

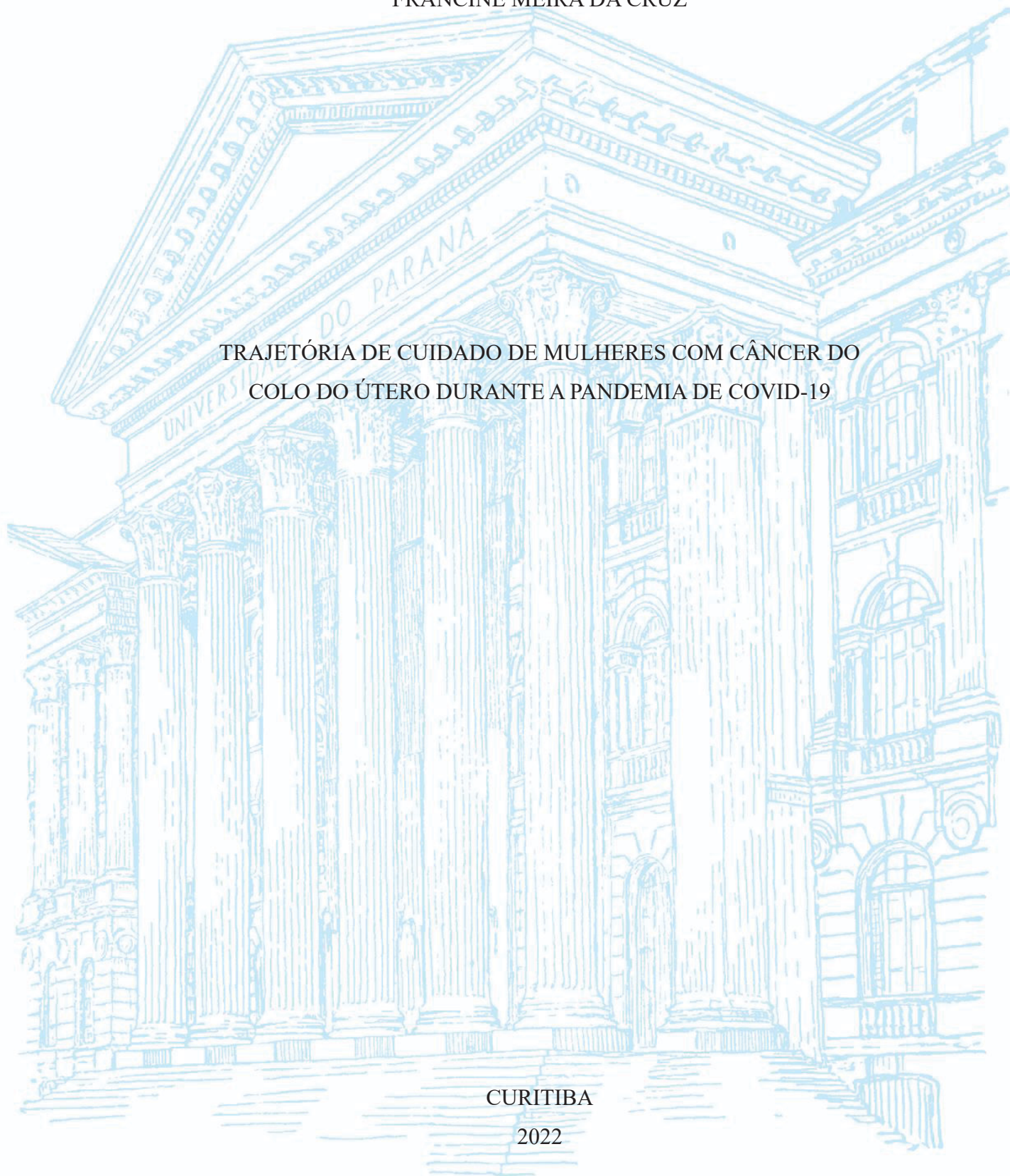
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FRANCINE MEIRA DA CRUZ

TRAJETÓRIA DE CUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

CURITIBA

2022



FRANCINE MEIRA DA CRUZ

TRAJETÓRIA DE CUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem.
Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês.

CURITIBA

2022

Cruz, Francine Meira da

Trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero durante a pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico] / Francine Meira da Cruz – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Saúde da mulher. 3. Itinerário terapêutico. 4. COVID-19. 5. Enfermagem. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.99466

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FRANCINE MEIRA DA CRUZ** intitulada: **TRAJETÓRIA DE CUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**, sob orientação da Profa. Dra. **NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 03 de Fevereiro de 2023.

Assinatura Eletrônica

06/02/2023 12:05:44.0

NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/02/2023 11:54:43.0

MARÍA ANGÉLICA ARZUAGA SALAZAR

Avaliador Externo (UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA)

Assinatura Eletrônica

07/02/2023 18:33:22.0

MARILENE LOEWEN WALL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Pref. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 254126

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 254126

Dedico este trabalho à todas as mulheres que lutam diariamente contra o câncer do colo do útero e em especial às participantes que se dispuseram a contribuir, tornando possível a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A palavra que define toda a minha trajetória é Gratidão!

Gratidão a Deus, por me permitir chegar até aqui e me confortar em todos os momentos.

Gratidão ao meu esposo Kaio, por toda paciência, compreensão, incentivo e carinho recebido.

Gratidão aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a realizar meus sonhos.

Gratidão à Secretaria Municipal de Saúde, pela disponibilização dos dados e do espaço para que a pesquisa fosse desenvolvida.

Gratidão a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, por todas as contribuições no processo de aprendizagem.

Gratidão ao Grupo de Pesquisa NEPECHE – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, pelos momentos de aprendizado, troca de experiências e demonstrações da importância que a pesquisa representa.

Gratidão à professora Dra. María Angélica Arzuaga Salazar e à professora Dra. Marilene Loewen Wall que se disponibilizaram a participar da banca de qualificação e apresentação da dissertação, por todas as contribuições e melhorias realizadas na pesquisa.

Gratidão à professora Dra. Nen Nalú Alves das Mercês, minha orientadora querida. Agradeço de coração pelos anos de convivência, mesmo que de forma virtual, por todo o aprendizado, compreensão, incentivo e respeito. Obrigada pela sensibilidade e apoio que demonstrou e por ser tão dedicada e humana. Fico imensamente feliz pela escolha e agradecida por tudo!

Gratidão à todas as mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa, tornando possível a construção deste estudo, meu muito obrigada!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

(Albert Einstein)

RESUMO

O câncer do colo do útero representa uma situação complexa na saúde recente e, diante desta problemática, a Organização Mundial da Saúde, em 2020 lançou a estratégia global para erradicação do câncer cervical como um problema de saúde pública. Entretanto, devido à pandemia do novo coronavírus, as metas delineadas desta estratégia sofreram atrasos, pois a situação afetou os serviços de saúde, alguns foram parcialmente ou totalmente interrompidos em muitos países. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, utilizando-se o método de estudos de casos múltiplos, proposto por Yin, com a pergunta de pesquisa: Como ocorreu a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero durante a pandemia de COVID-19? A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com o Parecer nº 5.153.955, e tem como objetivo principal conhecer a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero, durante a pandemia de COVID-19. Participaram do estudo nove mulheres portadoras do câncer mencionado, residentes no município de Guarapuava, no Estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e julho de 2022, sendo dividida em duas etapas: a primeira, via prontuário eletrônico Fast Medic e a segunda, via entrevista semiestruturada áudio gravada. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Creswell, com codificação de forma manual e a análise comparativa proposta por Robert Yin. Os resultados evidenciaram que dos nove casos descritos nas unidades de análise, a faixa etária variou de 27 a 68 anos. Na trajetória de cuidado, os principais sintomas identificados foram sangramento, irregularidade menstrual, leucorreia, dor abdominal e em baixo ventre. A terapêutica instituída foi quimioterapia, radioterapia (teleterapia e braquiterapia), conização e histerectomia. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento variou de 30 a 150 dias. Da análise das narrativas emergiram três categorias: sentimentos e expectativas em relação ao diagnóstico de câncer do colo do útero; religiosidade e espiritualidade como acalento; e a família como fonte de apoio. O início da trajetória de cuidado foi marcado pela procura dos serviços de saúde em busca dos cuidados partindo da manifestação dos sinais e sintomas, os exames diagnósticos, confirmação do diagnóstico e o tratamento instituído. Considerando que a trajetória mencionada é singular para cada mulher, com percursos distintos na busca pelos cuidados à saúde durante a pandemia de COVID-19, observou-se, pelos relatos, que no sistema público ocorreram barreiras que dificultaram o controle e tratamento do câncer, passando por dificuldades na atenção primária, como a entrada nos serviços para a realização do exame citopatológico, identificação e resolução da queixa causando a demora do diagnóstico neste período da pandemia do COVID-19.

Palavras-chaves: neoplasias do colo do útero; saúde da mulher; itinerário terapêutico; COVID-19; enfermagem.

ABSTRACT

Cervical cancer represents a complex situation in the recent health and, in the face of this problem, the World Health Organization started, in 2020, a strategy to eradicate cervical cancer as a public health issue. However, due to the new coronavirus pandemic, the goals outlined in this strategy were delayed, because the situation affected the health services. Some were partially or completely interrupted in some countries. This is a qualitative research, of a descriptive and exploratory nature, using the method of multiple case studies, proposed by Yin, with the research question: How was the trajectory of care for women with cervical cancer during the COVID-19 pandemic? The research was approved by the Human Research Ethics Committee, with protocol nº 5.153.955, and its main objective is to know the trajectory of care for women with cervical cancer, during the COVID-19 pandemic. Nine women with the mentioned cancer, residing in the municipality of Guarapuava, in the State of Paraná, participated in the study. Data collection took place between February and July 2022, divided into two stages: the first, via the Fast Medic electronic record and the second, via a semi-structured audio-recorded interview. For data analysis, Creswell's content analysis technique was used, with manual coding and the comparative analysis proposed by Robert Yin. The results showed that of the nine cases described in the units of analysis, the age group ranged from 27 to 68 years. In the trajectory of care, the main symptoms identified were bleeding, menstrual irregularity, leukorrhea, abdominal and lower abdominal pain. The therapy instituted was chemotherapy, radiotherapy (teletherapy and brachytherapy), conization and hysterectomy. The time between diagnosis and beginning of treatment ranged from 30 to 150 days. From the analysis of the narratives, three categories emerged: feelings and expectations regarding the diagnosis of cervical cancer; religiosity and spirituality as a nurturing; and the family as a source of support. The beginning of the care trajectory was marked by the search for health services to find care after the manifestation of signs and symptoms, diagnostic tests, confirmation of the diagnosis and the treatment instituted. Considering that the trajectory mentioned is unique for each woman, with different paths in the search for health care during the COVID-19 pandemic, it was observed, from the reports, that there were barriers in the public health care system primary care that hindered the control and treatment of cancer, such as checking in services to perform the cytopathological examination, identification and resolution of the complaint causing the delay in diagnosis in this period of the COVID-19 pandemic.

Descriptors: cervical intraepithelial neoplasia; women's health; therapeutic itinerary; COVID-19; nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PRINCIPAIS TIPOS DE CANCÊR DO COLO DO ÚTERO REFERIDO PELAS PARTICIPANTES.....	50
FIGURA 2 – ESQUEMA UTILIZADO PARA DEFINIÇÃO E PLANEJAMENTO DA PESQUISA.....	63
FIGURA 3 – FONTE DE DADOS	67
FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DA PRIMEIRA ETAPA DE COLETA DE DADOS	68
FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DA SEGUNDA ETAPA DE COLETA DE DADOS	69
FIGURA 6 – SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS ...	70
FIGURA 7 – SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURADOS PELAS MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DURANTE A PANDEMIA DE COVID- 19.....	82

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	28
QUADRO 2 – LEGISLAÇÕES REFERENTE AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	40
QUADRO 3 - SÍNTESE DOS DADOS DOS CASOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ESTUDADOS.....	84

LISTA DE SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ABT	- Atenção Básica Tradicional
ACS	- <i>American Cancer Society</i>
AD	- Atenção Domiciliar
APS	- Atenção Primária à Saúde
AIS	- Adenocarcinoma <i>In Situ</i>
BDENF	- Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CadSUS	- Cadastro Nacional de Cartão Saúde
CEC	- Carcinoma de Células Escamosas
CCU	- Câncer do Colo do Útero
CEDETEG	- Centro Educacional de Desenvolvimento Tecnológico de Guarapuava
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEP ¹	- Comitê de Ética em Pesquisa
CEP	- Código de Endereçamento Postal
CGIN	- Neoplasia Intraepitelial Glandular Cervical
CP	- Cuidado Paliativo
CPE	- Cuidado Paliativo Exclusivo
CHD	- Método de Classificação Hierárquica Descendente
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CoV	- <i>Coronavírus</i>
COVID-19	- <i>Coronavirus disease-19</i>
CSC	- Carcinoma de Células Escamosas
DGTES	- Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
DANT	- Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBRT	- <i>External Beam Radiation Therapy</i>
ESF	- Equipes de Saúde da Família
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
EMAD	- Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EUA	- Estados Unidos da América
EBRT	- <i>External Beam Radiation Therapy</i>

FIGO	- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
GLOBOCAN	- <i>Global Cancer Observatory</i>
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	- Papilomavírus Humano
HSIL	- Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
JEC	- Junção Escamo- Celular
LILACS	- Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LSIL	- Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau
MEDLINE	- Sistema Online de Busca, Análise de Literatura Médica
MEEM	- Miniexame do Estado Mental
MERS-CoV	- Síndrome Respiratória do Oriente Médio
nCoV	- Novo <i>Coronavírus</i>
NIC	- Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNAB	- Política Nacional da Atenção Básica
PNAO	- Política Nacional de Atenção Oncológica
PAHO	- <i>Pan American Health Organization</i>
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RNL	- Revisão Narrativa da Literatura
SADT	- Sistema de Apoio e Diagnóstico
SCIELO	- Biblioteca Eletrônica Científica Online
SARS- CoV-2	- <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SIL	- Lesão Intraepitelial Escamosa
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SISCOLO	- Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	- Tumor, Linfonodo, Metástase
UA	- Unidade de Análise
UBS	- Unidade Básica de Saúde

WHO - *World Health Organization*

Sumário

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	23
3.1.1	Estágios do câncer do colo do útero.....	28
3.2	CUIDADO À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO....	31
3.3	CONTEXTUALIZAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA PELA COVID- 19: OS POSSÍVEIS EFEITOS NA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ...	43
3.4	TRAJETÓRIA DE CUIDADO	46
3.5	TIPOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	50
3.5.1	Carcinoma de células escamosas.....	53
3.5.2	Adenocarcinoma	55
4	PERCURSO METODOLÓGICO	61
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	61
4.2	TIPO DE PESQUISA.....	61
4.3	ETAPA DE DEFINIÇÃO E PLANEJAMENTO	64
4.4	ETAPA DE PREPARAÇÃO, COLETA E ANÁLISE	64
4.4.1	Cenário do estudo.....	64
4.4.2	Seleção dos casos	65
4.4.3	Fontes dos dados	66
4.4.4	Coleta de dados.....	67
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	69
5	RESULTADOS.....	71
5.1	UNIDADE DE ANÁLISE 1	71
5.1.1	Descrevendo o caso 1	71
5.2	UNIDADE DE ANÁLISE 2	72
5.2.1	Descrevendo o caso 2	72
5.3	UNIDADE DE ANÁLISE 3	73
5.3.1	Descrevendo o caso 3	73
5.4	UNIDADE DE ANÁLISE 4	74

5.4.1	Descrevendo o caso 4	74
5.5	UNIDADE DE ANÁLISE 5	76
5.5.1	Descrevendo o caso 5	76
5.6	UNIDADE DE ANÁLISE 6	77
5.6.1	Descrevendo o caso 6	77
5.7	UNIDADE DE ANÁLISE 7	78
5.7.1	Descrevendo o caso 7	78
5.8	UNIDADE DE ANÁLISE 8	79
5.8.1	Descrevendo o caso 8	79
5.9	UNIDADE DE ANÁLISE 9	80
5.9.1	Descrevendo o caso 9	81
6	ANÁLISE COMPARATIVA E DISCUSSÃO DOS CASOS	83
6.1	DISCUTINDO A TRAJETÓRIA DE CUIDADO DA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	113
6.1.1	Categoria 1 – Sentimentos e expectativas da mulher em relação ao diagnóstico e percurso da doença.....	114
6.1.2	Categoria 2 – Religiosidade e espiritualidade como acalento.....	118
6.1.3	Categoria 3 – A família como rede de apoio	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE.....	149
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	152
	APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	154
	ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	158
	ANEXO 2- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	163

APRESENTAÇÃO

Iniciei os meus estudos no ano de 2010 na Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, Câmpus Centro Educacional de Desenvolvimento Tecnológico de Guarapuava (CEDETEG), e conclui a graduação em 2014.

Após, comecei minha jornada de trabalho em um hospital geral da cidade de Guarapuava, Paraná, atuando em diversos setores. Em seguida, iniciei no Programa de residência multiprofissional em atenção primária em saúde, com ênfase em saúde da família na UNICENTRO e, durante esse tempo de atuação em Unidade Básica de Saúde, sempre me identifiquei com a área de saúde da mulher. Ao concluir a residência, ingressei como docente colaboradora na mesma instituição em que sou graduada, ministrando a disciplina de Saúde da Mulher. Sempre levei em consideração a importância e relevância da pesquisa para a assistência e todas as atribuições que a profissão exige. Diante disso, optei por realizar o mestrado em enfermagem e, especificamente, na linha de pesquisa do processo de cuidar em saúde e enfermagem, relacionando com a minha área de afinidade: a saúde da mulher.

Sabe-se que, apesar de todas as ações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde serem voltadas e realizadas com enfoque na saúde da mulher, há muitas falhas que precisam ser reparadas, entre elas o fortalecimento das ações voltadas para a prevenção, rastreamento e diagnóstico do câncer do colo do útero. Mesmo sendo um câncer prevenível, as estatísticas atuais demonstram que as taxas de incidência são altas e há previsões de aumento para os anos seguintes.

Diante dessa problemática e do fato de ser uma doença que implica em diversas repercussões ao longo da sua trajetória de cuidado, o que me motivou à realização deste estudo, foi o interesse pessoal de conhecer como as ações comportamentais e de cuidados ocorreram durante o período da pandemia de COVID-19, haja vista que a literatura evidencia que muitos serviços de saúde foram prejudicados, principalmente aqueles que oferecem trabalho de rastreamento e diagnóstico; além de contribuir para novos conhecimentos acerca do tema, pois o momento pandêmico vivenciado no país ainda é pouco explorado.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças que acomete a vida de milhões de pessoas no mundo todo. Devido à natureza e seu processo de progressão e tratamento, esses indivíduos são assistidos nos serviços de saúde por longos períodos, mais do que pacientes que apresentam outras patologias; além disso, seu tratamento requer um envolvimento de equipes multidisciplinares ao longo da trajetória da doença, desde o momento do diagnóstico até o prognóstico, com a remissão completa, cura em potencial ou para o final de vida (JAZIEH, et.al., 2021).

