro de un período de no más de 30 días, y el seguimiento de acuerdo con las directrices nacionales de control del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, hubo dificultades relacionadas con un defecto en el dispositivo de examen y exámenes extraviados, así como relacionadas con la articulación con la red hospitalaria, para procedimientos y / o tratamientos, incluidos los oncológicos.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud. Neoplasmas cervicales uterinos. Prueba Papanicolaou. Sistema de salud unificado.

## 1 Introdução

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para cada ano do biênio 2018-2019, são estimados 16.370 casos novos de câncer do colo do útero (CCU), com um risco estimado de 1.543 casos para cada 100 mil mulheres. (INCA, 2017).

Esse câncer possui grande associação com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede o nível de desenvolvimento econômico e social de determinada população, pois a maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com os menores índices de IDH. Nesse sentido, o óbito por CCU ocorre majoritariamente em regiões menos desenvolvidas, uma vez que a cada dez mortes, nove são oriundas dessas regiões (FERLAY et al., 2013 apud INCA, 2017). No Brasil, excetuando os tumores de pele não melanoma, o CCU é o primeiro mais incidente na região Norte; nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, é o segundo mais incidente; e, nas regiões Sul e Sudeste ocupa a quarta posição mais frequente (INCA, 2017).

A Organização Mundial de Saúde reconhece como principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero a infecção persistente pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), de transmissão sexual. Em especial, os HPVs de tipo 16 e 18 são de alto risco oncogênico, estando presentes em 70% dos casos deste câncer (INCA, 2002). Assim, destacam-se como fatores de risco para o CCU o início de atividade sexual com pouca idade e o número de parceiros sexuais - em virtude do aumento de exposição ao HPV - associados a multiparidade (ter muitos filhos), tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais (STEWART; WILD, 2014 apud INCA, 2017).

O câncer do colo do útero é uma afecção iniciada com transformações intraepiteliais progressivas - compreendidas como lesões precursoras do CCU - de evolução lenta e, na maioria dos casos, podendo evoluir para lesão cancerosa invasora. No entanto, não há obrigatoriedade de a lesão passar por todas essas etapas para chegar a câncer invasor. (INCA, 2002). O ápice de incidência de CCU ocorre na faixa etária de 45 a 50 anos de idade. (INCA, 2018).

Para controle do CCU é recomendado o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Em caso de resultados alterados, é previsto investigação diagnóstica e tratamento, tendo em vista a prevenção de agravos. Nestes casos, o tipo de alteração e a idade da mulher sinalizam para o tipo e frequência de novos exames, como colposcopia, biopsias e repetição de Papanicolaou. Os tratamentos envolvem medicamentos, cauterizações, procedimentos cirúrgicos e, nos casos mais avançados, tratamento quimioterápico e radioterápico (INCA, 2016).

Portanto, torna-se crucial o acesso a serviços públicos de ginecologia no que tange à prevenção secundária do câncer cervical tanto pelo acesso à consulta e ao rastreamento, via exame Papanicolaou, quanto pela investigação diagnóstica e pelo tratamento diante dos casos com resultado de 'exame preventivo' alterado. Essas alterações são compostas por lesões de baixo (LSIL) e alto grau (HSIL), por resultados indeterminados ou indefinidos (ASCUS, AGC, AOI), por lesões de alto grau não podendo excluir microinvasão, por resultados de carcinoma escamoso invasor e adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor (INCA, 2016). Resultados de presença de infecção por HPV, mesmo sem lesão, são incluídos nos resultados alterados a título de acompanhamento/investigação.

O acesso a serviços de saúde diz respeito ao processo de busca por esses serviços, realizada por indivíduos que possuem necessidades de saúde, e à resposta que esses serviços geram a tais necessidades, expressa pelo atendimento prestado aos indivíduos. Ou seja, o acesso aos serviços de saúde diz respeito à relação estabelecida entre indivíduos/comunidade e os serviços de saúde (ADAY; ANDERSEN; 1974; ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS; CASTRO, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A experiência do acesso a serviços de saúde é permeada por aspectos de ordem geográfica, financeira, organizacional, de informação, entre outros, que são constituidores de facilidades ou de limites a esse acesso. As barreiras geográficas "refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento de potenciais usuários dos serviços de saúde" (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 186). Barreiras financeiras são relacionadas ao impacto negativo do pagamento por serviços de saúde sobre sua utilização. Barreiras organizacionais dizem respeito às "características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam sua utilização." (TRAVASSOS; CASTRO, 2012 p. 187). Barreiras de informação são constituídas pela precariedade de informações sobre "o sistema de saúde, os serviços de saúde, e as doenças e suas alternativas terapêuticas", que limitam a percepção de saúde das pessoas e o seu acesso aos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 188).

Nesse sentido, este artigo analisa limites e perspectivas de acesso aos serviços de saúde para investigação diagnóstica e possível tratamento de lesões precursoras do CCU ou deste câncer já estabelecido, com usuárias do Centro de Referência e Tratamento da Mulher em município polo em saúde na região Norte Fluminense.

## 2 Métodos

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo de natureza descritiva e exploratória, desenvolvido a partir de entrevistas - via uso de formulário com perguntas abertas e fechadas - com trinta e sete mulheres com resultado de exame Papanicolaou alterado, usuárias do Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM), no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Os prontuários das entrevistadas também foram analisados para fins de identificação dos intervalos de tempo entre os dois últimos preventivos, tipo de diagnóstico e origem institucional das usuárias.

As entrevistas visaram: a) à construção de um perfil socioeconômico; b) à identificação de limites e perspectivas de acesso relativo à marcação e realização de consultas e exames e à realização de tratamento; c) ao reconhecimento dos tipos de limites vivenciados; d) ao registro de sugestões para a melhoria no atendimento de ginecologia no CRTM e/ou dos demais serviços de saúde utilizados pelas mulheres para fins de saúde ginecológica.

A identificação das usuárias ocorreu a partir do livro de registro do setor de serviço social - responsável pelo acolhimento e primeiras orientações relacionadas ao acesso ao tratamento - no qual são registrados os nomes, endereços e telefones das usuárias. Todas as usuárias com resultado de exame preventivo alterado passam necessariamente por esse setor.

Assim, foram selecionadas para a participação na pesquisa 100 usuárias do CRTM em 2016, com idades variadas e locais de residência em diversos pontos do município - bairros centrais e periféricos e localidades rurais. O convite e o agendamento para entrevista foram efetivados via telefone com 60 usuárias, uma vez que as demais não atenderam a ligação após três tentativas ou não puderam participar por motivos relativos aos cuidados com a família ou por não disporem de tempo devido ao trabalho. Compareceram à entrevista 37 usuárias, ou seja, 61,7% das usuárias convidadas.

A entrevista foi realizada mediante esclarecimentos relacionados à pesquisa, assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de Autorização para acesso aos prontuários, em consideração às diretrizes éticas referentes a pesquisas que envolvam seres humanos, previstas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 466/2012 e 510/2016. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

## 3 Resultados e discussão

### 3.1 Perfil socioeconômico das Mulheres Entrevistadas

As usuárias entrevistadas eram preponderantemente casadas ou viviam em união estável (59,4%), e todas, independentemente do estado civil, com vida sexual ativa; múltiplas, ou seja, com dois filhos ou mais (59,4%), mas concentradas em 01 a 03 filhos (75,7%); com nível de escolaridade condizente com até ensino fundamental completo (54%); e, pertencentes à faixa etária 35 – 44 anos (43,3%), com 86,5% delas inseridas na faixa etária alvo da política de controle do CCU, ou seja, 25 – 64 anos (INCA, 2016) (Tabela 1).

**Tabela 1. Faixa etária, estado civil, escolaridade e número de filhos das mulheres entrevistadas**

(continua)

Faixa Etária	Número/Proporção* de Mulheres
15 – 24 anos	05 (13,5%)
25 – 34 anos	07 (18,9%)
35 – 44 anos	16 (43,3%)
45 – 54 anos	03 (8,1%)
55 – 64 anos	06 (16,2%)
<b>Total</b>	<b>37</b>

**Tabela 1. Faixa etária, estado civil, escolaridade e número de filhos das mulheres entrevistadas**

(conclusão)