O câncer do colo do útero é o quarto câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo, tornando-se um problema atual de saúde, com uma estimativa de 604.000 novos casos e 342.000 mortes em 2020. Cerca de 90% dos novos casos e mortes em 2020 ocorreram em países de baixa e média renda e, de acordo com as estimativas, o continente asiático apresentou a maior taxa de incidência para esse tipo de câncer, seguidos pelo continente africano, latino-americano e Caribe; já a sua incidência em países industrializados tem diminuído nos últimos 30 anos (TRIFANESCU, et al. 2021; WHO, 2022; GLOBOCAN, 2022).

A carga global do câncer do colo do útero deve continuar a aumentar, para 700.000 casos novos e 400.000 mortes em 2030, com aumentos análogos esperados nos anos futuros. Esses aumentos representam 21% no número de casos e 27% no número de mortes, apenas em 12 anos a partir do ano de 2018, e a grande maioria desses aumentos ocorrerá em mulheres que vivem em países com baixa e média renda, refletindo a gravidade da morbidade e mortalidade por câncer do colo do útero (WHO, 2021).

De acordo com o *Global Cancer Observatory* para o ano de 2020, a incidência de casos de câncer do colo do útero, em mulheres acima de 15 anos, foi observada conforme segue:

- no continente da Oceania foi de 2.512 casos (0,42%);
- no continente Norte Americano foi de 14.968 casos (2,5%);
- na Europa foi de 58.165 casos (9,6%);
- no continente latino-americano e Caribe foi de 59.434 casos (9,8%);
- na África foi de 117.283 casos (19,4%);
- na Ásia foi de 351.673 casos (58,2%).

Assim, totalizando 604.035 novos casos. Em relação às taxas de mortalidade dessa mesma população, estimou-se que ocorreram: 1.270 (0,37%) mortes na Oceania; 6.343 (1,9%) mortes no continente Norte Americano; 25.989 (7,6%) na Europa; 31.577 (9,2%) no continente

Latino-Americano e Caribe; 76.726 (22,4%) na África; e 199.885 (58,5%) na Ásia, totalizando 341.790 mortes (GLOBOCAN, 2022).

Em se tratando da incidência, por regiões, do número estimado de novos casos de câncer de colo do útero, em mulheres acima de 15 anos, para o ano de 2020 correspondeu a 74.402 (12,3%), no Brasil 17.742 (2,9%); nos Estados Unidos 13.542 (2,2%); no México 9.439 (1,6%); na Colômbia 4.742 (0,79%); na Argentina 4.583 (0,76%); no Peru 4.270 (0,71%); e em outros países 475.315 (78,5%), totalizando 604.035 novos casos.

Em relação à mortalidade, por regiões, do número estimado em 2020 nessa mesma faixa etária correspondeu a 37.920 (11,1%), no Brasil 9.168 (2,7%); nos Estados Unidos da América 5.706 (1,7%); no México 4.335 (1,3%); na Colômbia 2.490 (0,73%); na Argentina 2.553 (0,75%); no Peru 2.286 (0,67%); e em outros países 277.332 (81,1%), totalizando 341.790 mortes (GLOBOCAN, 2022).

Ainda, tratando-se das estatísticas para o câncer do colo do útero em mulheres maiores de 15 anos, a estimativa do número de novos casos nas Américas em 2020 foi de 16.1 mil; em 2040 será de 29.3 mil; e em relação à taxa de mortalidade para o ano de 2020, foi previsto 10,2 mil e em 2040 será de 19.5 mil óbitos (GLOBOCAN, 2022).

Para o ano de 2020, nos países da América do Sul, estimou-se o número de novos casos de câncer de colo do útero, sendo na faixa etária acima de 15 anos: 7.742 (42,5%) casos no Brasil; 4.742 (11,4%) casos para a Colômbia; 4.583 (11%) casos para a Argentina; 4.270 (10,2%) casos para o Peru; 3.709 (8,9%) casos para a Venezuela; 1.985 (4,8%) casos para a Bolívia; 1534 (3,7%) casos para o Equador; e 3.168 (7,6%) para os outros países, totalizando 41.733 novos casos.

A taxa de mortalidade por câncer de colo do útero nos países da América do Sul foi de 9.168 (42,5%) no Brasil; 2.490 (11,4%) na Colômbia; 2.553 (11%) na Argentina; 2.286 (10,2%) no Peru; 2.129 (8,9%) na Venezuela; 1.053 (4,8%) na Bolívia; 813 (3,7%) no Equador; e 1.723 (7,8%) para os outros países, totalizando 22.218 mortes (GLOBOCAN, 2022).

No continente Latino-Americano e Caribe, a incidência foi de 59.3 mil com previsão de 85.4 mil em 2040. A taxa de mortalidade, em 2020, foi 31.5 mil e em 2040 tem previsão de 49.3 mil de óbitos (GLOBOCAN, 2022).

Em 2020, no Brasil a incidência de câncer de colo do útero foi de 17.7 mil, e a taxa estimada para 2040 é de 24.5 mil. Sendo que a taxa de mortalidade foi de 9.17 mil no ano de 2020, e a estimativa para 2040 é de 13.6 mil (GLOBOCAN, 2022).

A distribuição da incidência de novos casos de câncer de colo do útero estimada para o ano de 2023, por região geográfica no Brasil, será de: 1.440 casos (11,09%) na região Centro-

Oeste; 5.280 casos (13,85%) na região Nordeste; 1.980 casos (16,77%) na região Norte; 6.020 casos (8,57%) na região Sudeste; e 2.290 casos (9,77%) na região Sul, demonstrando que a região Sudeste apresenta maior propensão de novos casos (INCA, 2022).

Em se tratando das taxas estimadas de incidência de novos casos de câncer do colo do útero por 100 mil mulheres, para o ano de 2023, segundo a Unidade da Federação, estima-se: para o Acre 70 novos casos; Alagoas 370 novos casos; Amapá 100 novos casos; Amazonas 610 novos casos; Bahia 1.160 novos casos; Ceará 1.030 novos casos; Distrito Federal 240 novos casos; Espírito Santo 260 novo casos; Goiás 660 novos casos; Maranhão 800 novos casos; Mato Grosso 220 novos casos; Mato Grosso do Sul 320 novos casos; Minas Gerais 1.670 novos casos; Pará 830 novos casos; Paraíba 290 novos casos; Paraná 790 novos casos; Pernambuco 770 novos casos; Piauí 360; Rio de Janeiro 1.540 novos casos; Rio Grande do Norte 280 novos casos; Rio Grande do Sul 620 novos casos; Rondônia 150 novos casos; Roraima 40 novos casos; Santa Catarina 880 novos casos; São Paulo 2.550 novos casos; Sergipe 220 novos casos; e Tocantins com 180 novos casos. Em relação à capital do Paraná, Curitiba, estima-se a incidência de 130 novos casos (10,06%) (INCA, 2022).

O pico de incidência acontece na quinta década de vida, aos 49 anos, tornando-se uma causa significativa de morte precoce, devido ao fato de que mulheres relativamente jovens são acometidas pela doença (TRIFANESCU, et al. 2021).

Na maioria dos cânceres do colo do útero, o papilomavírus humano (HPV), está etiológicamente envolvido, sendo identificado em, aproximadamente, 95% desses tumores. São encontrados mais de 200 tipos de HPV, sendo que 20 desses são reconhecidos por causar o câncer, sendo o HPV 16 e 18 são os genótipos mais prevalentes de cada gênero, respectivamente (MATA, et. al., 2021).

Além da infecção pelo HPV, outros fatores podem influenciar na evolução ou regressão da infecção como: tabagismo, etilismo, paridade, imunossupressão, coinfeções sexualmente transmissíveis, múltiplos parceiros, início precoce da vida sexual, uso prolongado de anticoncepcionais orais e sexo desprotegido. Estes fatores podem ser prevenidos e, por isso, são alvos de estratégias de ações de prevenção primária e secundária (JÚNIOR, 2021; SILVA, 2020).

A prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio com o HPV. Dessa forma, são incluídas como ações em saúde: a vacinação contra o vírus, que protege dos principais agentes cancerígenos que causam entre 70% e 90% dos cânceres cervicais; a utilização de preservativos em todas as relações sexuais; e as ações de educação em saúde para a população, frisando os fatores de risco. A prevenção secundária, por sua vez, inclui ações de

diagnóstico precoce por intermédio da identificação, em tempo oportuno, dos sinais e sintomas relacionados ao câncer de colo uterino como: a presença de sangramentos intermenstruais, de leucorreia sanguinolenta, de dor pélvica e da detecção de lesões precursoras por meio do rastreamento, utilizando a citopatologia oncológica de mulheres entre 25 e 64 anos com vida sexual ativa (JÚNIOR, 2021; CAMPOS, 2021).

Uma vez diagnosticadas com câncer, essas mulheres precisam de monitoramento e apoio contínuos durante e após o tratamento. Para que o máximo dos benefícios sejam alcançados é necessário que os serviços funcionem em harmonia e em tempo hábil, com comprometimento e boa adesão das pacientes, visto que qualquer desvio das condutas estabelecidas previamente pode levar a um atendimento fragmentado e de má qualidade, piorando seus resultados (JAZIEH, et.al., 2021).

Em 17 de novembro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou a Estratégia Global para erradicação do Câncer Cervical como um problema de Saúde Pública. A estratégia tem por objetivo manter a incidência abaixo de 04 por 100.000 mulheres/anos. As evidências sugerem que a eliminação do câncer do colo do útero é viável e alcançável na grande maioria dos países, incluindo os países que tem baixa e média renda e com as maiores cargas da doença (WHO, 2021).

Tal estratégia fornece um roteiro de intervenções comprovadas e baseadas em evidências, apoiando-se em três pilares com objetivos associados: 1) aumentar a vacinação contra o HPV de meninas de nove a quatorze anos de idade para 90%; 2) aumentar a cobertura do rastreamento do câncer cervical em mulheres duas vezes, aos 35 anos e 45 anos em 70%; e, 3) aumentar a cobertura do tratamento para todas as mulheres identificadas com lesões pré-cancerosas e câncer cervical invasivo para 90%, tudo até 2030 (TORODE, et.al., 2021). Uma vez que o limite de eliminação é alcançado, essas intervenções devem ser sustentadas para manter as taxas de incidência abaixo do limite e a baixa mortalidade, para isso, o uso de mais tecnologias inovadoras, intervenções eficazes e boas práticas que visem melhorar o acesso à intervenções preventivas secundárias e terciárias, deve permanecer como uma das principais prioridades da estratégia global de forma a possibilitar a redução na incidência e eliminação do câncer do colo do útero (WHO, et.al., 2021).

A longo prazo, se todos os três pilares da estratégia de eliminação do câncer cervical da OMS forem efetivamente implementados, mais de 74 milhões de casos deste câncer poderão ser evitados e 62 milhões de vidas de mulheres poderão ser salvas no decorrer do próximo século (GINSBURG, et.al., 2021).

Entretanto, em 11 de março de 2020, a OMS declarou uma pandemia global da doença de coronavírus devido à sua alta taxa de contaminação e uma letalidade entre 2% e 3%, fazendo com que as metas delineadas nessa estratégia de eliminação do câncer do colo do útero sofressem atraso. O novo *Coronavirus disease – 19* (COVID-19), é definido como uma infecção originada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS CoV-2) (WHO, 2020).

Nesse contexto, esta emergência de saúde mundial impactou nas atividades de centros e hospitais oncológicos. Os serviços de saúde se reorganizaram e priorizaram os leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva para gerenciar o cuidado às pessoas com COVID-19. Isso incluiu a suspensão ou redução dos cuidados eletivos contra o câncer e visitas clínicas para avaliação, diagnóstico e tratamento, exceto para pacientes com câncer de alto risco. Foi observado que pessoas que têm COVID-19 e uma doença subjacente, como câncer, têm maior mortalidade do que aquelas sem câncer. Além disso, os indivíduos com câncer são mais propensos a terem complicações da COVID-19. Partindo deste contexto, os pacientes com câncer deveriam minimizar o número de visitas pessoais aos centros de saúde, especialmente em áreas críticas onde poderia haver mais casos com suspeita de COVID-19 (PAHO, 2021).

As práticas de oncologia programaram medidas específicas como a redução do número de pacientes nos ambulatorios, redução de procedimentos cirúrgicos eletivos, suspensão de ensaios clínicos e a alta dos pacientes dos serviços de internação, medidas essas que visam a proteção do indivíduo e diminuem o contato social (HAAR, 2020; SCHRAG, 2020; JAZIEH, et.al., 2021).

Para isso, estratégias alternativas para a continuidade do cuidado foram implementadas, como a redução do uso pessoal de serviços de câncer, para aumentar a capacidade dos sistemas de saúde durante a pandemia, mas sem comprometer o cuidado ao paciente com câncer; prioridades foram definidas para o tratamento de pacientes com câncer; a continuação dos serviços com segurança e ensaios clínicos em locais alternativos (outras unidades de saúde) ou virtualmente (telessaúde); houve modificação na prestação de serviços (por exemplo, acompanhamento, aconselhamento e apoio psicológico ou cuidados paliativos prestados por telefone ou remotamente por equipe multidisciplinar); a suspensão temporária dos programas de rastreamento do câncer foi sugerida, mas os pacientes deveriam ser encorajados a agendar uma consulta se apresentassem quaisquer sintomas que indicassem suspeita de câncer (PAHO, 2020).

Dessa forma, os desafios impostos e as consequências da pandemia prejudicaram os esforços nacionais e globais de prevenção e controle do câncer, incluindo interrupções no

financiamento e acesso aos programas de rastreamento, bem como atrasos e desafios logísticos para serviços de tratamento, como cirurgia, radioterapia e terapia sistêmica. No contexto dos esforços para controlar a disseminação da SARS-CoV-2, também foi essencial compreender os impactos econômicos e sociais e colocar em ação estratégias para manter o progresso, no sentido de abordar os problemas de saúde globais existentes (GINSBURG, et.al., 2021).

A pandemia do COVID-19 levou a declínios nos cuidados essenciais de saúde em todo o mundo. Sabe-se que no ano de 2020, a pandemia de COVID-19 afetou a oferta de serviços de saúde, com redução dos recursos financeiros e interrupção de programas de saúde, bem como o acesso dos pacientes aos serviços, com diminuição de horários e profissionais, além disso, as medidas de distanciamento social também restringiram o acesso a cuidados preventivos. Por sua vez, as desigualdades de acesso a serviços de saúde já existentes sofreram uma exacerbação aguda devido à pandemia, em especial em países de baixa e média renda, como o Brasil (DOUBOVA, et.al., 2022).

Segundo Lee, et.al. (2022), estudos relataram que a COVID-19 teve uma associação negativa maior com o rastreamento do câncer, de acordo com o status socioeconômico de região geográfica, raça e etnia, do que antes da pandemia. Isso pode indicar as disparidades pré-existent no rastreamento do câncer exacerbadas pela COVID-19, com consequências de longo prazo afetando a incidência e a mortalidade por câncer.

Sendo assim, diante da pandemia, que eclodiu e prossegue até o presente momento, fez-se necessário o conhecimento acerca da trajetória de cuidado, que é considerado o caminho percorrido dentro da rede de atenção à saúde, desde o surgimento dos primeiros sinais e sintomas, definição do diagnóstico de câncer, terapêutica, até o momento atual. A trajetória de cuidado refere-se ao sistema de cuidados em saúde, que é percorrida por pessoas, famílias e comunidades (BRUSTOLIN, FERRETTI, 2017).

Dessa forma, engloba todas as ações relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, profissionais e demais redes de apoio em busca da solução de um problema/doecimento, ou manutenção e recuperação da saúde. A trajetória também pode ser o caminho percorrido pelo indivíduo nos diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde em busca de cuidado, que evidencia comportamentos e concepções que podem embasar a efetivação de ações de qualificação da assistência prestada a esse público (TESTON, et.al.,2018; SOARES, et.al.,2019).

Os estudos sobre itinerários de cuidado auxiliam a compreender o comportamento dos indivíduos perante o cuidado e a forma como os serviços de saúde funcionam e são utilizados. O trajeto percorrido e suas múltiplas repercussões, se não encaminhados de maneira adequada,

podem resultar em um diagnóstico tardio, diminuindo as chances de cura e aumentando os riscos de sequelas e óbitos, o que torna preocupante quando isso acontece entre pessoas que prestam assistência a outros indivíduos, no contexto da atenção à saúde (SILVA, et.al., 2021; LIMA, et.al; 2018).

Portanto, definiu-se a questão norteadora: **Como foi a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero durante a pandemia de COVID-19?**

Conhecer esse caminho percorrido e as dificuldades encontradas, permite compreender o contexto em que a experiência de adoecimento foi vivenciada, o tempo em que as etapas do processo de rastreamento, diagnóstico e tratamento foram desenvolvidas, possibilitando a identificação de aspectos não conhecidos, dificultadores e que foram impostos pelo COVID-19, impactando na trajetória de cuidado percorrida no sistema de saúde durante o momento pandêmico que o país vivenciou.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero durante a pandemia de COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as práticas de cuidado realizadas pelas mulheres com câncer do colo do útero;
- Identificar as redes de suporte da mulher com câncer do colo do útero;
- Descrever os sentimentos e expectativas vivenciadas a partir do diagnóstico de câncer do colo do útero.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção será apresentada a fundamentação teórica. Realizou-se uma Revisão Narrativa de Literatura (RNL), que será dividida em quatro subseções definidas a seguir: Contextualizando o câncer do colo do útero, Cuidado à saúde da mulher com câncer do colo do útero; Contextualização em tempos de pandemia pela COVID- 19: os efeitos na mulher com câncer do colo do útero; e Trajetória de cuidado.

Para a coleta de dados, foram utilizadas as bases de dados disponíveis e indexadas dentro da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficas Especializada na área de Enfermagem (BDENF), em conjunto com o Sistema Online de Busca, *National Library of Medicine's* (NLM-MEDLINE).

A estratégia de busca compôs-se por *Strings* de busca, utilizando termos obtidos a partir de DeCS e MESH e palavras chaves combinadas com os operadores booleanos (AND, OR), como demonstrada a seguir: (Política de Saúde) OR (Plano Nacional de Saúde) OR (Política de Assistência à Saúde) OR (Política de Atenção à Saúde) OR (Health Policy) OR (Política de Salud) AND (Saúde da Mulher) OR (Saúde das Mulheres) OR (Saúde Feminina) OR (Women's Health) OR (Salud de la Mujer) AND (Neoplasias do Colo do Útero) OR (Uterine Cervical Neoplasms) OR (Neoplasias del Cuello Uterino) OR (Câncer de Colo Uterino) OR (Câncer de Colo do Útero) OR (Câncer do Colo do Útero) OR (Neoplasias do Colo Uterino) AND (COVID-19) OR (COVID19) OR (Pandemia COVID-19) OR (Pandemia por COVID-19) OR (COVID 19 Pandemic) OR (COVID-19 Pandemics).

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são as principais causas de adoecimento e óbito da população, com destaque para o câncer, devido às elevadas taxas de morbimortalidade. Além disso, seu diagnóstico é estigmatizado e traz consigo a ideia de sofrimento e morte, apesar da possibilidade de cura (BITTENCOURT, et.al., 2021).

O termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que tem como característica em comum o crescimento desordenado de células é definido como câncer; e pode invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância, quando dividem-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontrolláveis, favorecendo a formação de tumores que podem espalhar-se para outras regiões do corpo, denominadas como metástase (INCA, 2020).

A replicação desordenada do epitélio de revestimento do colo do útero é denominada como câncer do colo do útero, que pode comprometer os tecidos adjacentes como o estroma e invadir estruturas e órgãos contíguos ou mais distantes. Dependendo da origem do epitélio que é comprometido, é possível classificar em duas categorias, sendo elas: o carcinoma escamoso, que é o tipo mais incidente e que acomete o epitélio glandular, representando aproximadamente 90% dos casos; e o adenocarcinoma, tipo mais raro que acomete o epitélio glandular e está presente em cerca de 10% dos casos (INCA, 2021a).

As duas categorias citadas acima são causadas por tipos oncogênicos do HPV e é uma doença de desenvolvimento lento e que, em sua fase inicial, pode cursar sem sintomas e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após contato sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada à queixas intestinais ou urinárias quando a doença se encontra em estágios mais avançados (INCA, 2021a).

O câncer do colo do útero é a principal causa de mortalidade entre as mulheres. Em 2020, cerca de 604.000 mulheres foram diagnosticadas com câncer cervical em todo o mundo e cerca de 342.000 mulheres morreram de doença. Este câncer é o mais comumente diagnosticado em 23 países e a principal causa de morte por câncer em 36 países. A grande maioria desses países estão na região subsaariana da África, Melanésia, América do Sul e Sudeste Asiático (WHO, 2021).

Encontra-se na terceira posição do ranking das causas de câncer na população feminina no Brasil e na quarta posição referente à mortalidade. As áreas com menores níveis de desenvolvimento possuem as maiores taxas de incidência, e a imensa maioria dos casos está relacionada com a infecção pelo HPV, mostrando um primeiro pico por volta dos 20 anos de idade e um segundo pico por volta dos 40-50 anos (MOURA, et.al., 2021).

Quando diagnosticado precocemente, esse tipo de câncer é curável. Essa neoplasia surge na forma de uma lesão precursora, que pode ou não evoluir para um processo invasivo no decorrer de um período de dez a 20 anos, considerado um período relativamente longo; e, permite que ações preventivas sejam realizadas com o objetivo de romper a cadeia epidemiológica da doença. A redução substancial na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero em alguns países tem sido associada à implementação de programas de rastreio de base populacional (DAMIANI, et.al., 2021).

A incidência do câncer do colo do útero tem sido recorrente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta até atingir seu pico, geralmente, na faixa etária de 45 a 49 anos. Entre os fatores de risco, está a multiplicidade de parceiros; as condições socioeconômicas; o

tabagismo; a idade precoce na primeira relação sexual; a multiparidade; a higiene íntima inadequada; o uso de anticoncepcionais orais e a infecção pelo HPV (DIAS, et.al., 2021).

Em consonância, o câncer do colo do útero é um problema recorrente em países em desenvolvimento, haja vista a população menos favorecida socioeconomicamente, apresentando-se como um dos principais fatores de riscos, pois a baixa renda associada à falta de conhecimentos sobre prevenção e o início precoce da vida sexual aumenta a susceptibilidade da mulher desenvolver tal câncer (DAMIANI, et.al.,2021).

Nos países desenvolvidos, a taxa de incidência de câncer cervical é de 9,0 por 100.000 mulheres e a taxa de mortalidade é de 3,2 por 100.000 mulheres. O risco de uma mulher sofrer da neoplasia antes dos 75 anos é de 0,85%, e o de morrer é de 0,33%. Nas regiões desenvolvidas, o CCU representa aproximadamente 2,22% de todos os casos novos em mulheres e cerca de 2,7% das mortes em mulheres associadas ao câncer (ARZUAGA, SOUZA, LIMA, 2012).

No estudo de Arzuaga e colaboradores (2012) em relação as estatísticas, as regiões com as menores taxas de incidência observadas são: Europa Ocidental, com 6,9%; Norte da África, com 6,6%; América do Norte, com 5,7%; Austrália e Nova Zelândia, com 5,0%; e Ásia Ocidental, com 4,5%. Nestas, os países com taxas abaixo de 7,0% são: Estados Unidos (5,7%), Suíça (4,0%), Arábia Saudita (2,1%), Síria (2,0%), Egito (1,6%) e Palestina e Gaza (0,4%). As regiões com as maiores taxas de mortalidade por 100.000 mulheres são: a África Oriental (25,3%), a África Ocidental e a África Subsaariana (22,5%). Nestes, os países com taxas mais elevadas são as Comores (39,1%) e a Guiné (41,7%). As diferenças entre condições sociais, trabalho, educação, nutrição e acesso aos serviços de saúde ocorrem entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e constituem um desafio para todas as sociedades. As mulheres das regiões em desenvolvimento representam dois terços dos 774 milhões de adultos analfabetos do mundo, vivem em lares com piores condições de infraestrutura e ganham menos, caracterizando uma situação socioeconômica mais baixa. A participação feminina no mercado de trabalho em 2010 foi calculada em 52%, enquanto nas regiões em desenvolvimento os níveis caem para 30%; as mulheres têm empregos vulneráveis e/ou trabalham por conta própria. Isso constitui um desafio para a prestação de serviços de saúde, e dentre os objetivos do milênio, o acesso aos serviços de saúde constitui uma estratégia fundamental para alcançá-los.

As ações de controle desta doença no Brasil, iniciaram-se na década de 1980 com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, já na década seguinte, em 1997, deu-se início ao projeto Viva Mulher visando a organização do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. Para realizar o monitoramento das ações desenvolvidas,

foi desenvolvido o Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero, que começou a ser utilizado nacionalmente em 1999. Este sistema registra os exames citopatológicos e histopatológicos que são realizados pelo SUS e as informações são enviadas para todas as Unidades Federativas ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que consolidam e compõem o sistema nacional, contemplando também um conjunto de informações que são importantes para a gestão do programa de rastreamento do câncer do colo do útero (DIAS, et.al.,2022).

O contágio pelo HPV se dá principalmente pelo contato pele a pele durante a atividade sexual, sendo o vírus o agente etiológico que causa lesões genitais e pode ser isolado em 99,77% dos casos. Existem vários tipos de HPV e para o desenvolvimento das lesões precursoras e do próprio câncer de colo do útero, é necessário o desenvolvimento da infecção persistente, sendo essa evolução influenciada pela idade acima dos 30 anos. O câncer do colo do útero geralmente progride lentamente das lesões precursoras do HPV para o câncer invasivo durante um período de 10-15 anos; no entanto, é altamente evitável e tratável com exames de Papanicolau de rotina e acompanhamento adequado (MOURA, et.al.,2021).

A prevenção primária do câncer do colo do útero consiste na diminuição do contágio do HPV pelo uso de preservativos e pela vacinação. A vacinação é a medida mais eficaz para prevenção contra a infecção, a vacina é distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e está disponível para a população do sexo feminino e masculino, com idade de 9 a 14 anos e 11 a 14 anos, respectivamente. A vacinação é indicada também para as pessoas vivendo com HIV e transplantadas na faixa etária de 9 a 26 anos, fazendo-se necessário enfatizar sobre o uso de preservativos, sendo uma importante forma de prevenção do HPV, presente em 90% dos casos de câncer uterino e tem importante papel no desenvolvimento da neoplasia do colo e suas lesões precursoras (BARROS, et.al., 2021, MOURA, et.al.,2021).

A prevenção secundária tem como estratégia o rastreamento e o diagnóstico precoce por meio do exame citopatológico em todas as mulheres sexualmente ativas, pois é o principal método de triagem para a detecção precoce de irregularidades cervicais. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, este deve ser realizado em mulheres com idade entre 25 e 64 anos e após dois exames anuais sem alterações, pode ser realizado a cada três anos, já as taxas de sobrevivência nesse tipo de câncer são superiores a 90% se detectados precocemente e gerenciados de maneira adequada (MOURA, et.al.,2021).

O câncer em sua fase inicial pode ser controlado, ou mesmo curado, mediante o tratamento cirúrgico, atualmente considerado um dos tripés para o tratamento, ao lado da quimioterapia e da radioterapia. Vale ressaltar que a abordagem múltipla do tratamento,

associando diversas modalidades terapêuticas, costuma gerar melhores resultados em termos de cura, sobrevida e qualidade de vida (INCA, 2021).

Os procedimentos para tratar o câncer cervical invasivo incluem a histerectomia (simples ou radical) e a traquelectomia. A histerectomia simples remove o útero (tanto o corpo do útero quanto o colo do útero), mas não as estruturas próximas (paramétrios e ligamentos útero-sacos), a vagina e os gânglios linfáticos pélvicos não são removidos; os ovários, também não, somente se houver outro motivo para removê-los. A traquelectomia radical permite que as mulheres sejam tratadas sem perder a capacidade de ter filhos, pois o procedimento remove o colo do útero e a parte superior da vagina, os gânglios linfáticos próximos também são removidos por laparoscopia. Após a traquelectomia, algumas mulheres conseguem levar uma gravidez a termo e dar à luz um bebê saudável por cesariana, embora as mulheres que fizeram esta cirurgia possam ter um risco maior de aborto espontâneo. Outra opção cirúrgica é a exenteração pélvica, que é feita para casos específicos de câncer cervical recorrente, nesta cirurgia todos os órgãos e tecidos são removidos como em uma histerectomia radical com dissecação de linfonodo pélvico, além disso, a bexiga, a vagina, o reto e parte do cólon também são removidos, dependendo das metástases (ACS, 2021).

Outra modalidade de tratamento utilizada para o câncer do colo do útero é a radioterapia. Dependendo do estágio do câncer cervical, a radioterapia pode ser usada como: parte do tratamento principal para alguns estágios do câncer cervical, o tratamento preferencial é a radiação ou a cirurgia seguida de radiação. Para outros estágios, também, a radiação e a quimioterapia administradas concomitantes, a quimiorradiação simultânea (ACS, 2021).

A braquiterapia, ou radioterapia interna, usa de uma fonte radioativa intracavitária ou próxima a região a ser irradiada e é usada principalmente junto com a *External Beam Radiation Therapy* (EBRT) como parte do tratamento principal do câncer cervical, raramente pode ser usada sozinha, somente em casos muito específicos de câncer cervical em estágio inicial (ACS, 2021).

A quimioterapia também é uma modalidade terapêutica, usa medicamentos citotóxicos por via oral, parenteral, entre outras, que atuam na cinética celular das células neoplásicas. Nem todos os casos de câncer cervical precisarão de quimioterapia, mas é recomendada como parte do tratamento principal, para os casos de metástase, recidiva ou doença residual após o tratamento, a mesma é administrada em ciclos que são programados com intervalos de tempo de acordo com os protocolos estabelecidos (ACS, 2021).

Outro tratamento que pode ser utilizado é a imunoterapia, com o uso de anticorpos monoclonais, para o tratamento do câncer de colo uterino recorrente ou metastático com expressão de PD-L1 após progressão à quimioterapia (ACS, 2021).

3.1.1 ESTÁGIOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O estágio de um câncer descreve a sua extensão no corpo, ajudando a determinar a sua gravidade e a melhor forma de tratá-lo para que se alcance o sucesso. Para determinar o estágio após o diagnóstico de câncer do colo do útero, algumas perguntas podem nortear a investigação: 1) Até que ponto o câncer cresceu no colo do útero? 2) O câncer atingiu estruturas próximas? 3) O câncer se espalhou para os linfonodos próximos ou para órgãos distantes? Além dessas perguntas, informações de exames e testes são usadas para determinar o tamanho do tumor, quão profundamente o tumor invadiu os tecidos dentro e ao redor do colo do útero e sua disseminação para locais distantes (metástase) (ACS, 2020).

De acordo com a *American Cancer Society* (2020), o sistema de estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) é usado com mais frequência para cânceres dos órgãos reprodutivos femininos, incluindo câncer do colo do útero. Para o câncer do colo do útero, o estágio clínico é utilizado e é baseado nos resultados do exame físico do médico, biópsias, exames de imagem e outros exames que são feitos em alguns casos, como cistoscopia e proctoscopia, não se baseia no que é encontrado durante a cirurgia, mas se a mesma for feita, um estágio patológico pode ser determinado a partir dos achados na cirurgia, mas isso não altera seu estágio clínico onde é baseado o seu plano de tratamento.

O estágio do câncer do colo do útero varia de estágios I (1) a IV (4). Como regra, quanto menor o número, menos o câncer se espalhou. Um número mais alto, como o estágio IV, significa um câncer mais avançado. E dentro de um estágio, uma letra anterior significa um estágio inferior. Cânceres com estágios semelhantes tendem a ter uma perspectiva semelhante e geralmente são tratados da mesma maneira (ACS, 2020).

Conforme o quadro abaixo, descreve-se os estágios do câncer do colo do útero:

QUADRO 1- ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO
---------	-----------

I	O tumor está confinado ao útero. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.	
	I A	O tumor pode ser visualizado apenas através de um microscópio. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IA1	O tumor pode ser visualizado apenas através de um microscópio e tem menos de 3mm de profundidade e menor de 7mm de extensão horizontal. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IA2	O tumor pode ser visualizado apenas através de um microscópio e tem entre 3 e 5mm de profundidade e menos de 7mm de extensão horizontal.
	IB	O tumor é visível ao exame clínico e está limitado ao colo do útero ou pode ser visualizado apenas através de um microscópio. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IB1	O tumor tem entre 5 mm e 2 cm. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IB2	O tumor tem entre 2 e 4cm de tamanho. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IB3	O tumor tem pelo menos 4 cm de tamanho e está limitado ao colo do útero.
O tumor cresceu para além do colo do útero e útero, mas não invadiu as paredes da pelve ou a porção inferior da vagina. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.		

II	IIA	O tumor cresceu para além do colo do útero e útero, mas não se espalhou para os tecidos próximos ao colo do útero (paramétrios). Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IIA1	O tumor não é maior que 4 cm. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IIA2	O tumor tem 4 cm ou mais. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IIB	O tumor cresceu além do colo do útero e se espalhou para os tecidos próximos ao colo do útero (paramétrios). Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	O tumor invadiu a porção inferior da vagina ou as paredes da pelve. Pode estar bloqueando os ureteres (canais que transportam a urina do rim para a bexiga). Pode (ou não) ter se espalhado para os linfonodos próximos, mas não se espalhou para outros órgãos.	
III	IIIA	O tumor se espalhou para a porção inferior da vagina, mas não para as paredes da pelve. Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IIIB	O tumor compromete as paredes da pelve, formadas por ossos e músculos, e/ou está bloqueando um ou ambos os ureteres, causando problemas nos rins (hidronefrose). Não se espalhou para os linfonodos próximos ou para outros órgãos.
	IIIC	O tumor pode ser de qualquer tamanho. Os exames de imagem ou uma biópsia mostram que se espalhou para os linfonodos pélvicos próximos

		(IIIC1) ou linfonodos para-aórticos (IIIC2). Não se espalhou para outros órgãos.
O tumor invadiu a bexiga ou o reto ou se disseminou para outros órgãos, como pulmões e ossos.		
IV	IVA	O tumor compromete a bexiga ou o reto e está crescendo para além da pelve
	IVB	O tumor se espalhou para outros órgãos além da pelve, com linfonodos distantes, pulmões ou ossos.

Fonte: BHATLA, et.al., 2021.

3.2 CUIDADO À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Nesta subseção, serão apresentadas algumas concepções de cuidado e em seguida o cuidado à saúde da mulher com câncer do colo do útero e as políticas públicas, desde a atenção primária à terciária; da prevenção ao cuidado paliativo.

O cuidado na perspectiva de Morse e colaboradores (1991), é relativamente pouco desenvolvido como um conceito, não é claramente explicado e muitas vezes não tem relevância para a prática de enfermagem. Devendo ser o cuidado: visto como característica humana, como um imperativo moral, cuidar como um afeto, como uma interação interpessoal e como uma intervenção terapêutica.

Na concepção ontológica para Boff (2005), o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo, então, a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida. Assim o cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, implicando um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. Pelo cuidado, chega-se à uma sintonia com as coisas, à uma convivência amorosa. O cuidado entra na constituição do ser humano, categoria matricial, capaz de inspirar um novo acordo entre os seres humanos, um princípio de novo ethos que é a forma como organizamos nossa casa, o mundo que habitamos com os humanos e a natureza. E reforça que nós não temos apenas cuidado, nós somos o cuidado.

Na perspectiva de Waldow (2015), o cuidado é um conceito polissêmico e, portanto, adquire múltiplos significados, entre eles: constituir a essência da enfermagem e caracterizar-se por suas dimensões existenciais, relacionais e contextuais. Sendo assim, considerado uma ação interativa que ocorre entre ser que cuida e ser que é cuidado, englobando envolvimento e comprometimento. Assumindo caráter relacional, envolvendo atitudes, comportamentos e ações, não podendo ser considerada apenas como ciência. Compreende, ainda, um compromisso com o estar no mundo, contribuindo com o bem-estar geral, com a preservação da natureza, com a promoção das potencialidades, suas e dos outros, na dignidade e espiritualidade humana. Acrescenta que o cuidar é uma forma de ser e só ocorre na presença de outros seres, englobando envolvimento, consistindo na essência do ser humano. É uma forma de ser e estar, portanto, existencial, como uma forma de viver, de ser e de expressar; é uma postura ética e estética que o ser assume frente ao mundo. O cuidado é uma linguagem da Enfermagem e ao visualizá-la como uma forma de ser, caracteriza-se por ser a única ação verdadeira independente da Enfermagem. Apontando o cuidar como um fenômeno existencial, relacional e contextual. Relacional porque precisa do outro; existencial porque faz parte do ser; contextual porque possui variações, intensidades e diferenças nas suas maneiras. Nessa perspectiva, vale acrescentar que cuidar é o que caracteriza a predominância das ações da Enfermagem que envolve técnicas profissionais e sentimento.

Drahosova e Jaarosova (2016) trazem o cuidado de Enfermagem como um processo interpessoal específico de conteúdo, que se caracteriza pelo conhecimento profissional, habilidades, maturidade pessoal e sensibilidade interpessoal de enfermeiros, resultando na proteção, apoio emocional e psicossocial. Embutido de uma característica natural do ser humano, um meio de união com o outro, configurando a essência de Enfermagem. Pode ser na forma de assistência, suporte e alívio ou melhoria da qualidade de vida ou quando doença, deficiência ou ameaças à vida são encontradas. É fornecido de uma forma humana, empática, digna e atende às necessidades das pessoas e de suas famílias. Cuidado pode ser definido como esforço ou zelo gerado com a finalidade de beneficiar algo ou alguém.

Tonin e colaboradores (2020), traz o cuidado transpessoal pela visão de Watson que significa "além do ego", "dar e receber vida", pelo qual a pessoa (profissional) está autenticamente presente no momento da atenção especial, conectando-se com o ser cuidado e abrindo-se ao campo infinito de possibilidades. Pilkington (2005) define cuidar como uma intenção, consciente, transpessoal, indo ao encontro à visão de Watson.