Estado Civil	Número/Proporção de Mulheres	Atividade Sexual
Solteira	07 (18,9%)	Sim
Casada	12 (32,4%)	Sim
Divorciada	06 (16,2%)	Sim
União Estável	10 (27,1%)	Sim
Viúva	02 (5,4%)	Sim
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>37</b>
Escolaridade	Número/Proporção* de Mulheres	
Fundamental Incompleto	15 (40,5%)	
Fundamental Completo	05 (13,5%)	
Médio Incompleto	04 (10,8%)	
Médio Completo	10 (27%)	
Superior Incompleto	01 (2,7%)	
Superior Completo	01 (2,7%)	
Apenas Alfabetizada	01 (2,7%)	
<b>Total</b>	<b>37</b>	
N. de Filhos	Número/Proporção* de Mulheres	
Não possui	07 (18,9%)	
01	08 (21,6%)	
02	13 (35,2%)	
03	07 (18,9%)	
04	01 (2,7%)	
07	01 (2,7%)	
<b>Total</b>	<b>37</b>	

Fonte: Elaboração das autoras

\*Proporções aproximadas

Em sua maioria, as entrevistadas exerciam atividades remuneradas (56,7%) atuando como proprietária de lanchonete, comerciária, comerciante autônomo (42,9%), doméstica, diarista, cozinheira em restaurante, auxiliar de serviços gerais (42,9%), técnico de enfermagem, professora de ensino fundamental (14,2%). As usuárias que não exercem atividade remunerada eram majoritariamente do lar (93,7%) (Tabela 2).

As usuárias que possuíam renda individual – 23 mulheres – concentraram-se em duas faixas de renda: mais de ½ a 1 salário mínimo, e mais de 1 a 2 salários mínimos; que em conjunto correspondeu à renda de 73,9% dessas mulheres. Em relação à renda familiar, a faixa de renda de mais de 1 a 2 salários mínimos preponderou (13 - 35,2%), seguida por faixas de mais de 2 a 3 salários mínimos (8 - 21,6%) e mais de ½ a 1 salário mínimo (7 - 18,9%). Desse modo, a renda familiar da maioria das mulheres (75,7%) ficou na faixa de ½ a 3 salários mínimos, na qual pode ser observada a influência do estado civil (casadas ou em união estável). A renda *per capita* que preponderou, calculada pelo máximo de renda possível, foi de mais de ½ a 1 salário mínimo (18 - 48,6%), seguida por até ½ salário mínimo (13 - 35,2%) (Tabela 2). Aproximadamente 83,8% das usuárias possuíam renda *per capita* de até 01 salário mínimo, com parte delas em situação de indigência e pobreza, pois segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), indigente é “o grupo populacional

com renda de até um quarto do salário mínimo domiciliar *per capita*; e [...] pobres, o grupo com renda de até meio salário mínimo domiciliar *per capita*” (IPEA, 2005, p.60).

A maioria das mulheres (62,2%) possuem residências próprias, seguidas pelas cedidas ou em conjunto com familiares (21,6%). Em termos de benefícios previdenciários, três mulheres os usufruem, sendo duas “do lar” e uma que exercia função de doméstica (Tabela 2). Esses aspectos elevam a condição econômica familiar das usuárias que os possuem.

**Tabela 2. Perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas, em 2016**

Profissão/ Ocupação	Número/ Proporção de usuárias	Renda individual	Número Proporção de usuárias
Do lar	13 (81,2%)	Sem renda	14
Do lar c/ benefício previdenciário	02 (12,5%)	Com renda	23
Estudante	01 (6,3%)	Total	37
<b>Subtotal</b>	<b>16 (43,3%)</b>	<b>Valor Renda Individual</b>	<b>Número/ Proporção de usuárias</b>
Proprietária de lanchonete, comerciária, comerciante autônomo	09 (42,9%)	Até ½ SM	02 (8,7%)
Doméstica, diarista, cozinheira em restaurante, auxiliar de serviços gerais	09 (42,9%)	+ ½ a 1 SM	08 (34,8%)
Técnico de enfermagem, professora de ensino fundamental	03 (14,2%)	+1 a 2 SM	09 (39,1%)
<b>Subtotal</b>	<b>21 (56,7%)</b>	<b>+ 2 a 3 SM</b>	<b>04 (17,4%)</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>Total</b>	<b>23</b>
Renda Familiar	Número/ Proporção de usuárias	Renda Per capita (máxima)	Número/ Proporção de usuárias
Até ½ SM	02 (5,4%)	Até ½	13 (35,2%)
+ ½ a 1 SM	07 (18,9%)	+ de ½ a 1 SM	18 (48,6%)
+ 1 a 2 SM	13 (35,2%)	+ de 1 a 2 SM	05 (13,5%)
+ 2 a 3 SM	08 (21,6%)	+ 2 a 3 SM	01 (2,7%)
+ 3 a 4 SM	03 (8,1%)	-	-
+ 4 a 5 SM	02 (5,4%)	-	-
+ 5 SM	02 (5,4%)	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>Total</b>	<b>37</b>
Moradia	Número/ Proporção de usuárias		
Própria	23 (62,2%)		
Cedida	06 (16,2%)		
Reside c/ familiares	02 (5,4%)		
Alugada	06 (16,2%)		
<b>Total</b>	<b>37</b>		

Fonte: Elaboração das autoras

Desse modo, as usuárias entrevistadas em geral possuem perfil socioeconômico condizente com baixa renda familiar, poucos anos de estudo, com companheiro fixo e com vida sexual ativa, independentemente do estado civil, sendo múltiparas. Além disso, parte significativa das entrevistadas (43,3%) não possuía renda própria, sinalizando grande dependência financeira do parceiro. Esse perfil majoritário, embora referente apenas a mulheres com preventivos alterados ainda a serem investigados, possui sintonia com os segmentos vulneráveis ao CCU, como sinalizado pela literatura (INCA, 2017).

### 3.2 Acesso à investigação diagnóstica e tratamento referente ao câncer do colo do útero

O CRTM, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, é uma unidade de saúde antiga no município e sua existência é de conhecimento amplo pela população. Atende mulheres que o procure voluntariamente para acompanhamento ginecológico ou de pré-natal, incluindo mulheres com HIV-Aids associado ao HPV, acompanhadas, concomitantemente, pelo Programa Municipal DST/Aids/Hepatites Virais. Também é referência para investigação diagnóstica e tratamento de exames Papanicolaou alterados pertencentes a usuárias atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse sentido, a origem institucional das usuárias entrevistadas foi, preponderantemente, as UBSs (43,3%), seguidas pelas oriundas de clínicas/consultórios particulares, “social” ou ex-plano de saúde (24,3%); do CRTM (16,2%); do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA)/SUS (8,1%); do posto do servidor e PrevCampos (5,4%); e, do programa municipal DST-Aids (2,7%). A presença de usuárias oriundas do HEAA – referência em ginecologia no município – ocorreu devido a um defeito no aparelho desse hospital.

A *consulta* para investigação diagnóstica referente ao câncer do colo útero no CRTM para todas as usuárias entrevistadas foi agendada para até 30 dias após a procura pelo serviço, de posse do exame alterado e/ou com encaminhamentos em mãos, sendo, no entanto, comum o prazo de até 15 dias. Nesse sentido, a grande maioria das usuárias (94,6%) declarou não haver dificuldades para marcação de consulta no CRTM. Apesar disso, duas usuárias (5,4%) relataram vivenciar dificuldades referentes a barreiras social e subjetivo-cultural (Quadro 1).