Na visão de Richardson (2018), o cuidado pode ser entendido como a prestação de cuidados de saúde liderada por evidências e oferecido por meio de um relacionamento

terapêutico com uso da empatia e compaixão, sendo esses os princípios da terapêutica de enfermagem que permitem ao profissional como o zelo deve ser entregue, vendo a empatia como proposta terapêutica.

Se as concepções de cuidado transitam entre muitas visões, nesse contexto teceremos como está instituído no Brasil o cuidado à mulher com câncer do colo do útero. As Políticas Públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no país desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1996. O controle do câncer do colo do útero é uma prioridade da agenda de saúde do Brasil e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (INCA, 2020).

Dessa forma, na Rede Temática de Oncologia, a Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero encontra-se organizada a partir das seguintes diretrizes, que visam:

1. Prevenção e detecção precoce que compreende o fortalecimento e a ampliação ao acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres; estruturar os serviços de saúde para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta; acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero;

2. Programa Nacional de Qualidade da Citologia, que tem por objetivo a garantia de citologias de alto padrão; garantir referência para cito e histopatologia;

3. Acesso à confirmação diagnóstica, visando a garantia do acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno; definir e pactuar que a unidade de referência deve realizar todos os procedimentos: colposcopia, biópsia e excisão da zona de transformação (EZT); implantar centros qualificadores de ginecologistas para atuarem na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora;

4. Tratamento adequado e em tempo oportuno, com definição e pactuação de serviços terciários para procedimentos especializados, como conização, quimioterapia e radioterapia; garantir que todas as mulheres iniciem seu tratamento o mais breve possível; permitir que as mulheres sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada; garantir que todas recebam cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade; garantir que todo hospital que trata câncer do colo do útero tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade; e, garantir que toda mulher tenha direito aos cuidados paliativos, para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico (INCA, 2016, FACCO, et.al.,2021).

A atenção primária à saúde (APS), um componente-chave dos sistemas de saúde, tem função central no controle do CCU. A persistência de altas taxas de mortalidade por CCU associa-se às condições inadequadas nos sistemas de acesso ao rastreamento, numa cobertura insuficiente e dificuldade de atenção interseccional. Para isso é necessário que se disponibilize uma estrutura de saúde e uma rede assistencial bem fundamentada para melhorar o controle do CCU, levando em consideração os aspectos culturais, questões étnicas, sexuais e de gênero, além das diversidades geográficas, que podem interferir no rastreamento e na qualidade da assistência. Neste sentido, a APS apresenta-se como peça fundamental, não apenas na adesão das mulheres, mas também nas ações de promoção e proteção à saúde, garantindo que essas cidadãs tenham acesso ao rastreamento, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno (CERQUEIRA, et.al.,2022).

Em se tratando de ações e estratégias para a saúde da mulher, que vão desde a prevenção até a terapêutica, a Atenção Básica (AB) é a responsável por realizar essas ações de forma descentralizada em todo o país, estando próxima ao usuário, sua família, seu território e de acordo com as condições de vida. As Unidades Básicas de Saúde onde estão situadas as equipes da Estratégia de Saúde da Família são as principais portas de entrada do SUS e o ponto de contato preferencial do usuário (BRASIL, 2013).

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de AB, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem o controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013).

Esse tempo está assegurado, de acordo com a Portaria nº. 1.220, de 3 de junho de 2014, conforme o "Art. 3º,

O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário (BRASIL, 2014, p. 01).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de acordo com a normatização vigente do SUS, define a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Assim, o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários, na Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho

de 2011), entre eles: o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e da mama. Com o intuito de garantir esse compromisso foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres. Para enfrentar esse desafio, o plano definiu metas e ações específicas até 2014. O plano foi composto por eixos estruturantes e ações transversais, estratégicas para a implementação da política e do bom funcionamento dos programas nacionais para o controle desses cânceres (BRASIL, 2013).

As ações da AB são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Vão desde cadastro e identificação da população prioritária, ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e aquelas que o realizaram, é possível definir a cobertura; e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames. As ações de prevenção da doença e promoção da saúde são estratégias fundamentais para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como também para reforçar as orientações sobre os sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de ser fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. A realização do citopatológico deve ocorrer na própria UBS, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. A estratégia de mutirão em horários alternativos permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. Usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para realização do exame (BRASIL, 2013).

Conforme é recomendado pelo Ministério da Saúde, as ações de controle do CCU podem ser desenvolvidas principalmente pelos enfermeiros das ESF's, sendo elas: realização da consulta de enfermagem com olhar integral e a coleta do exame citopatológico (exame que possibilita o diagnóstico do CCU), solicitação e avaliação dos resultados dos exames, examinar e avaliar pacientes que apresentem sinais e sintomas, realizar o encaminhamento das usuárias para outros serviços de referência quando necessário, realizar o cuidado paliativo, avaliar periodicamente as pacientes que necessitam de acompanhamento, além de contribuir, realizar e

participar das atividades de educação permanente com a equipe (FREITAS, SILVEIRA, AZEVEDO, 2021).

A consulta de enfermagem garante maior proximidade com a paciente, pois assim se adquire a confiança e segurança da usuária, o que facilita a troca de informações que são importantes para a identificação de problemas que interferem na saúde e afetam a qualidade de vida. Sendo assim, a estratégia de captação de mulheres para consultas com a realização do exame citopatológico deve contemplar não apenas o atendimento em si, mas também atividades educativas importantes que incluem: a importância da vacinação, medidas de autocuidado sobre as vias de transmissão e a realização do preventivo, entrega dos resultados e o adequado seguimento em todo o tratamento, de acordo com a necessidade de cada uma (MARQUES, et.al.,2021; FREITAS, SILVEIRA, AZEVEDO, 2021).

Frente à todas as atribuições e contribuições que o enfermeiro pode proporcionar à usuária, é de extrema importância que ocorra a capacitação correta desses profissionais, tendo como finalidade evitar acidentes errôneos à essas mulheres, dispondo sempre de um atendimento focado na paciente com uma visão integral e humanizada, não vendo apenas como uma patologia que precisa ser tratada, assegurando os principais cuidados para essas mulheres que são acometidas por essa doença (MARQUES, et.al.,2021).

Facco e colaboradores (2021), observam que existem fragilidades no atendimento às usuárias, coincidindo com a baixa procura para realização do exame de colpocitologia oncótica (teste de Papanicolau). Considerando as necessidades de cuidados das mulheres, evidenciam-se: falta de informações precisas e esclarecedoras por parte dos profissionais de saúde; carência de espaço para que as usuárias possam perguntar e compreender o porquê dos procedimentos aos quais foram submetidas; demora e erro no agendamento de exames, como informações desconexas entre os profissionais. Em virtude da importância da atenção integral à saúde da mulher, com destaque ao nível primário para ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e detecção precoce das neoplasias do colo do útero, ressalta-se a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde sobre este processo.

Cerca de 12% a 20% das mulheres brasileiras entre as idades de 25 e 64 anos nunca fizeram o exame de Papanicolau, que é o método mais eficaz e eficiente no rastreio de possíveis cânceres e lesões, incluindo o câncer do colo do útero. Esse importante dado mostra que ainda existe um déficit no autocuidado das mulheres, bem como no rastreamento, e por isso este é o 3º câncer mais incidente e o 4º com mais taxas de mortalidade entre as mulheres brasileiras (FRANÇA, et.al., 2021).

Em relação ao controle do câncer do colo do útero, após a realização da coleta do exame citológico, cabe à AB encaminhar o material para análise e aguardar o recebimento dos laudos. O resultado deve ser informado à mulher, preferencialmente durante uma consulta, caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação de encaminhamento qualificada, com os dados relevantes sobre a usuária, sobre o quadro clínico e sobre o resultado do exame. Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher, verificando a adesão ao tratamento. Como a AB é a coordenadora do cuidado, ela deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo (BRASIL, 2013).

Dessa forma, para o controle do câncer do colo do útero, a melhoria do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho e, também, articulação intersetorial, com o setor público e sociedade civil organizada. O amplo acesso da população às informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento. (BRASIL, 2013).

Outra medida importante é o rastreamento que se caracteriza pela aplicação de testes em pessoas assintomáticas, em uma população-alvo definida, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade atribuída à uma doença específica. É uma das estratégias para o controle do câncer e figura como a fase inicial de identificação de um grupo populacional que deverá ser submetido a outros procedimentos para receber o diagnóstico final e o respectivo tratamento, quando indicado, envolvendo possíveis benefícios e riscos (BRASIL, 2013).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2016), partindo da estratégia de prevenção secundária, a realização periódica do exame citopatológico é a estratégia adotada para o rastreamento. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária, para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

A definição de quais mulheres devem ser rastreadas tem sido objeto de muitos questionamentos, consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV, já em relação à faixa etária, há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2016).

Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos e o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que tiveram ou têm atividade sexual, o rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado, os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos e para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos e se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2016).

Quando os resultados da citologia são positivos, o diagnóstico é confirmado por colposcopia, e o tratamento adequado é informado por biópsia de lesões suspeitas para diagnóstico histológico. Em países com rastreamento eficaz do câncer do colo do útero com base na citologia e programas de tratamento, a mortalidade por câncer cervical foi reduzida cinco vezes durante os últimos 50 anos. Os testes de triagem mais recentes introduzidos nos últimos 15 anos incluem inspeção visual com ácido acético e testes moleculares, principalmente testes baseados em DNA de HPV de alto risco, que são adequados para uso em todas as configurações. Mais recentemente, foram desenvolvidos: testes moleculares, baseados em mRNA de HPV, detecção de oncoproteínas ou DNA metilação; testes objetivos realizados em amostras citológicas, como p16 / Ki-67 dual coloração; e, testes de inspeção visual avançados com base em inteligência artificial / máquina plataformas de aprendizagem (por exemplo, avaliação visual automatizada de imagens digitais) (WHO, 2021).

O rastreio e o tratamento do câncer do colo do útero devem ser fornecidos a homens transexuais e não binários e indivíduos intersexuais com colo do útero. Os dados sobre rastreamento e tratamento do câncer cervical são necessários para essas populações, incluindo pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A OMS reconhece a necessidade de sistemas de saúde, incluindo serviços de rastreamento e tratamento para lesões precursoras e câncer do colo do útero, para ser mais inclusivo de pessoas transgênero, intersexo e não binárias, o que pode exigir formação e sensibilização dos trabalhadores da saúde. As autoridades de saúde pública também devem priorizar estes grupos de pessoas para melhor conscientização e acesso ao rastreamento e tratamento do câncer mencionado (WHO, 2021).

Para prevenir e tratar o câncer cervical e reduzir a mortalidade, os programas são incentivados a implementar estratégias de rastreamento e tratamento com base na população. Todos os programas devem garantir que as mulheres com teste positivo sejam tratadas ou

gerenciadas de forma adequada para a continuidade e integridade de cuidados, é necessário estabelecer ligações fortes entre os vários níveis do serviço de saúde (WHO, 2021).

Os Serviços de Atenção Secundária são compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados. Eles devem servir de referência para um conjunto de UAB, prestando atendimento mediante encaminhamento. No caso do câncer do colo do útero, devem realizar a colposcopia, bem como outros procedimentos necessários para a confirmação diagnóstica. Alguns tratamentos também podem ser realizados nessas unidades, e caso mais graves, que necessitem de procedimentos mais complexos, devem ser encaminhados para as Unidades Terciárias. Além do atendimento à usuária, é fundamental que esse serviço forneça um relatório para a equipe da Atenção Básica em relação à alta. Esse relatório deve informar os procedimentos realizados, o diagnóstico, bem como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento dessa usuária. Portanto, a unidade especializada é a referência para confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013).

De acordo com a *American Cancer Society* (ACS, 2021) o estadiamento do câncer do colo do útero é o fator mais importante na escolha do tratamento. No entanto, há outros fatores que influenciam, como: a localização exata do tumor, o tipo de doença (espinocelular ou adenocarcinoma), idade, condição física geral e se a paciente deseja ter filhos.

O câncer em sua fase inicial pode ser controlado, ou mesmo curado, através do tratamento cirúrgico, atualmente considerado um dos tripés para o tratamento, ao lado da quimioterapia e da radioterapia. Vale ressaltar que a abordagem múltipla do tratamento, associando diversas modalidades terapêuticas, costuma gerar melhores resultados em termos de cura, sobrevida e qualidade de vida (INCA, 2021).

A Atenção Terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares, constitui referência para a Atenção Básica dentro da lógica de hierarquização e regionalização do SUS. A Rede de Atenção Terciária no caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia – e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer (BRASIL, 2013).

Muitas mulheres com câncer de colo do útero farão algum tipo de cirurgia, para diagnosticar, determinar a extensão e tratamento, especialmente para os casos em estágios iniciais. Dois tipos de procedimentos são usados para tratar as lesões precursoras: a ablação,

que destrói o tecido cervical com baixas temperaturas ou com laser, em vez de removê-lo, e a cirurgia excisional que remove a lesão (ACS, 2021).

Por se tratar de uma doença de alta complexidade, todas as etapas do tratamento oncológico devem ser contempladas com os princípios do SUS e devem ser estabelecidas e garantidas por meio da Lei 8.080 de 1990-Lei Orgânica da Saúde. Neste sentido, em relação ao câncer, destaca-se o princípio da integralidade, onde o ser humano deve ser visto de maneira integral. Partindo disto, considerar a integralidade do indivíduo, dos serviços e dos cuidados, deve incluir necessariamente um manejo adequado de sintomas de sofrimentos relacionados ao câncer sejam eles físicos, psíquicos, espirituais e/ou sociais, e com os processos de morte e morrer, tão importantes e fundamentais quanto outros tratamentos que são realizados no decorrer do processo de adoecimento (COSTA, et.al.,2020).

Mulheres com câncer do colo do útero apresentam sinais e sintomas, que as tornam incapacitadas devido à dor, sofrimento físico, psicológico, social e espiritual que é mais prevalente, complexo e severo do que o sofrimento associado à maioria das outras doenças graves (BITTENCOURT, et. al.,2021; KRAKAUER, et.al., 2021).

Nesse contexto, para auxiliar no manejo dos sinais e sintomas, a fim de promover conforto e qualidade de vida, os Cuidados Paliativos (CP) que em relação ao termo *Palliare* tem sua origem no latim significando proteger, amparar, cobrir e abrigar, tem como foco principal o cuidar e não apenas curar. Sendo assim, sua essência visa a prevenção e o alívio do sofrimento e os problemas associados à doenças potencialmente fatais, devendo proporcionar acompanhamento centrado nos indivíduos e seus familiares ao longo da evolução da doença e não apenas no final da vida (COSTA, et.al.,2020; BITTENCOURT, et. al.,2021; KRAKAUER, et.al., 2021).

A integração dos cuidados paliativos às metas de tratamento deve ser indicada o quanto antes, e uma vez que as medidas de controle da doença são esgotadas, deve prevalecer a assistência especializada dos Cuidados Paliativos Exclusivos (CPE), que é baseada na integralidade, na interdisciplinaridade e no binômio paciente/família. Os CP podem ser ofertados em todos os ambientes de cuidados de saúde, incluindo hospitais, instalações de cuidados de longo prazo, centros de saúde comunitários, consultas ambulatoriais ou no domicílio, de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Nos CPE, a Assistência Domiciliar (AD) é a modalidade de atendimento diferencial, indicada aos pacientes que apresentam a funcionalidade comprometida, ou seja, àqueles com dificuldade ou que já não conseguem se locomover, contribuindo para o conforto e a qualidade de vida, uma vez que

permite, ao paciente, o convívio em família, uma maior autonomia e menor risco de infecções (BITTENCOURT, et. al., 2021; KRAKAUER, et.al., 2021).

Em especial no caso do cuidado paliativo, a equipe deve estar preparada para acolher essa usuária e propiciar o seu tratamento. Grande parte das necessidades em cuidados paliativos pode ser realizada pela equipe, na UBS ou no domicílio da usuária (BRASIL, 2013).

A equipe que cuida e atua no tratamento paliativo, em que se tem a figura do enfermeiro como peça chave no cuidado e tratamento destes pacientes, aplica-se por meio de habilidades voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, e no auxílio ao estabelecimento de prioridades do usuário. Diante da importância, faz-se necessário ao profissional de enfermagem ter conhecimento em relação à terminalidade e toda repercussão que esta fase tem no indivíduo, família e demais pessoas envolvidas nesse processo, pois esse momento do tratamento ao paciente com câncer pode gerar dentre tantos sentimentos, angústia e inutilidade, em que se deve buscar a transformação deste processo vital controlando o sofrimento, estando preparado tecnicamente e psicologicamente para amparar o binômio paciente-família, de forma que proporcione um cuidado mais humano e baseado nos princípios que são garantidos pelo SUS (COSTA, et.al.,2020).

Para finalizar, diante das atribuições da atenção primária, secundária e terciária, e as ações que são desenvolvidas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e/ou cuidados paliativos, relacionamos algumas legislações (Leis e Portarias) em relação ao câncer e, especialmente, ao câncer do colo do útero, que visam a garantia da organização, controle das ações e dos direitos das pessoas acometidas pelo câncer, conforme demonstra o quadro a seguir:

QUADRO 2- LEGISLAÇÕES REFERENTES AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Portaria GM/MS nº 2.012, de 23 de agosto de 2011	Estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama.
Portaria GM/ MS nº 931, de 10 de maio de 2012	Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS.
Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012	Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

Portaria GM/MS nº 874/16, de maio de 2013	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013	Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.
Revogada pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014; Portaria GM/MS nº 1504, de 23 de julho de 2013	Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas.
Portaria GM/MS nº 176, de 29 de janeiro de 2014	Altera dispositivos da Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
Portaria GM/MS nº 189, de 31 de janeiro de 2014	Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.
Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014	Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS nº 1220, de 03 de junho de 2014	Altera o Art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa

	a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS nº 94, de 21 de janeiro de 2016	Altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, trata da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero.
Lei nº 13.522, de 27 de novembro de 2017	Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, estabelece estratégias intersetoriais específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama.
Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019	Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica.
Portaria SAES/ MS nº 13999 de 17 de dezembro de 2019	Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do câncer no SUS.

Fonte: A autora, 2022.

3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA PELA COVID- 19: OS POSSÍVEIS EFEITOS NA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A COVID-19 é uma zoonose contagiosa e considerada uma doença infecciosa (KOWALSKI et al., 2020), originada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS CoV-2) descoberto recentemente. A maioria dos infectados apresentam sintomas respiratórios leves a moderados e se recuperam sem tratamento especial, já os idosos e pessoas com condições clínicas subjacentes, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas ou câncer, têm maior probabilidade de ter uma condição grave (WHO, 2021).

A infecção SARS-CoV-2, responsável pela primeira pandemia do século XXI, já apresentou mais de 237 milhões de casos confirmados e notificados globalmente, e o número cumulativo de mortes é de mais de 4,8 milhões de vidas até 13 de outubro de 2021 (WHO, 2021).