Barreiras sociais e subjetivo-culturais, transversais ao controle de CCU	Unidades Básicas de Saúde	Centro de Referência e Tratamento da Mulher	Hospitais ou UNACONS
Medo de ser examinada	<b>Consulta:</b> Precisar chegar ‘de madrugada’ para conseguir ficha	<b>Consulta:</b> Desconhecimento sobre dia de marcação de consulta	<b>Consulta:</b> Demora entre marcação e realização da consulta em ambulatório de ginecologia
Vergonha de mostrar o corpo	<b>Consulta:</b> Poucas fichas	<b>Consulta:</b> Inexistência de transporte no local de residência em horário compatível com o da entrega de fichas	<b>Tratamento:</b> Ausência de vagas para médico em UNACON
Não gostar de médicos	<b>Consulta:</b> Longas filas para marcação	<b>Retorno ao médico com exames:</b> Defeito em aparelho de exame	<b>Tratamento:</b> Defeito em aparelho para tratamento oncológico.
Falta de tempo por prestar cuidados à família	<b>Consulta:</b> Demora entre marcação e realização da consulta	<b>Retorno ao médico com exames:</b> Demora no agendamento de exame	-
Falta de interesse por parte das próprias mulheres/ Ausência de autocuidado	<b>Consulta:</b> Não atendimento médico a todas as mulheres	<b>Retorno ao médico com exames:</b> Extravio de resultado de exame	-
Falta de tempo devido ao trabalho	<b>Exames:</b> Demora na obtenção de resultado de exames	<b>Retorno ao médico com exames:</b> Falta de tempo devido a cuidados com a família	-
Inexistência de transporte público cedo em seu local de residência	<b>Exames:</b> Presença de aparelhos quebrados	<b>Retorno ao médico com exames:</b> Esquecimento	-

**Quadro 1. Barreiras de acesso aos serviços de saúde, segundo usuárias com preventivos alterados, em Campos dos Goytacazes/RJ**

Fonte: Elaboração das autoras

A *investigação* envolveu, de acordo com as especificidades do caso, repetição de preventivos, colposcopias e biopsias, o que justifica o breve espaço de tempo entre os últimos preventivos, para a maioria das usuárias. O tempo entre a realização dos dois últimos preventivos de mulheres entrevistadas que tinham realizados ao menos dois exames na vida foi, majoritariamente, de até seis meses (58,8%), seguido por de seis meses a um ano (29,4%) (Tabela 3). Portanto, o seguimento de preventivos alterados ocorreu em sintonia com as Diretrizes Brasileiras para Controle do Câncer do Colo do Útero, que preveem, de acordo com o tipo de alteração e com a idade da mulher, repetição de preventivo com 03 meses, 06 meses ou 01 ano (ADAY; ANDERSEN, 1974).

No que se refere ao *retorno ao médico para mostrar exames no CRTM*, a grande maioria (32- 86,5%) o fez sem dificuldades, mas 05 usuárias (13,5%) vivenciaram dificuldades atribuídas à realização dos exames, sendo que três mencionaram barreiras organizacionais, uma barreira social e uma barreira subjetiva (Quadro 1).

Os *resultados do penúltimo e do último exame Papanicolaou* registram proporções significativas de HPV (acima de 40%) e de suspeita lesão/lesão do colo do útero, 25% e 42,3%, respectivamente. Neste último resultado, as suspeitas de lesão reduziram e as lesões aumentaram, o que sinaliza o agravamento da enfermidade e/ou a concomitante relevância do seguimento realizado, alcançando um diagnóstico aprimorado dos casos. Ainda vale ressaltar a presença de três mulheres, entre as que compareceram para entrevista, que fizeram um único exame 'preventivo' na vida no qual receberam resultados alterados, o que demarca a necessidade da manutenção de ações educativas sobre o tema e de busca ativa, a ser desenvolvida por profissionais de saúde (Tabela 3).

Para a maioria das mulheres entrevistadas (51,4%), foi indicado *tratamento*. No penúltimo resultado de preventivo obtido, preponderou a indicação exclusiva de medicamentos (89,5%), seguida de curetagem ou cauterização (10,5%). No último resultado de preventivo, mesmo mantendo a preponderância da indicação exclusiva de medicamentos (57,9%), houve uma maior proporção de cirurgias (36,8%) e uma indicação de tratamento oncológico, o que sinaliza para a realização de seguimento pela equipe de profissionais de saúde do CRTM. Sobre o último exame, ainda vale ressaltar que houve um número significativo de resultados ainda não disponibilizados até o momento da entrevista (35,1%), em virtude do pouco tempo transcorrido desde sua realização ou demora na elaboração de laudos (Tabela 3).

**Tabela 3. Acesso a serviços de controle do câncer do colo do útero, por mulheres com preventivo alterado, em Campos dos Goytacazes** (continua)

Tempo entre último e penúltimo exame preventivo	N. de usuárias	Origem institucional da usuária	N. de usuárias
Até 06 meses	20 (58,8%)	UBS/UMS	16 (43,3%)
+06 m a 01 ano	10 (29,4%)	Particular, "social" ou plano de saúde (perda)	09 (24,3%)
+01 a 02 anos	02 (5,9%)	CRTM	06 (16,2%)
+ 04 anos	02 (5,9%)	HEAA/SUS	03 (8,1%)
<b>N. usuárias com dois exames</b>	<b>34</b>	Posto do servidor e PrevCampos	02 (5,4%)
Sem exame anterior	03	Programa Municipal DST-Aids	01 (2,7%)
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>Total:</b>	<b>37</b>
Resultado do penúltimo preventivo	N. de usuárias	Resultado do último preventivo	N. de usuárias
Normal	04 (12,5%)	Normal	02 (7,4%)
Inflamação	05 (15,6%)	Inflamação Bacteriana	02 (7,4%)
Células atípicas	01 (3,1%)	Indeterminado	01 (3,7%)
HPV	14 (43,8%)	HPV	11 (40,7%)
Suspeita de lesão	03 (9,4%)	Suspeita de lesão	01 (3,7%)
Lesão do colo do útero	05 (15,6%)	Lesão do colo do útero /carcinoma	10 (37%)
<b>N. exames c/ resultado</b>	<b>32</b>	<b>N. exames c/ resultado</b>	<b>26</b>
Não se lembra	02	Resultado não disponível	10
Apenas um PV na vida	03	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>Total</b>	<b>37</b>

**Tabela 3. Acesso a serviços de controle do câncer do colo do útero, por mulheres com preventivo alterado, em Campos dos Goytacazes** (conclusão)

Tratamento proposto/Peúltimo resultado de preventivo	N. de usuárias	Tratamento/Último resultado de preventivo	N. de usuárias
Medicamento	17 (89,5%)	Medicamento	11 (57,9%)
Curetagem ou cauterização	02 (10,5%)	Cirurgia	07 (36,8%)
Tratamento oncológico	-	Tratamento oncológico	01 (5,3%)
N. usuárias tratadas	19	N. usuárias tratadas	19
Não necessário tratamento ou solicitado novo exame	14	Não necessário tratamento	05
Usuária não retornou ao medico	01	Sem resultado de Exame	13
Fez apenas um PV na vida	03	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>Total</b>	<b>37</b>
Exame Mamografia	N. de usuárias	Ultrassom de mama	N. de usuárias
Nunca fez	21 (56,7%)	Nunca fez	33
Fez	16 (43,3%)	Fez	04 (10,8%)
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>Total</b>	<b>37</b>

Fonte: Elaboração das autoras

Todas as usuárias que precisaram usar medicamentos relataram ter realizado o tratamento sem dificuldades, tendo adquirido via pagamento de próprio bolso ou via farmácia do CRTM gratuitamente. Entre as usuárias que precisaram de cirurgia, duas (28,6%) relataram ter realizado o tratamento sem dificuldades e outras cinco usuárias (71,4%) ainda não tinham efetivado o tratamento indicado. Entre estas últimas, duas estavam com cirurgia agendada ou já haviam realizado exames pré-cirúrgicos e três usuárias lidavam com limites organizacionais. Assim, os limites de acesso a serviços de saúde estiveram relacionados à necessidade de uso de serviços hospitalares para tratamento, de modo articulado ao atendimento no CRTM.

A *marcação de consultas* no CRTM, como anteriormente mencionado, ocorreu sem dificuldades para grande parte das usuárias entrevistadas. Entretanto, indo além do CRTM, parte significativa das entrevistadas (16 - 43,3%) relatou vivenciar dificuldades de acesso a consultas e/ou exames nas UBS e uma usuária referiu-se ao limite de acesso a consultas ginecológicas no Hospital Escola Álvaro Alvim/HEAA. (Quadro 1).

Não especificamente acerca do CRTM, mas em geral, o controle do CCU, segundo as usuárias, foi permeado por dificuldades de âmbito subjetivo-cultural e social (Quadro 1).