O sistema de saúde em todos os países é levado ao extremo como resultado do impacto da COVID-19. Os serviços considerados não emergenciais, como o rastreamento do câncer, foram reduzidos ou interrompidos como parte dos esforços para reduzir os riscos de infecção e, também, para reduzir a carga das Instituições de saúde. Medidas para evitar interações não urgentes com unidades de saúde foram endossadas pela OMS e pelo respectivo Ministério da Saúde durante a fase aguda da transmissão na comunidade. Diferentes sociedades médicas profissionais e organizações voluntárias também aconselharam suspender o rastreamento do câncer. Mais importante ainda, os indivíduos elegíveis para a triagem hesitavam em visitar as unidades de saúde por causa do medo de se infectar. Como consequência, um aumento significativo no número de mortes por câncer e outras doenças não relacionadas ao COVID-19 é previsto em um futuro próximo, especialmente nas populações socioeconomicamente desfavorecidas e outras populações vulneráveis (BASU, et.al., 2021).

A pandemia também afetou o rastreamento e atrasou o diagnóstico de cânceres que se beneficiam dos testes de rastreamento, como o do colo do útero. (FAGUNDES, et.al.,2021). Desde o início do período pandêmico, os sistemas de saúde em todo o mundo têm se concentrado em reorganizar os serviços de saúde e priorizar leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva para gerenciar pessoas com COVID-19. Isso incluiu a suspensão ou redução do tratamento eletivo do câncer e visitas clínicas para avaliação, diagnóstico e tratamento, exceto para pacientes com câncer de alto risco (PAHO, 2020).

Apesar das estratégias para manter os procedimentos, como hemodiálise, quimioterapia, entre outros, houve uma redução significativa no acesso ao serviço para pacientes que estavam sendo diagnosticados ou tratados para câncer. Estudos demonstraram que atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer têm impacto na sua progressão. Isso pode

levar a futuros picos de mortalidade por cânceres potencialmente curáveis, como resultado do não recebimento do tratamento padrão. Por esse motivo, os serviços de câncer devem gerenciar rapidamente e evitar atrasos cumulativos no tratamento e prevenir um aumento nas mortes evitáveis por câncer. É importante considerar o impacto sobre a disponibilidade de medicamentos oncológicos e outras tecnologias de saúde, e a carga de trabalho de laboratórios e serviços de radiologia, a fim de fornecer serviços acessíveis e equitativos aos pacientes com câncer (PAHO, 2020).

Dependendo da capacidade dos serviços de saúde e do contexto de transmissão local, os serviços de câncer podem ser reorganizados com base nos seguintes componentes: 1. continuidade com serviços estratégicos de câncer; 2. prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer e profissionais de saúde; 3. reestruturação de recursos humanos e técnicos; 4. gerenciamento de pacientes com câncer com COVID-19; e, 5. revisão interativa da reorganização dos serviços de câncer (PAHO, 2020).

Embora as publicações recentes de algumas sociedades médicas tenham apoiado a continuidade do tratamento do câncer, com adaptações para mitigar o risco de COVID-19, elas defenderam o adiamento dos procedimentos de rastreamento do câncer durante o pico da pandemia. Porém, após o pico de incidência de casos no Brasil, por volta de julho de 2020, ocorreu a flexibilização das medidas de proteção e, conseqüente, retorno à rotina desses procedimentos. A demanda massiva de acompanhamento médico pode representar um risco de exposição para aqueles que tiveram seus exames adiados (FAGUNDES, et.al., 2021).

O risco de uma nova onda do COVID-19 está associado ao relaxamento prematuro das medidas de proteção, o que pode levar ao aumento da transmissibilidade do vírus. Com a reabertura dos serviços e redução do distanciamento social, aumenta o risco de aglomerações devido à busca simultânea de atendimento às demandas acumuladas da população no período crítico. Por isso, deve haver um preparo prévio dos serviços de saúde e governamentais para adequar os recursos para o enfrentamento da doença (FAGUNDES, et.al., 2021).

Devido às características únicas (por exemplo, a fase pré-invasiva detectável longa), espera-se que o câncer cervical seja menos afetado pelos atrasos na triagem relacionados ao COVID-19, do que os cânceres de mama ou colorretal. Programas com cobertura mais baixa terão menos impacto na incidência do câncer do colo do útero do que aqueles com cobertura mais alta. Consequentemente, onde a participação já era baixa antes da pandemia, a interrupção pelo COVID-19 provavelmente terá um impacto negativo menor, do que em programas com boa participação na triagem, nos quais os ganhos da triagem foram maiores. O desempenho da organização e da triagem influenciará o quão resiliente um programa de triagem pode ser à

interrupção e qual pode ser a resposta da política viável ou ideal. A heterogeneidade dos programas, bem como dos sistemas de saúde em que funcionam, provavelmente significa que não há uma resposta política única e ótima para todos os países. (CASTANON, et.al., 2021).

No que diz respeito às barreiras para a triagem de captação durante o COVID-19, os motivos pelos quais algumas mulheres podem não comparecer ao exame cervical são variados. Esses motivos são conhecidos como barreiras, pois afetam a decisão de uma mulher de comparecer ao exame e a tornam menos provável de participar. A própria pandemia apresentou novas barreiras além das existentes antes do COVID-19. Estes incluem constrangimento, medo do procedimento ser doloroso, medo da possibilidade de ter câncer, a opinião de que o rastreamento é menos relevante para certas mulheres, julgamento, inconveniência, deficiência física, trauma, mutilação genital feminina, familiaridade com o coletor da amostra e falta de compreensão do procedimento (MASSON, 2021).

Algumas considerações foram elencadas para o manejo de pacientes com câncer cervical no cenário atual da COVID-19. Como exemplo: pode-se citar a preparação do serviço gineco-oncológico com medidas de distanciamento social, higienização adequada dos pacientes, familiares e profissionais de saúde; uso de máscaras e equipamentos de proteção individual (EPI); os pacientes imunossuprimidos devem ser orientados a ficarem estritamente em casa, se possível; ações educativas sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, com distribuição de panfletos de papel e livretos discutindo aspectos da infecção por COVID-19; escala de atividades visando minimizar exposição para os profissionais de saúde; e estabelecer quartos com leitos separados para a quarentena de pacientes suspeitos de COVID-19 (DEWAN, et.al., 2021).

Os atendimentos ambulatoriais devem ser limitados a pacientes em tratamento, novos pacientes confirmados histologicamente (sem tratamento anterior) e pacientes apresentando emergência (instáveis com abdome agudo, obstrução renal, complicações pós / em tratamento, sangramento grave, entre outras). No entanto, no caso de acompanhamento do câncer do colo do útero, o exame clínico é obrigatório e não pode ser substituído pela telemedicina, sendo preferível não atrasar o acompanhamento em caso de emergência ou sintomas, correspondência por telefone ou e-mail deve estar disponível para todos os pacientes e necessidade de adiar quaisquer intervenções desnecessárias, especialmente em pacientes assintomáticos (DEWAN, et.al., 2021).

Em relação ao tratamento do câncer do colo do útero, o manejo deve ser discutido caso a caso, nas reuniões da equipe. A discussão com o paciente deve incluir as várias opções de

tratamento, prós e contras de cada modalidade, impacto no atraso do tratamento, no resultado e aumento do risco de infecção por covid-19 durante o tratamento (DEWAN, et.al., 2021).

3.4 TRAJETÓRIA DE CUIDADO

Partindo do ponto de vista epidemiológico, o câncer do colo do útero é de grande magnitude nacional e internacional, sendo notado em países em desenvolvimento. É decorrente da infecção pelo HPV e apresenta cobertura ainda insatisfatória em relação aos exames de rastreamento que acontecem nos serviços públicos e, apesar do seu alto potencial de prevenção e lento desenvolvimento, hoje consiste no tumor mais frequente na população feminina, perdendo apenas para o câncer de mama e o colorretal, sendo responsável pela quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (SOARES, et.al., 2019).

De acordo com Soares e colaboradores (2019) no Brasil, cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero são diagnosticados em fase avançada, sendo mais incidentes nas mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase reprodutiva de sua vida.

Tendo em vista sua importância como problema de saúde pública e a sua relevância social, justificam-se os investimentos na organização e acesso aos diversos serviços de saúde que disponibilizam a detecção precoce por meio do rastreamento e tratamento das lesões precursoras, principalmente para aquelas mulheres que apresentam maior vulnerabilidade. Além desses aspectos, é preciso levar em consideração que a experiência de mulheres que são acometidas por essa doença apresentam grandes impactos em suas vidas, como as rupturas biográficas que resultam em sofrimento e interrupção das suas atividades cotidianas, cujas repercussões não são somente econômicas, mas também biológicas e sociais (GALVÃO, et.al; 2019; SOARES, et.al., 2019).

Devido às características de adoecimento, o cuidado oncológico demanda a produção de um cuidado integral, que inclui a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, terapêutica e cuidados paliativos de forma oportuna e que permita a continuidade do cuidado. Para que seja possível qualificá-lo é essencial conhecer as histórias de vida das pessoas que são acometidas pela doença e identificar a construção dos caminhos que são percorridos em busca do cuidado (RODRIGUES, 2019).

Sob este olhar, o câncer do colo do útero enquanto uma doença crônica que se encontra atrelada a vários fatores de risco, sinais, sintomas e necessidades que inspiram cuidados específicos, necessita a utilização de uma abordagem multidimensional que seja capaz de retratar as suas dimensões simbólicas. Estas dimensões são resultado do conhecimento,

significado e da experiência vivenciada pelo adoecimento na vida das mulheres que possuem câncer do colo do útero, sobretudo, é importante compreender como tais significações e experiências conduzem o acionamento do sistema de cuidado e as terapêuticas disponíveis, capazes de dar conta da condição de enfermidade que ora apresentam (SOARES, et.al., 2019).

A partir do surgimento dos sinais e sintomas iniciais do adoecimento até a confirmação diagnóstica, existe um caminho percorrido pela pessoa em busca de atendimento, inclusive pelos profissionais de saúde. Contudo, esse processo articulado e singular das escolhas, ações e reavaliações dos percursos terapêuticos nem sempre é linear, por vezes divergindo do fluxo que os serviços traçam em sua linha de cuidado, independentemente de existirem protocolos e fluxogramas bem estabelecidos pela rede assistencial. Portanto, em relação ao caminho trilhado, os indivíduos desenham sua trajetória singular, por meio de escolhas emolduradas pelas suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais (DEBUS, et.al; 2018; SOARES, et.al., 2019; LIMA, TOSO, 2019).

No Brasil, as investigações sobre os sistemas de saúde e as decisões que os indivíduos tomam em relação ao caminho trilhado quando adoecem ainda são incipientes. Atualmente, os estudos na área da oncologia têm focado principalmente nos processos biomédicos referentes ao diagnóstico e tratamento, no conhecimento das reações adaptativas ao diagnóstico e tratamentos, tendo menor investimento na fase pós tratamento ou sobrevida, tendo poucos estudos que aprofundam o acesso e a utilização dos serviços, considerando o contexto do usuário. Sendo assim, os caminhos percorridos na busca de soluções para os problemas de saúde, em geral, são pouco conhecidos, não sendo um tema prioritário na área da saúde e, ainda, pouco presente nas preocupações dos pesquisadores, gestores e formuladores de políticas (BRUSTOLIN, FERRETTI, 2017; LUZ, et.al; 2018).

Assim, a partir do surgimento dos primeiros sinais e sintomas de adoecimento até a confirmação diagnóstica precoce ou tardia da doença, existe uma trajetória a ser percorrida pelo indivíduo e sua família (LIMA, et.al; 2018). O conceito de itinerário terapêutico adotado é dividido em subsistema familiar, profissional e popular. No primeiro, a doença é inicialmente identificada e a partir daí acontecem os primeiros atos e decisões em busca de tratamento. O segundo inclui a biomedicina, propostas de cura legalizadas e organizadas, com sistematização nos registros, ou seja, as ofertas dos sistemas de saúde. Por fim, o subsistema popular, que não apresenta legalidade ou organização formal e sistematizada, com oferta de especialistas de cura informais e amplo reconhecimento pela sociedade (LIMA, TOSO, 2019).

O percurso percorrido pelo indivíduo associado às práticas individuais e socioculturais, na busca da solução de uma aflição/ enfermidade, desde o diagnóstico até o tratamento para a

doença, é denominado como itinerário terapêutico, o qual abrange caminhos, fluxos e trajetórias que são seguidas por indivíduos ou grupos (SOARES, et.al., 2019; DEBUS, et.al; 2018; LIMA, et.al; 2018; SILVA, et.al., 2021).

De acordo com Brustolin e Ferretti (2017), o itinerário terapêutico é o percurso realizado pelos pacientes na busca pelo tratamento, no qual os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) à determinadas formas de assistência.

Para Lopes (2021), o itinerário terapêutico é considerado como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde, constituindo-se de olhares avaliativos privilegiados sobre as práticas em saúde, o modo de organizá-la e seus efeitos nas vidas de usuários do SUS e de suas famílias permitindo, portanto, a análise sobre as dimensões de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e as formas encontradas pelas famílias ao buscarem apoio ou ajuda para si mesmas.

Rodrigues (2019) diz que o itinerário terapêutico pode ser compreendido como movimentos desencadeados pelas pessoas a partir de uma sucessão de acontecimentos e tomadas de decisões que visam a preservação ou recuperação da saúde, iniciando-se na primeira consulta e perpassando por toda a linha de cuidado.

Tais trajetórias podem ser percorridas em diferentes subsistemas de cuidado em saúde, tanto institucionalizados quanto informais, partem de experiências e modos de significar e produzir cuidados, sendo estes influenciados por contextos subjetivos, sócio culturais e pela oferta de serviços de saúde, portanto, conhecer o itinerário terapêutico, constitui-se como uma importante ferramenta para o aprimoramento dos serviços de saúde e a tentativa de solucionar os problemas de saúde (SOARES, et.al., 2019; LUZ, et.al; 2018; ROMAN, CAMPOS, BUENO, 2018).

Trata-se, ainda, de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou sobrepõem-se para lidar com a enfermidade, sendo que a ideia de itinerário terapêutico remete à uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade, sendo o resultado de um determinado curso de ações, conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da doença (DEBUS, et.al; 2018).

O estudo de Debus e colaboradores (2018), traz que em relação ao itinerário de indivíduos com câncer, esta evidência que os mesmos têm percorrido diversos serviços de saúde na tentativa de solucionar seus problemas, o que, por vezes, posterga o diagnóstico e o tratamento e aponta também as fragilidades nas redes de atenção à saúde, bem como no modelo de acesso e de itinerários terapêuticos nos serviços de oncologia. Discute, ainda, que estes atrasos podem estar relacionados tanto com a capacidade do profissional de saúde em detectar

precocemente a doença, quanto com o tempo que o paciente leva para perceber seu adoecimento e procurar auxílio profissional.

Para uma melhor compreensão desses itinerários, faz-se importante aproximação com os Modelos Explicativos e os subsistemas que compõem o Sistema de Cuidado à Saúde. Os Modelos Explicativos são as concepções sobre a doença e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados no processo clínico e que vão definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no processo de cuidado. Sistemas de Atenção à Saúde são constituídos por três setores (subsistemas) que caracterizam práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, o popular e o familiar (LIMA, et.al; 2018).

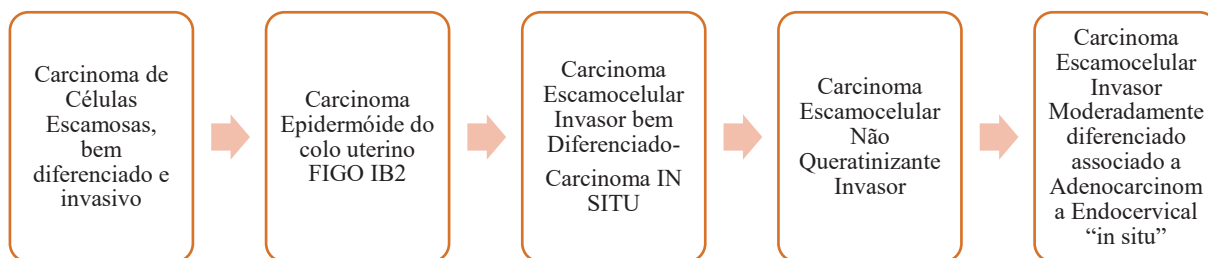
Estudos dos itinerários são ferramentas que visam o entendimento dos dispositivos de cuidado que são utilizados pelo usuário e sua família diante do processo de adoecimento. Investigações que abordam a oferta de serviços e a continuidade do cuidado, têm apontado como os indivíduos elegem os pontos de conexão e fazem escolhas durante o percurso por cuidado e como podem mudar completamente o desfecho do seu tratamento pois, todo o sistema de saúde é operado por profissionais, usuários e gestores que estabelecem contato e se comunicam construindo itinerários distintos. A identificação de como as pessoas adoecidas buscam auxílio para satisfazer suas necessidades é fundamental para estudos que falam sobre planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde, e uma das formas de conhecer esse itinerário é recorrer à sua narrativa, por retratar a experiência da busca por cuidados de saúde (RODRIGUES, 2019).

Sendo assim, conhecer a construção de itinerários terapêuticos auxilia os profissionais de enfermagem no planejamento das ações de cuidado e permite analisar as práticas de saúde e doença. A inclusão desses fatores na assistência à saúde concede a compreensão do comportamento individual e coletivo em relação à procura dos serviços de saúde, tendo em vista que as escolhas são influenciadas pelos contextos sociais e culturais em que as pessoas estão inseridas (DEBUS, et.al; 2018).

3.5 TIPOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

De acordo com a pesquisa realizada, demonstra-se abaixo os principais tipos de câncer do colo do útero referidos pelas participantes:

FIGURA 1- PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO REFERIDO PELAS PARTICIPANTES



Fonte: a autora, 2022.

Apesar de ser uma doença evitável, o câncer do colo do útero ainda apresenta altas taxas de incidência e mortalidade em mulheres, principalmente nos países em desenvolvimento. A doença é precedida por lesões pré-malignas que, se detectadas e tratadas oportunamente, não evoluem para câncer (DIAS, et.al.,2022).

Estudos sobre a história natural da doença estimam que o intervalo de tempo da progressão de alterações celulares pela infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) e a neoplasia maligna está em torno de 10 a 15 anos (DIAS, et.al.,2022).

A mortalidade por câncer está associada à maior quantidade de antecedentes monótonos em países de baixa e média renda, enquanto a mortalidade por câncer está associada à menor quantidade de antecedentes monótonos em países de alta renda. Acredita-se que o câncer do colo do útero seja causado pela proliferação desordenada de células no colo do útero que são capazes de invadir outros órgãos humanos. Espera-se que o carcinoma de células escamosas do colo do útero (CSC) seja o quarto câncer mais frequente no mundo e a principal causa de morte em mulheres até o ano de 2050. Quando comparados aos países de alta renda, os países de baixa e média renda têm o maior antecedente consistente de mortalidade por câncer (RAMESH, et.al.,2022).

No Brasil, o INCA recomenda o rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões pré-neoplásicas por meio da realização de exame citopatológico em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade e que já iniciaram a vida sexual, devendo ser realizado a cada três anos após dois exames anuais consecutivos sem alterações. A OMS recomenda uma cobertura de, pelo menos, 70% da população-alvo para que haja redução na morbimortalidade do câncer do colo do útero. A introdução do mesmo reduziu significativamente a incidência de casos avançados e sua mortalidade, no entanto, ainda é comum seu diagnóstico em estádios avançados. Estudos demonstram que a taxa de sobrevivência de cinco anos para pacientes com

doença inicial (estádios 0-IIA) permanece em torno de 80% e para as pacientes com doença mais avançada (estádios IIIB-IVA) é somente de 20% a 42% (KFOURI, et.al., 2019; TOLENTINO, BRANDÃO, GARCIA, 2021).

O resultado citológico pode ser descrito como: dentro dos limites da normalidade; alterações celulares benignas; células escamosas atípicas de significado indeterminado; células glandulares atípicas de significado indeterminado; células atípicas de origem indefinida; lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL); lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma escamoso invasor; adenocarcinoma in situ e invasor, sendo que as lesões de alto grau têm a maior capacidade de evoluir para um carcinoma escamoso invasor do colo do útero (TOLENTINO, BRANDÃO, GARCIA, 2021).

O carcinoma de células escamosas cervical (CSCC) é o tipo histológico mais comum de carcinoma cervical e a quarta neoplasia mais prevalente em mulheres em todo o mundo e substituir o câncer de mama como a principal causa de morte em mulheres nos próximos anos, de acordo com a OMS. Os países em desenvolvimento são responsáveis por 86% de todos os casos de câncer do colo do útero globalmente em mulheres de 15 a 44 anos (RAMESH, et.al.,2022; HEE, et.al., 2022).

A maioria (70%) dos casos de câncer cervical são carcinomas de células escamosas e os adenocarcinomas constituem a maior parte dos casos restantes. Em países de renda mais alta, com programas de rastreamento, houve uma relativa queda no número de tumores escamosos e um aumento relativo na incidência de adenocarcinomas. No Reino Unido, 30% dos tumores são adenocarcinomas, e a probabilidade de sua detecção na triagem cervical é menor. Os precursores do adenocarcinoma, conhecidos como neoplasia intraepitelial glandular cervical (CGIN), também podem ser detectados na colposcopia, embora as lesões se encontrem dentro do canal endocervical e possam ser difíceis de visualizar. Frequentemente, a CGIN é encontrada, por acaso, em biopsias de excisão com alça realizadas para CIN de alto grau; não é incomum que os dois precursores coexistam (BICKERSTAFF, KENNY, 2019).

Os tumores do colo do útero são infiltrados localmente na área pélvica, mas também se disseminam por via linfática e, nos estágios finais, por via hemática, podendo crescer pelo colo uterino e alcançar os paramétrios (que se encontram lateralmente ao colo do útero), bexiga, vagina e reto. As metástases podem ocorrer nos linfonodos pélvicos (BICKERSTAFF, KENNY, 2019).

As células na zona de transformação não se transformam repentinamente em câncer. Em vez disso, as células normais do colo do útero desenvolvem gradualmente alterações

anormais que são chamadas de pré-cancerosas. Vários termos são usados para descrever essas alterações pré-cancerosas, incluindo neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesão intraepitelial escamosa (SIL) e displasia. Quando os pré-câncer são verificados, eles são classificados em uma escala de 1 a 3 com base em quanto do tecido cervical parece anormal (ACS, 2020).

No NIC1 (também chamado de displasia leve ou SIL de baixo grau), não muito do tecido parece anormal e é considerado o pré-câncer cervical menos grave. Na NIC2 ou NIC3 (também chamada de displasia moderada/grave ou SIL de alto grau), mais tecido parece anormal; SIL de alto grau é o pré-câncer mais grave (ACS, 2020).

Embora os cânceres cervicais comecem a partir de células com alterações pré-cancerosas (pré-câncer), apenas algumas das mulheres com pré-câncer do colo do útero desenvolverão câncer. Para a maioria das mulheres, as células pré-cancerosas desaparecem sem qualquer tratamento. Mas, em algumas mulheres, os pré-câncer se transformam em cânceres verdadeiros (invasivos). O tratamento de lesões precursoras do colo do útero pode prevenir quase todos os cânceres do colo do útero (ACS, 2020).

Dentre os tumores malignos, os carcinomas são de origem epitelial subdividindo-se em carcinomas escamosos, quando as células tumorais que o compõem derivam do epitélio estratificado escamoso e constituem-se também em adenocarcinomas, quando essas células tumorais derivam do epitélio glandular. Histologicamente, as células que compõem o tecido atingido exibem atipia, caracterizada pelo aumento nuclear, hipercromasia, distribuição grosseira da cromatina, além de variações no tamanho e forma destes núcleos (OLIVEIRA, et.al.,2019).

A seguir são caracterizados os tipos de câncer do colo do útero.

3.5.1 Carcinoma de células escamosas

O carcinoma do colo uterino é causado pela infecção persistente de alguns grupos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV) e representa um dos tumores mais frequentes na população feminina e uma das principais causas de morte em mulheres por câncer no Brasil. A infecção pelo HPV é a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum em todo o mundo e grande parte das pessoas sexualmente ativas terá contato com o vírus em algum momento da vida. (PERGO, et.al.,2022).

A nomenclatura para tumores malignos específicos é baseada na sua aparência ou célula presumida de origem, tumores epiteliais malignos assemelhando-se a epitélio escamoso estratificado são denominados CCE. Apresenta-se em duas formas distintas, a primeira forma

está relacionada às cepas de HPV de alto risco (16 a 18), a segunda forma ocorre em mulheres mais velhas, precedidas por anos de alterações citológicas típicas de neoplasia intraepitelial, o HPV tem tropismo para as células escamosas imaturas da zona de transformação, sendo assim o agente causador da neoplasia cervical (LIMA, et.al., 2021).

Deve ser considerado o processo de metaplasia escamosa, uma alteração tecidual, de caráter adaptativo e reversível em que ocorre substituição de células maduras por outra variedade ou tipo celular e tecidual, suggestionando a observação de alterações neoplásicas. Células sensíveis ao ambiente adverso são submetidas por células capazes de sobreviver ao estresse, sendo assim o epitélio da endocérvice (colunar) transforma-se no epitélio da ectocérvice (escamoso) avançando partir da Junção Escamo-Colunar (JEC) em direção ao óstio externo do colo, formando uma nova JEC. A carcinogênese começa com a alteração pré-cancerosa denominada neoplasia intraepitelial cervical (NIC), sendo NIC I, neoplasia de baixo grau, NIC II, neoplasia moderada, NIC III, neoplasia de alto grau. Microscopicamente encontram-se distúrbios da proliferação e maturação celulares de intensidade variada, aumento da relação núcleo/citoplasma e atipias nucleares são achados mais frequentes e importantes, podendo ser encontradas lesões em vários estágios evolutivos (LIMA, et.al., 2021).

As variantes histológicas do carcinoma de células escamosas são as de células grandes queratinizadas, células grandes não queratinizadas e células pequenas. Os tumores de células grandes queratinizados são constituídos de células tumorais que formam ninhos infiltrativos irregulares com pérolas de queratina laminada no centro. Os carcinomas de células grandes não queratinizados apresentam queratinização de células individuais, mas não formam pérolas de queratina (BICKERSTAFF, KENNY, 2019).

A categoria de carcinoma de pequenas células inclui o carcinoma de células escamosas pouco diferenciado e o carcinoma anaplásico de pequenas células. Se possível, esses dois tumores devem ser diferenciados; as células do primeiro têm núcleos pequenos e médios e citoplasma mais abundante que as do segundo. A designação carcinoma anaplásico de pequenas células deve ser reservada para lesões semelhantes ao carcinoma de pequenas células do pulmão. O carcinoma anaplásico de pequenas células, infiltra-se difusamente e é constituído de células tumorais com citoplasma escasso, núcleos pequenos redondos ou ovais, cromatina granular grosseira e elevada atividade mitótica; os nucléolos estão ausentes ou são pequenos. A imuno-histoquímica ou microscopia eletrônica diferencia os tumores neuroendócrinos de pequenas células (BICKERSTAFF, KENNY, 2019).

As pacientes com carcinoma de células grandes, com ou sem queratinização, têm melhor prognóstico que aquelas com a variante de pequenas células. Os carcinomas anaplásicos

de pequenas células têm comportamento mais agressivo que os carcinomas escamosos mal diferenciados que contêm pequenas células. A infiltração do paramétrio e as metástases para linfonodos pélvicos afetam o prognóstico (BICKERSTAFF, KENNY, 2019).

Outras variantes menos comuns de carcinoma escamoso são as verrucosas e as papilares (de transição). Os carcinomas verrucosos podem assemelhar-se ao condiloma acuminado gigante, causam invasão local e raramente há metástase; os carcinomas papilares assemelham-se histologicamente às células de transição da bexiga e podem apresentar invasão de células escamosas mais típicas na base da lesão. Os carcinomas papilares comportam-se, e são tratados, de modo semelhante aos cânceres de células escamosas tradicionais, exceto pela observação de recorrências tardias (BICKERSTAFF, KENNY, 2019).

No estudo de Sardinha e colaboradores (2019), em relação ao tipo histopatológico, o mesmo estudo demonstra que mulheres com neoplasia intraepitelial cervical grau 3 - NIC 3, tem 6 vezes menor chance de estar associado ao estágio tardio, esse dado é justificável, pois o câncer cervical, habitualmente, inicia-se como lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL), uma condição pré-invasiva limitada ao epitélio cervical, e é menos provável progressão para carcinoma invasivo, diferentemente das lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL). Estas, são predominantemente causadas por tipos de HPV oncogênicos, tendo comportamento de lesão precursora do carcinoma invasivo, sendo que este dado reforça a necessidade de real prática de controle de qualidade nos programas de rastreamento para o câncer cervical, uma vez que a curabilidade nessa fase da doença pode chegar a 100%, muitas vezes sendo resolvido ainda em nível ambulatorial, já que as neoplasias invasivas do colo uterino de células escamosas são precedidas por uma longa fase de neoplasia intraepitelial cervical.

Neste estudo, esse dado é percebido pela alta prevalência do carcinoma de células escamosas (CEC), corroborando com achados da literatura, que mostra que estes são responsáveis por, aproximadamente, 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto que, os adenocarcinomas representam de 15% a 35% dos casos. A demora no diagnóstico leva a tratamentos mais agressivos e menos eficazes, além de elevar os custos de internação e a mortalidade, e a sobrevida é um pouco maior nas mulheres com diagnóstico de CEC (SARDINHA, et.al.,2021).

3.5.2 Adenocarcinoma

Os adenocarcinomas endocervicais caracterizam-se por proliferação do epitélio glandular, composto por células endocervicais contendo núcleos atípicos, alongados,

despolarizados, sobrepostos e hipercromáticos, fugindo do arranjo que o caracteriza como derivação glandular, à medida que se torna menos diferenciado. Menos comumente, os cânceres cervicais têm características de carcinomas de células escamosas e adenocarcinomas, estes são chamados de carcinomas adenoescamosos ou carcinomas mistos (OLIVEIRA, et.al.,2019; ACS, 2020).

Com relação à etiopatogenia, o adenocarcinoma advém da infecção pelo Papilomavírus Humano I (HPV), um agente sexualmente transmissível, vírus de DNA. Dentre os quais, os subtipos 16, 18 e 45 são os mais frequentes de estarem envolvidos neste processo neoplásico. Entre os fatores de risco para a infecção e carcinogênese viral estão a multiplicidade de parceiros sexuais, o início precoce da atividade sexual, a alta paridade, a infecção persistente por HPV de alto risco oncogênico, o uso de contraceptivos orais com progestágenos, por mais de 10 anos, fumo (nicotina) e imunossupressão (OLIVEIRA, et.al.,2019).

Quanto à epidemiologia dos adenocarcinomas, predominaram entre a terceira e quarta década de vida. A infecção pelo HPV se dá por meio da entrada do vírus, através de microfissuras no epitélio, atingindo, no caso específico do adenocarcinoma, as células com alto poder de divisão celular denominadas células de reserva. Apresentam-se acima da camada basal do epitélio glandular endocervical e são consideradas células bipotentes pela sua capacidade em diferenciar-se em células escamosas, bem como células glandulares. A reconhecida lesão pré-invasiva do adenocarcinoma é o adenocarcinoma in situ. Diferente dos carcinomas escamosos os adenocarcinomas ocorrem em uma frequência menor. Contudo, sua incidência tem aumentado, correspondendo hoje a cerca de 25% dos cânceres do colo uterino. Por atingir células bipotentes, a simultaneidade de ocorrência entre adenocarcinoma e carcinomas escamosos ocorre numa média de 50% dos casos e o pico de incidência se dá entre 50 e 60 anos (OLIVEIRA, et.al.,2019).

É cada vez maior o número de adenocarcinomas cervicais descritos em mulheres com idade de 20 a 39 anos; embora esse número total seja relativamente estável, a frequência dessa doença tem aumentado em mulheres jovens, sobretudo à medida que diminui o número de casos de carcinoma de células escamosas invasor. Relatos antigos indicavam que 5% dos cânceres cervicais eram adenocarcinomas, enquanto novos relatos mostram uma proporção de até 18,5 a 27%. Grande parte desse aumento proporcional está relacionada com a diminuição da incidência de carcinoma escamoso em consequência dos programas de rastreamento (que têm menor acurácia na identificação do adenocarcinoma pré-invasor), da maior exposição a contraceptivos orais e da maior exposição ao HPV (BEREK, 2014).

Acredita-se que o adenocarcinoma *in situ* (AIS) seja o precursor do adenocarcinoma invasor, e a coexistência dos dois não causa surpresa. Além do AIS, a neoplasia escamosa, intraepitelial ou invasora, ocorre em 30 a 50% dos adenocarcinomas cervicais. É possível observar lesão intraepitelial escamosa na ectocérvice por colposcopia, e o adenocarcinoma coexistente costuma estar situado em posição mais alta no canal cervical (BEREK, 2014).

O Adenocarcinoma *In Situ* o (AIS) é a principal lesão precursora do adenocarcinoma cervical que se trata de uma condição pré-maligna, na qual há substituição do epitélio endocervical e da superfície das glândulas por um epitélio atípico. Além do AIS, a neoplasia escamosa, intraepitelial ou invasora, ocorre em 30 a 50% dos adenocarcinomas cervicais, sendo possível observar lesão intraepitelial escamosa na ectocérvice por colposcopia, e o adenocarcinoma coexistente costuma estar situado em posição mais alta no canal cervical e o intervalo entre a detecção clínica do AIS e formas invasivas iniciais é em torno de cinco anos, aspecto esse que favorece as medidas de triagem e possível tratamento (BEREK, 2014; GALVÃO, 2019).

Em contraste com as formas escamosas, o AIS é pouco frequente, 10% dos adenocarcinomas endocervicais, possivelmente por dificuldades no diagnóstico citológico é diagnosticado em média aos 36,9 anos de idade, o que significa mulheres 10 a 20 anos mais jovens do que aquelas diagnosticadas com formas invasivas. Do ponto de vista anatômico, o AIS é frequentemente observado adjacente ao invasor; em 10% a 15% das vezes se apresenta com lesões multifocais (lesões saltadas) com focos de AIS separados por 2 mm de mucosa normal, que se iniciam na zona de transformação, podendo se estender a porções altas do canal (2,5 cm) e com envolvimento profundo das criptas endocervicais; em 50% das vezes as lesões se estendem a múltiplos quadrantes e estão associadas às formas intraepiteliais escamosas. (GALVÃO, 2019).

Ainda no grupo das lesões precursoras do adenocarcinoma invasivo, é importante considerar que o AIS é a única lesão com potencial de progressão para formas invasivas e que outras entidades (atipia glandular, displasia glandular, hiperplasia glandular atípica, displasia glandular endocervical) de terminologia confusa, possivelmente lesões menores que o AIS, podem ser, na realidade, interpretadas como AIS, tendo em vista que nem sempre todos critérios morfológicos estão presentes (GALVÃO, 2019).

As manifestações clínicas das formas invasivas do adenocarcinoma se apresentam de forma bem semelhante às escamosas, inicialmente com sinusorragia por invasão do estroma, que provoca ulceração da mucosa e exposição de vasos, com consequente sangramento, sendo que com a progressão da doença, o sangramento se torna frequente e abundante, podendo chegar

a quadros hemorrágicos graves. Outros sintomas (secreção genital com cheiro anormal, dispareunia, prurido) são decorrentes de possível necrose tecidual, que cria condições de anaerobiose, com suas respectivas consequências, e, por fim, de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas infecções por HPV, que chamam para si boa parte dessa sintomatologia. Ao contrário das formas invasivas, o AIS é quase sempre assintomático e, muitas vezes, não identificado em um exame especular sumário (GALVÃO, 2019).

As pacientes com AIS tratadas por conização devem ser submetidas a acompanhamento clínico cuidadoso. A curetagem endocervical, muitas vezes usada no monitoramento, pode não detectar doença residual ou invasora, e as taxas de resultados falso-negativos chegaram a 50%. Além disso, podem ocorrer lesões descontínuas não ressecadas por ocasião da conização. Por esses motivos, a histerectomia deve ser o tratamento mais indicado em pacientes que não desejam mais ter filhos. Como o AIS cervical tende a afetar mulheres em idade fértil, é necessária uma discussão completa a respeito dos riscos e benefícios, e o tratamento deve ser personalizado (BEREK, 2014).

O tratamento do adenocarcinoma do colo é igual ao do carcinoma de células escamosas. Acreditava-se que o adenocarcinoma tivesse prognóstico e desfecho piores que o carcinoma de células escamosas; um estudo de 203 mulheres com adenocarcinoma e 756 mulheres com carcinoma escamoso respaldava essa afirmação e mostrou taxas de sobrevida em 5 anos de 90 versus 60% no estágio I, 62 versus 47% no estágio II e 36 versus 8% no estágio III. Embora alguns tenham atribuído essas taxas à uma resistência relativa à radiação, é mais provável que elas sejam um reflexo da tendência de crescimento endofítico dos adenocarcinomas e da detecção apenas quando o tumor alcança um grande volume. Quando ajustadas para o tamanho do tumor, parece não haver diferença de prognóstico entre os dois tipos histológicos. A biopsia cervical pode detectar o adenocarcinoma, porém é menos confiável que na detecção de carcinomas escamosos (BEREK, 2014).

Há vários estudos acerca das características clínicas dos adenocarcinomas em estágio I, nos quais foi possível identificar o tamanho e o grau do tumor, a profundidade da invasão e a idade da paciente como preditores importantes de metástase para linfonodos e sobrevida. Em comparação com os carcinomas escamosos a respeito do tamanho da lesão, idade e profundidade de invasão, a incidência de metástases para linfonodos e a taxa de sobrevida parecem ser iguais. As pacientes com adenocarcinomas em estágio I podem ser selecionadas para tratamento de acordo com os mesmos critérios que as pacientes com câncer escamoso (BEREK, 2014).