Sugestões para melhorar o atendimento frente ao controle do CCU foram proferidas por 25 usuárias (67,6%). Entre as demais usuárias (12 - 32,4%) que nada sugeriram, sete alegaram satisfação com o atendimento. As sugestões referiram-se ao atendimento no CRTM, nas UBS e nos hospitais (Quadro 2). Além dessas sugestões, uma usuária deixou um conselho às mulheres, enfatizando a importância das mulheres irem aos serviços de saúde ginecológica, como expressa sua fala: *“As pessoas que nunca foram deveriam ir. [...] Às vezes acha que não tem nada e tem”*. (usuária TP)

(continua)

Às UBS	Ao CRTM	Aos Hospitais
Acabar com as filas	Redução do tempo para obtenção de resultado de exame preventivo	Acabar com as filas
Ter ginecologista em todas as UBS	Melhorar atendimento da recepção e marcação de consulta, tornando-o mais humanizado	Não precisar chegar de madrugada para pegar ficha
Não precisar chegar de madrugada para pegar ficha	Maior privacidade durante o exame	Aumentar o número de fichas de ginecologia, especialmente no HEAA
Melhorar o atendimento médico, sendo mais humanizado	Ampliação do atendimento a todas as mulheres que procurassem o CRTM	Garantia de realização de cirurgias, quando solicitado pelo médico

**Quadro 2. Sugestões de aprimoramentos em unidades de saúde, apresentadas por usuárias do Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM), em Campos dos Goytacazes/RJ**

(conclusão)

Às UBS	Ao CRTM	Aos Hospitais
Redução do tempo entre consulta, resultado de exame e retorno ao ginecologista	Ter sempre medicamentos	Garantia de acesso facilitado para realizar exames pré-cirúrgicos
Melhorar atendimento da recepção e marcação de consulta, tornando-o mais humanizado	-	-
Garantia de não extravio de exames	-	-
Aumentar número de fichas	-	-
Aumentar as cotas mensais para marcação de exames	-	-
Vacinar todas as mulheres contra HPV	-	-
Ter sempre medicamentos	-	-

## Quadro 2. Sugestões de aprimoramentos em unidades de saúde, apresentadas por usuárias do Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM), em Campos dos Goytacazes/RJ

Fonte: Elaboração das autoras

Desse modo, o acesso ao CRTM para investigação de Papanicolaou alterado foi, em grande maioria, efetivado. No entanto, parte das mulheres que necessitaram de tratamento em âmbito hospitalar e/ou UNACON vivenciou limites de acesso.

## 4 Conclusão

Este estudo mostrou que o acesso ao controle do CCU é permeado por barreiras organizacionais, informacionais, sociais, subjetivas e culturais, seja referente às UBS, aos ambulatórios de ginecologia/hospital, às Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) ou ao CRTM, em distintas proporções.

O acesso às UBS mostrou-se bastante difícil, havendo dificuldades no agendamento de consultas, na obtenção de resultados de exames, no atendimento de profissionais da recepção e na obtenção de medicamentos gratuitos. O acesso ao ambulatório de ginecologia em hospital, também foi marcado por dificuldades de agendamento e realização de consultas.

O acesso ao CRTM para mulheres que procuram consultas e exames Papanicolaou de rotina possui limites relacionados ao agendamento de consultas e obtenção em até trinta dias de resultados de exames. No entanto, o acesso ao CRTM para mulheres com resultado de preventivo alterado foi garantido para todas as usuárias entrevistadas em tempo breve, não ultrapassando 30 dias. A investigação diagnóstica de lesões precursoras do CCU foi efetivada em acordo às Diretrizes Brasileiras de Controle ao Câncer do Colo do Útero.

O tratamento indicado foi realizado sem dificuldades pela maioria das usuárias entrevistadas. As dificuldades para efetivar o tratamento, quando existentes, remeteram à articulação com a atenção hospitalar, incluindo cirurgias e/ou tratamento oncológico, o que sinaliza a presença de fragilidade na garantia da integralidade da atenção à saúde.

## Referências

- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, v. 3, 1974, p. 208-220.
- ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, 1995, p. 1-10.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da*

*República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 16 set. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Controle do câncer do colo do útero: conceito e magnitude*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://colposcopia.org.br/files/consensos/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodouterio2016corrigido-1448538996.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Radar social*. Brasília: IPEA, 2005.

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

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S190-S198, 2004.