O adenocarcinoma invasor pode ser puro ou misto com carcinoma de células escamosas. Na categoria de adenocarcinoma puro, os tumores são muito heterogêneos, com uma ampla variedade de tipos celulares, padrões de crescimento e diferenciação. Cerca de 80% dos adenocarcinomas cervicais são constituídos predominantemente de células do tipo endocervical, com produção de mucina. Os demais tumores são povoados por células endometrioides, células claras, células intestinais ou uma mistura de mais de um tipo celular. Apenas pelo exame histológico, não é possível distinguir alguns desses tumores daqueles originados em outra parte do endométrio ou do ovário. Em cada tipo celular, os padrões de crescimento e as anormalidades nucleares variam de acordo com o grau de diferenciação. Nos tumores bem diferenciados, células cilíndricas altas revestem as glândulas ramificadas bem formadas e as estruturas papilares, enquanto células pleomórficas tendem a formar ninhos irregulares e lâminas sólidas em neoplasias mal diferenciadas. Nestas últimas, pode ser necessária a coloração com mucicarmina e pelo ácido periódico de Schiff para confirmar a diferenciação glandular (BEREK, 2014).

Existem diversas variantes especiais de adenocarcinoma. O adenocarcinoma com desvio maligno mínimo (adenoma maligno) é um tipo muito bem diferenciado de adenocarcinoma, no qual o padrão glandular ramificado é bastante semelhante ao das glândulas endocervicais normais. As células de revestimento têm citoplasma mucinoso abundante e núcleos uniformes; por esse motivo, o tumor pode não ser reconhecido como maligno em pequenas peças de biópsia, o que causa atraso considerável no diagnóstico. Pode ser necessária uma coloração imuno-histoquímica especial para realizar o diagnóstico. Estudos anteriores descreveram um desfecho sombrio nas mulheres com esse tumor; no entanto, os mais recentes observaram um prognóstico favorável quando há detecção precoce da doença. Embora raros, foram descritos tumores semelhantes associados às células endometrioides, claras e mesonéfricas (BEREK, 2014).

Há vários estudos acerca das características clínicas dos adenocarcinomas em estágio I,30,37-39, nos quais foi possível identificar o tamanho e o grau do tumor, a profundidade da invasão e a idade da paciente como preditores importantes de metástase para linfonodos e sobrevida. Em comparação com os carcinomas escamosos a respeito do tamanho da lesão, idade e profundidade de invasão, a incidência de metástases para linfonodos e a taxa de sobrevida parecem ser iguais. As pacientes com adenocarcinomas em estágio I podem ser selecionadas para tratamento de acordo com os mesmos critérios que as pacientes com câncer escamoso (BEREK, 2014).

De acordo com Galvão (2019), a classificação dos tipos histológicos do adenocarcinoma do colo do útero é descrita abaixo:

1. Adenocarcinoma endocervical tipo usual – Corresponde a 80% dos adenocarcinomas do colo; quando bem diferenciado, apresenta melhor prognóstico;
2. Variante viloglandular – É diagnosticado na menacme (33 a 37 anos), com incidência de 2% a 5% dos adenocarcinomas da cérvix, e apresenta-se como lesão polipoide (vegetante), que faz diagnóstico diferencial com pólipos endocervicais; o viloglandular é mais comum em jovens e, geralmente, com bom prognóstico;
3. Adenocarcinoma mucinoso – Neoplasia rica em mucina; diagnóstico diferencial com adenocarcinomas mucinosos metastáticos de pâncreas e intestino;
4. Variante: adenoma maligno ou adenocarcinoma de desvio mínimo – Parece não ter relação com o HPV; trata-se de neoplasia bem diferenciada; no diagnóstico diferencial, vários tipos de proliferação endocervical benigna, entre elas o aglomerado de túneis, ou tunnel clusters, cistos de Naboth profundos, hiperplasia lobular, hiperplasia difusa laminar de glândulas endocervicais e endocervicose;
5. Adenocarcinoma mucinoso do tipo intestinal – Tumor raro; diagnóstico diferencial com hiperplasia microglandular do endocérvix, que é patologia benigna, e adenocarcinoma metastático do trato gastrointestinal;
6. Adenocarcinoma endometriode – Corresponde a 10% dos adenocarcinomas do colo, e esse diagnóstico só deve ser feito quando se exclui neoplasia do corpo uterino que invade o colo, aspecto que requer, às vezes, características colposcópicas, histeroscópicas e imunoistoquímicas;
7. Adenocarcinoma seroso – Por ser muito raro, faz-se necessário excluir a disseminação de carcinoma de endométrio, ovário e trompa ao colo;
8. Adenocarcinoma de células claras – Ocorre em todas as idades, principalmente na pós-menopausa, e nem sempre é associado à exposição intrauterina ao dietilestilbestrol; diagnóstico diferencial com hiperplasia microglandular da endocérvix e fenômeno de Arias-Stella, que são alterações benignas, tumor de seio endodérmico e carcinoma escamoso de grandes células não queratinizante;
9. Adenocarcinoma mesonéfrico – Tumor raro, sempre associado à hiperplasia de restos mesonéfricos no colo uterino; diagnóstico diferencial com hiperplasia mesonéfrica, que é uma patologia benigna, adenocarcinoma endometriode e carcinosarcoma;
10. Carcinoma adenoescamoso – Tumor que contém tanto elementos glandulares quanto escamosos; corresponde a 1/3 dos carcinomas do colo que contém elementos

glandulares; diagnóstico diferencial com tumor de colisão, quando duas neoplasias separadas se encontram, carcinoma escamoso de grandes células e extensão para o colo de carcinoma de endométrio, quando a avaliação clínica, curetagem fracionada, presença de adenocarcinoma in situ (AIS) e imuno-histoquímica auxiliam no diagnóstico diferencial;

11. Variante: Carcinoma do tipo glassycell – Neoplasia agressiva, considerada uma variedade do carcinoma adenoescamoso pouco diferenciado;

12. Carcinoma adenoide basal – Há poucos casos descritos, geralmente na pós-menopausa; associado à neoplasia intraepitelial grau III (NIC III) ou à carcinoma escamoso microinvasivo; não associado a metástases;

13. Carcinoma adenoide cístico – Geralmente ocorre na pós-menopausa, é um tumor agressivo semelhante a tumor de mesmo nome em glândula salivar, apresenta-se como massa cervical e tem disseminação hematogênica;

14. Adenocarcinoma associado a tumor neuroendócrino – No colo, pode ocorrer em forma pura ou associado à adenocarcinoma.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão apresentados os métodos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa, incluindo aspectos éticos, tipo de estudo, caracterização dos locais onde o estudo foi realizado, participantes, coleta e análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, com o CAAE nº 5.153.955 e aprovado com o Parecer nº 5.703.737 (ANEXO 1). Respeitou-se a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos. O estudo foi autorizado pelo Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Município de Guarapuava/PR.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), apresenta informações claras sobre a pesquisa, de linguagem simples e aborda os riscos e benefícios, respeitando os direitos das participantes. Foi assegurada a leitura e explicação prévia para todas as participantes antes da assinatura. Uma cópia do TCLE assinado ficou de posse da participante e outra será mantida com a mestranda pesquisadora, em acatamento à Resolução.

Os dados coletados permanecerão armazenados por cinco anos em meio digital no *Google drive*, em *pen drive* e em cópia física em pasta de arquivo. Após o período, o material será descartado.

Para assegurar o anonimato e o sigilo das participantes, foi adotado o código identificador: UA (participante – Unidade de Análise); 01 a 9 (número em algarismos arábicos em ordem crescente das participantes); exemplo: UA01 a UA9. O código será registrado no item identificação, no instrumento de caracterização das participantes (Apêndice 2).

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, utilizando-se o método de estudos de casos múltiplos proposto por Yin (2016).

Segundo Yin (2016), a pesquisa qualitativa envolve primeiramente estudar o significado das vidas das pessoas nas condições em que realmente vivem. Abrange condições

contextuais, condições sociais, institucionais e ambientais, em que a vida das pessoas de desenrolam. Em muitos aspectos, essas condições contextuais podem influenciar os eventos humanos. A pesquisa é guiada por um desejo de explicar os acontecimentos por meio de conceitos existentes ou emergentes e, procura coletar, integrar e apresentar dados das diversas fontes de evidência como parte de qualquer estudo.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano. O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados. O relatório final escrito tem uma estrutura flexível. Aqueles que se envolvem nessa forma de investigação apoiam uma maneira de encarar a pesquisa que honra um estilo indutivo, um foco no significado individual e na importância da interpretação da complexidade de uma situação (CRESWELL, 2021).

De acordo com Yin (2015), o estudo de caso é uma investigação empírica que busca investigar um fenômeno contemporâneo o “caso” em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. Pode ser usado para entender um fenômeno do mundo real e assumir que esse entendimento engloba importantes condições contextuais pertinentes ao caso.

Portanto, algumas características metodológicas tornam-se relevantes na investigação do estudo de caso, em que existirão mais variáveis de interesse, do que pontos de dados, e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados convergindo de maneira triangular, para orientar a coleta e a análise de dados (Yin, 2015).

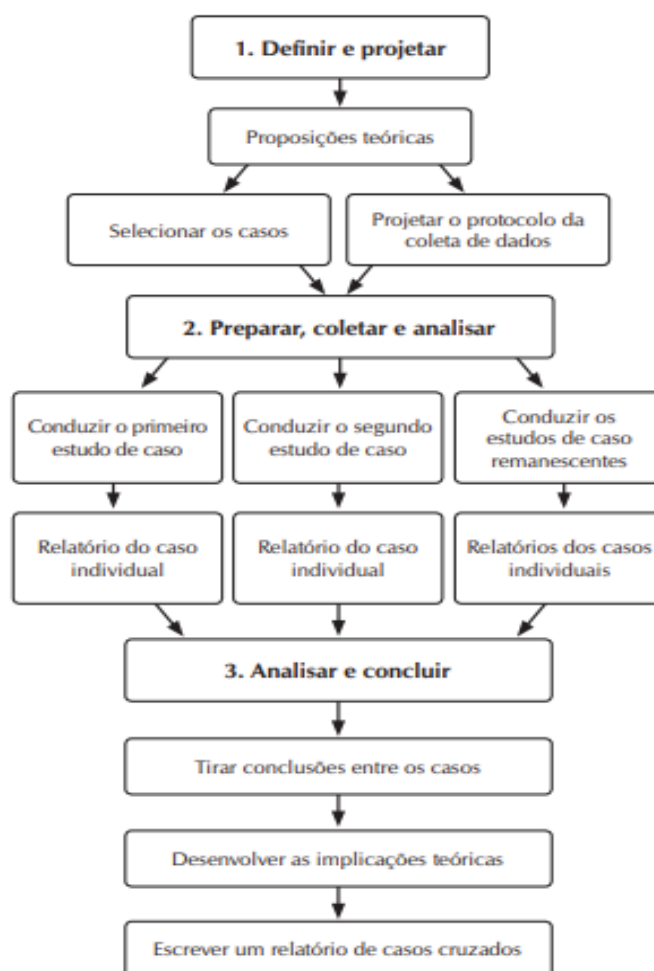
Existem ao menos quatro aplicações diferentes: a primeira, e mais importante, é explicar os presumidos vínculos causais nas intervenções da vida real que são demasiado complexos para as estratégias de levantamento ou experimentais; a segunda aplicação é descrever uma intervenção e o contexto da vida real no qual ela ocorreu; em terceiro lugar, os estudos de caso podem ilustrar determinados tópicos em uma avaliação, novamente em um modo descritivo. Em quarto lugar, a estratégia de estudo de caso pode ser usada para explorar as situações em que a intervenção sendo avaliada não possui um único e claro conjunto de resultados (Yin, 2015).

Podem ser classificados como estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos, sendo este segundo tipo aquele que envolve mais do que um único caso e tem como vantagem

proporcionar, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto e é indicado quando se tem mais de um caso único seguindo uma lógica de replicação, que pode ser literal ou teórica (Yin, 2015).

Optou-se por esse método, pois ele possibilitou conhecer a trajetória de cuidado percorrida pelas mulheres acometidas pelo câncer do colo do útero durante a pandemia de COVID-19, permitindo identificar a busca dos cuidados à saúde em seu real contexto, além da identificação de outros fatores que são fundamentais nesse processo de adoecimento, como a importância do apoio familiar, a espiritualidade e religiosidade. Na figura 2, o fluxograma das etapas do estudo de casos múltiplos do método proposto por Yin:

FIGURA 2 - ESQUEMA UTILIZADO PARA DEFINIÇÃO E PLANEJAMENTO DA PESQUISA



Fonte: Adaptado de Yin (2015)

As etapas propostas por Yin (2015) que nortearam a construção do estudo de casos múltiplos desta pesquisa consistem em:

1ª etapa: Definir e projetar: fase em que se desenvolve ou se define as proposições teóricas. Os casos são selecionados de acordo com o objetivo da pesquisa e os instrumentos para coleta dos dados são elaborados.

2ª etapa: Preparar, coletar e analisar: nesta fase é realizado o preparo para a coleta com instrumentos elaborados, a coleta dos dados, a transcrição e análise dos mesmos.

3ª etapa: Analisar e concluir: após a coleta dos dados, eles são analisados a fim de se obter uma forma de compreensão, explicação e interpretação do estudo, permitindo assim analisar as experiências, opiniões, comportamentos e contextos em que os indivíduos estão inseridos e chegar à conclusão final.

A seguir a descrição das etapas percorridas neste estudo.

4.3 ETAPA DE DEFINIÇÃO E PLANEJAMENTO

A descrição da situação problema e questão norteadora estão apresentadas nos capítulos da introdução e revisão de literatura.

4.4 ETAPA DE PREPARO, COLETA E ANÁLISE

4.4.1 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Guarapuava, localizado na região Sul do Brasil, centro-sul do Estado do Paraná, terceiro planalto. A população estimada é de 183.755 pessoas e faz parte da 5ª Regional de Saúde (IBGE, 2021).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Município de Guarapuava, é o órgão responsável por realizar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário, reconhecendo a saúde como direito fundamental do ser humano (PREFEITURA DE GUARAPUAVA).

O Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES), faz parte da SMS do município, sendo o setor responsável pelas ações e programas de educação continuada e permanente e, também, pela autorização das pesquisas realizadas nas instituições vinculadas à mesma (PREFEITURA DE GUARAPUAVA).

4.4.2 Seleção dos casos

Os componentes do estudo de casos múltiplos são as unidades de análise, que são definidas como o “caso” a ser estudado, podendo ser constituída de pessoas, eventos, entidades, programas, instituições, comunidades ou organizações (YIN, 2015).

As unidades de análise foram mulheres residentes no Município de Guarapuava/Paraná, com diagnóstico de câncer do colo do útero, registradas no Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava e, que possuísem também, o cadastro no prontuário eletrônico Fast Medic utilizado pelo município no momento do estudo. Após a seleção, o recrutamento foi realizado via contato telefônico ou via WhatsApp para realização do convite e explicação sobre a pesquisa. Após o aceite, foi realizado o agendamento do encontro, conforme disponibilidade de horário da participante e seu local de escolha, para a coleta de dados.

A definição das unidades de análise foi realizada após a busca das mulheres com câncer do colo do útero registradas no SISCOLO, a partir de dezembro de 2019 a dezembro de 2021. No período de registro havia 54 mulheres, destas, 31 apresentavam outro diagnóstico ou estavam com o nome duplicado na listagem, um registro do sexo masculino, 22 mulheres apresentavam o diagnóstico médico elegível para a pesquisa.

Das 22 mulheres registradas, de acordo com as buscas, houve 02 óbitos, 02 recusas de participação, 01 mudança de cidade, 08 sem contato telefônico registrado em prontuário eletrônico, contando com a seleção de 09 unidades de análise.

Para delimitar os casos, estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: estar registrada no SISCOLO; ter idade igual ou maior a 25 anos; ter diagnóstico de câncer do colo do útero em qualquer estágio, em qualquer modalidade de tratamento ou em remissão total da doença, no período de dezembro/2019 a dezembro/2021; ter conhecimento do diagnóstico de câncer, confirmado após consulta no prontuário eletrônico Fast Medic e no contato prévio via telefone; residir no Município de Guarapuava/PR (de acordo com o Código de Endereçamento Postal, CEP, da residência).

Os critérios de exclusão adotados foram: ter déficit auditivo que impossibilitasse a escuta e a comunicação oral (deficiência auditiva verificada mediante manifestação autorrelatada ou laudo médico e/ou fonoaudiólogo); ter déficit de compreensão e cognitivo que impossibilitasse a comunicação oral (verificado por meio da apresentação de documento

comprobatório do déficit, relato verbal da unidade de análise e aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), caso necessário no primeiro contato (ANEXO 2).

4.4.3 Fontes dos dados

O sistema de informação utilizado para a seleção das unidades de análise, constitui um dos componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). O seu propósito é oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle podendo, assim, promover a disseminação da informação. O SISCOLO é utilizado em todo o território nacional desde 1999 e por meio da Portaria SAS/MS nº 287/06, foi implantada a versão atualizada, de acordo com a Nomenclatura Brasileira de Laudos Citopatológicos. Desta forma, o SISCOLO é o sistema oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados referentes aos procedimentos de Citopatologia, Histopatologia e controle de qualidade do exame de Papanicolau (BRASIL, 2011).

O SISCOLO é um subsistema do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), utilizado para cadastrar os exames citopatológicos e histopatológicos do colo do útero, no âmbito do SUS. O mesmo permite: obter o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); registrar informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames positivos/alterados (módulo seguimento da paciente); selecionar amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames; coletar dados para construção de indicadores, sendo possível avaliar os serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero, planejar as ações de controle, organizar a rede de assistência para diagnóstico e tratamento, avaliar necessidade de capacitações e acompanhar mulheres com exames alterados (BRASIL, 2011).

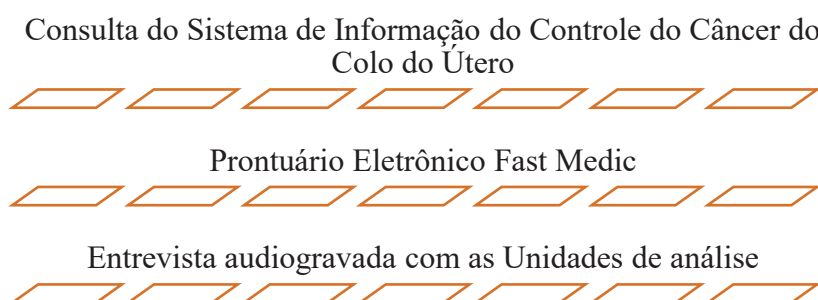
O segundo registro para a seleção das unidades de análise foi o prontuário eletrônico Fast Medic. É uma ferramenta utilizada para registro de dados dos usuários, que inclui o uso do prontuário único do paciente para toda a rede assistencial com visão multiprofissional. A Fast Medic desenvolveu uma ferramenta que garante um fluxo de processos otimizado e padronizado, oferece protocolos clínicos de apoio aos profissionais que propiciam melhor gerenciamento dos recursos disponíveis, das filas, da distribuição e aproveitamento das consultas, dos medicamentos e procedimentos que asseguram economia e efetiva gestão de recursos (Fast Medic – Gestão em Sistemas de Saúde).

Desta forma, o Prontuário Eletrônico permite estratificar automaticamente, planejar ações de cuidado e acompanhar a situação de saúde de pacientes crônicos (hipertensos,

diabéticos, oncológicos, entre outros), possibilita acompanhar todo o ciclo de vida do cidadão (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Admite acompanhamento específico da saúde da mulher, principalmente gestantes, acompanha a vacinação da população e o controle da cobertura vacinal, além de propiciar ao gestor o monitoramento sobre a utilização de sua rede assistencial, auxiliando no planejamento administrativo, controle dos recursos humanos e financeiro, controle epidemiológico da população, acompanhamento dos indicadores do Previne-Brasil, além da integração com diversos sistemas do Ministério da Saúde (e-SUS, SIA, SIH, SI-PNI, HORUS, CNES, CADSUS, RNDS, entre outros) (Fast Medic – Gestão em Sistemas de Saúde).

Para a realização dessa pesquisa, demonstra-se abaixo, na Figura 3, as fontes de dados que foram utilizadas:

FIGURA 3- FONTE DE DADOS



Fonte: A autora, 2022.

4.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados se deu no período de fevereiro de 2022 a julho de 2022, sendo realizada em duas etapas:

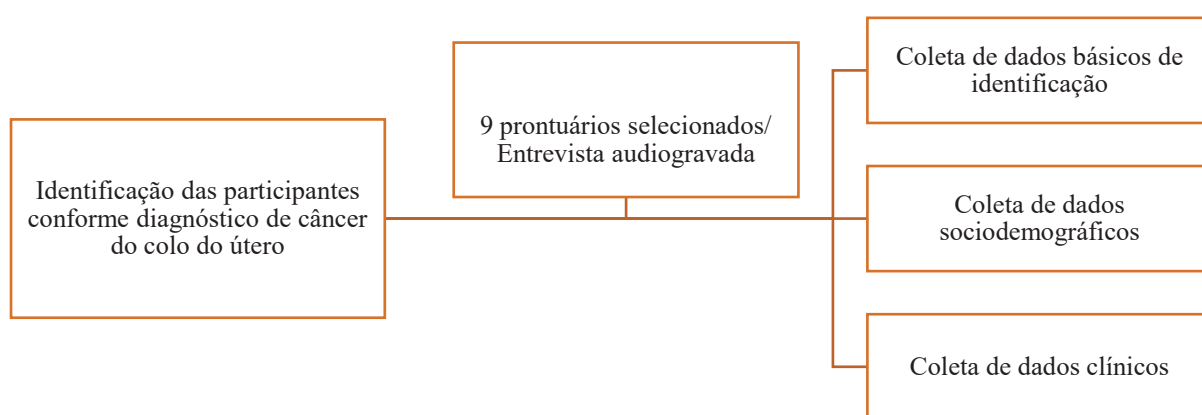
Na primeira, foi realizada a coleta de dados do SISCOLO e do prontuário eletrônico Fast Medic utilizado pelo Município, para o levantamento das informações de identificação pessoal e dados clínicos existentes no sistema, que posteriormente foi completado com a Unidade de análise no momento da entrevista.

Para a coleta de dados foram elaborados dois instrumentos pela mestrandia pesquisadora.

O instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica da unidade de análise (APÊNDICE 2) possui duas partes: a primeira, contém dados de identificação e dados

sociodemográficos, como: nome completo, sexo, idade, cor/raça, religião, profissão, estado civil, renda individual e familiar, escolaridade, entre outros. Na segunda parte, são levantados os dados clínicos, que incluem: estilo de vida, prática de atividade física, início da atividade sexual, número de parceiros, uso de contraceptivos, realização do exame citopatológico, dados sobre a gestação, presença de infecções sexualmente transmissíveis, doenças anteriores, início dos sintomas, diagnóstico clínico, tratamento e acompanhamento, contágio pelo COVID-19, entre outros dados.

FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DA PRIMEIRA ETAPA DE COLETA DE DADOS



Fonte: A autora, 2022.

Na segunda etapa, após contato telefônico prévio e aceite de participação na pesquisa, foi realizada a entrevista semiestruturada audiogravada, com dois gravadores digitais com as Unidades de Análise, contendo roteiro com três questões disparadoras (APÊNDICE 3).

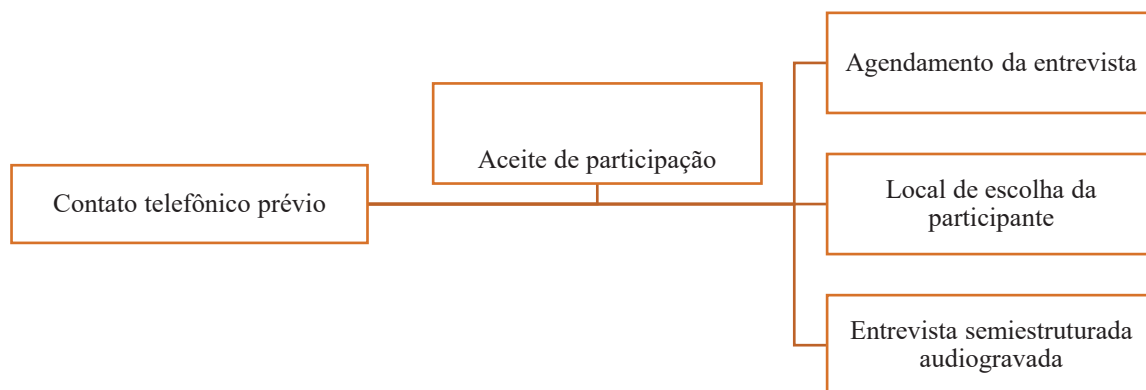
A entrevista foi agendada em data, horário e local, em comum acordo entre a Unidade de Análise e a mestranda pesquisadora. Os locais escolhidos foram sete domicílios, uma em uma panificadora e uma no Parque do Lago. A duração da entrevista não foi fixada, dependendo da Unidade de Análise, teve duração variável de 36 minutos a 1 hora e 47 minutos, totalizando 10 horas.

Para Lakatos e Marconi (2021), a entrevista é uma forma de conversa que se dá em um encontro entre duas pessoas, em que uma, estimulada por questionamentos do entrevistador, fornece informações a respeito de determinado assunto.

As entrevistas semiestruturadas baseiam-se em um roteiro de assuntos ou perguntas e o entrevistador tem a liberdade de fazer outros questionamentos para precisar conceitos ou obter

mais informações sobre o tema desejado (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2013). Na figura 2, apresenta-se:

FIGURA 5- FLUXOGRAMA DA SEGUNDA ETAPA DE COLETA DE DADOS



Fonte: A autora, 2022.

Durante o período de coleta dos dados, a mestranda pesquisadora fez o uso de máscara e álcool gel, realizando a higiene das mãos antes do início e após o término da entrevista, mantendo distanciamento da Unidade de Análise. Máscara e álcool gel foram disponibilizados às Unidades de Análise que optassem pelo uso.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar qualitativamente os dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Creswell (2021), em que a discussão do plano de análise pode ter vários componentes do texto e da imagem. Envolve preparar os dados para a análise, conduzir diferentes análises, aprofundar-se no processo de compreensão e representação dos dados e realizar uma interpretação do significado mais amplo das informações obtidas. O processo de análise dos elementos envolveu extrair sentido deles. Trata-se de um procedimento permanente envolvendo reflexão contínua sobre os dados, formulando questões analíticas e escrevendo anotações durante todo o estudo.

A análise de dados foi realizada conforme as etapas abaixo (CRESWELL, 2021):

1) Organização e preparo dos dados para análise: foram realizadas as transcrições dos dados brutos; transcrição das entrevistas na íntegra e anotações realizadas pela mestranda pesquisadora no documento do Word. Após a transcrição, foi realizada a devolutiva à Unidade de Análise para a validação de sua fala, sete pelo aplicativo *WhatsApp*, uma via *e-mail* e uma

impressa, entregue pessoalmente pela mestranda pesquisadora; não houve solicitação de alterações nas falas, conforme chancela das Unidades. Após a devolutiva, as entrevistas foram impressas para escaneamento óptico.

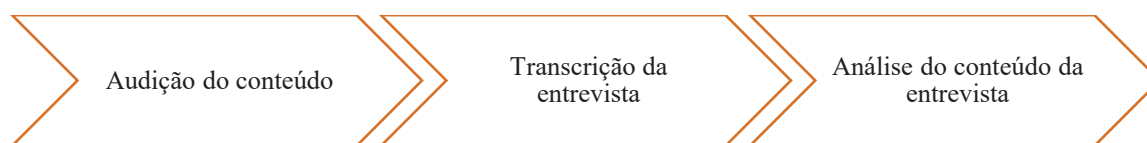
2) Leitura completa dos dados: nesta etapa foi realizada a leitura completa dos dados, a fim de obter uma percepção geral das informações e refletir sobre os seus significados.

3) Codificação dos dados: nesta etapa os dados foram organizados, agrupando as partes em blocos ou segmentos de texto ou imagem e, posteriormente, os dados foram processados e codificados em classes.

4) Descrição dos dados: os dados foram descritos detalhadamente, com base na codificação atribuída e, então, criadas categorias para a análise.

5) Representação da análise: para a descrição dos temas, foi utilizada uma passagem narrativa para comunicar os resultados. A discussão mencionou uma cronologia dos eventos, com a discussão dos temas que foram complementadas com subtemas, perspectivas múltiplas dos indivíduos e citações, permitindo uma discussão com temas interconectados.

FIGURA 6- SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS



Fonte: A autora, 2022.

5 RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados da pesquisa conforme o objeto de estudo.

O estudo de caso foi composto por nove casos, ou seja, foram incluídas nove Unidades de Análise. Os casos foram descritos seguindo a estrutura: identificação, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico, estadiamento TNM, antecedentes pessoais, dados clínicos, trajetória de cuidados à saúde, práticas adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional e COVID-19.

A seguir a apresentação e descrição dos casos.

5.1 UNIDADE DE ANÁLISE 1

5.1.1 Descrevendo o caso 1

Identificação: UA1, 62 anos, sexo feminino, cor preta, divorciada, quatro filhos, evangélica, do lar, possui ensino fundamental incompleto, aposentada, renda familiar de um salário-mínimo, natural e procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero em 20/12/2019.

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma de células escamosas, bem diferenciado na amostra analisada.

Estadiamento TNM: Totalmente avançado.

Antecedentes pessoais: apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e Ácido Úrico aumentado.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física. Teve o início da atividade sexual aos 16 anos com parceiro único, fez uso exclusivo de contraceptivo oral por 20 anos e não fez uso de preservativo durante as relações sexuais; não é ativa sexualmente há mais de 20 anos, não realizava o exame preventivo com frequência, não foi vacinada para o HPV. Teve 05 gestações a termo, 04 partos normais em ambiente hospitalar. Apresentou um aborto espontâneo com necessidade de curetagem; e, não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis, sem presença de leucorreia ou outras infecções.

Trajétoria de cuidados à saúde: os primeiros sintomas iniciaram no ano de 2017, apresentando sangramento intenso e persistente com a presença de coágulos. Realizou várias consultas na Unidade Básica de Saúde de referência do seu bairro. Era atendida, realizava

medicação e liberada sem a resolução da queixa. Após esse período, foi encaminhada para a Clínica da Mulher. Realizou consulta médica e, em seguida, foi encaminhada ao Hospital São Vicente, para o exame citopatológico, biópsia e exames laboratoriais de sangue. Após os exames, foi diagnosticada, em 20 de dezembro de 2019, com câncer de colo do útero e informada pelo médico. Foi encaminhada ao Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul/PR. Iniciou o tratamento em 12/02/2020, realizando três meses de quimioterapia antineoplásica. Em seguida realizou 33 sessões de teleterapia, no período de 11/03/2020 a 05/05/2020; não conseguiu realizar a braquiterapia devido à dor e não realizou outras terapias. Refere que depois da radioterapia, apresentou incontinência urinária, sem outras queixas. No momento, aguarda retorno para nova avaliação e acompanhamento médico; e não realiza nenhum tratamento.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 120 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Refere ter usado chá de canela e foram realizadas orações dos pastores evangélicos em seu domicílio.

COVID-19: Não foi infectada pelo Sars- COV-2, até o momento da coleta de dados.

5.2 UNIDADE DE ANÁLISE 2

5.2.1 Descrevendo o caso 2

Identificação: UA2, 59 anos, sexo feminino, cor branca, casada, três filhos, católica, do lar, possui ensino médio incompleto, renda familiar de um salário-mínimo, natural de Zatarlândia/Paraná, procedente de Guarapuava/Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero (não havia registro da data do diagnóstico ou a UA não recordava a data do diagnóstico).

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma epidermóide do colo uterino.

Estadiamento TNM: FIGO IB 2.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física. Teve o início da atividade sexual aos 18 anos com parceiro único, fazia uso de contraceptivo oral, não fez uso de outro método contraceptivo. É ativa sexualmente, com a frequência de duas vezes por semana, não fazia e não faz uso de preservativo durante as relações sexuais. Realizava o exame preventivo anualmente e não apresentava alterações; não foi vacinada para o HPV. Teve 03 gestações com nascimento a termo, 03 partos normais em ambiente hospitalar e sem intercorrências, sem presença de aborto; não apresenta histórico de

infecções sexualmente transmissíveis. Refere que apresentava leucorreia com frequência e que, após consultas médicas, realizava o tratamento adequado, sem presença de outras infecções.

Antecedentes pessoais: apresenta histórico de câncer de intestino em 2010, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia e Retinopatia por toxoplasmose.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sintomas iniciaram no ano de 2019, apresentando leucorreia com odor fétido. Procurou a Unidade Básica de Saúde para coleta de preventivo no dia 14/12/2019. Após resultado do exame, foi encaminhada para Clínica da Mulher para nova avaliação e exame ginecológico. Realizou o exame citopatológico, biópsia, tomografia computadorizada, ecografia, ressonância magnética, exames de sangue e testagem para COVID-19. Após confirmação do diagnóstico, foi informada pelo médico e encaminhada para o Serviço de Oncologia do Complexo Hospital de Clínicas (CHC), da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba/PR e do Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul/PR, onde realizou os tratamentos, com início no dia 01/04/2020. Realizou 05 ou 06 ciclos (não recorda ao certo) de quimioterapia antineoplásica no CHC e sessões de radioterapia, sendo 25 de teleterapia e 05 de braquiterapia, no Hospital Angelina Caron. O tratamento finalizou em 22/05/2020, sem necessidade de realizar outras terapias. Após os tratamentos, refere apresentar incontinência urinária e fecal. Encontra-se curada e faz acompanhamento regular no CHC.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 60 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Não houve busca por práticas alternativas, complementares ou integrativas.

COVID-19: Não foi infectada pelo Sars- COV-2, até o momento da coleta de dados.

5.3 UNIDADE DE ANÁLISE 3

5.3.1 Descrevendo o caso 3

Identificação: UA3, 43 anos, sexo feminino, cor branca, solteira, uma filha, católica, coordenadora de gabinete parlamentar, possui ensino superior completo (mestrado), renda familiar de três a cinco salários-mínimos, natural e procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero em 09/10/2020.

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma de células escamosas bem diferenciado e invasivo.

Estadiamento TNM: C3.

Antecedentes pessoais: Não apresentava doença pregressa.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física atualmente. O início da atividade sexual foi aos 18 anos com parceiro único, fazia uso de contraceptivo oral por pequeno espaço de tempo (dois ou três anos), fez uso de DIU de cobre por mais de dez anos; não é ativa sexualmente no momento e não fazia uso de preservativo durante as relações sexuais. Realizava o exame preventivo anualmente, sem alterações; não foi vacinada para o HPV, teve 01 gestação com nascimento a termo, parto cesáreo em ambiente hospitalar e sem intercorrências, sem presença de aborto, não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis. Refere que apresentava leucorreia com frequência e que, após consultas, realizava o tratamento com metronidazol e cetoconazol, sem presença de outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: Os primeiros sintomas iniciaram em julho de 2020, apresentando sangramento de escape, após relação sexual em pequena quantidade. Realizou uma consulta de rotina com o ginecologista na rede privada no dia 30 de setembro de 2020 e realizou a coleta para o exame citopatológico, durante a consulta médica, e biópsia. O material foi encaminhado para a análise anatomopatológica. Após 15 dias da primeira consulta retornou ao consultório e foi informada pelo médico da confirmação diagnóstica de câncer. Após diagnóstico, foi encaminhada para a Clínica da Mulher, via SUS, onde passou por avaliação e foi encaminhada para o Câncer Center. Realizou tomografia computadorizada para verificar o estadiamento. Após avaliação e escolha do tratamento, foi encaminhada para o Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul/PR, iniciando o tratamento no dia 07/12/2020 onde realizou 03 ciclos de quimioterapia antineoplásica, 25 sessões de radioterapia, sendo 04 sessões de braquiterapia. O tratamento foi concomitante e finalizado em 13/01/2021, sem necessidade de outras terapias devido à cura. Realiza acompanhamento regular no Câncer Center. Após os tratamentos, desenvolveu como efeito colateral tardio a retocolite ulcerativa, desencadeando processos cirúrgicos com a necessidade do uso de colostomia.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 45 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Relata ter feito uso de chás medicinais como urtigão, camomila e hortelã.

COVID-19: Não foi infectada pelo Sars- COV-2, até o momento da coleta de dados.

5.4 UNIDADE DE ANÁLISE 4

5.4.1 Descrevendo o caso 4

Identificação: UA4, 68 anos, sexo feminino, cor branca, viúva, cinco filhos, evangélica, do lar, possui ensino fundamental incompleto, recebe benefício social, renda familiar de um salário-mínimo, natural de Irati/ Paraná, procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero em 16/02/2021.

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma Escamocelular invasor bem diferenciado.

Estadiamento TNM: Não soube informar.

Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física atualmente, teve o início da atividade sexual aos 16 anos com parceiro único, fez uso de contraceptivo oral por longo período de tempo; não é ativa sexualmente, não fazia uso de preservativo durante as relações sexuais e não realizava o exame preventivo anualmente. O primeiro exame citopatológico realizou com 45 anos, apresentando uma “ferida” (SIC) que não tratou, não foi vacinada para o HPV; teve 06 gestações com nascimento a termo, 05 partos vaginais, sendo 04 em ambiente hospitalar e 01 no domicílio, todos sem intercorrência; apresentou 01 aborto espontâneo sem necessidade de curetagem, não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis, sem presença de leucorreia ou outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sintomas iniciaram no ano de 2018, apresentando sangramento excessivo por três anos. Relatou sentir franqueza e indisposição. Demorou a procurar atendimento médico e após relatar para as filhas sobre os sintomas, foi agendada uma consulta médica particular, em dezembro de 2020. Durante a consulta, foi informada da suspeita de câncer e não foi possível fazer a coleta do exame citopatológico, devido ao sangramento intenso. Foi orientada a procurar a UBS para diagnóstico e tratamento via SUS. Procurou a UBS de referência para consulta médica e foi encaminhada ao Câncer Center, onde passou por nova avaliação, realizou biópsia e tomografia computadorizada. Após confirmação do diagnóstico e estadiamento, foi encaminhada para o Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul/PR, onde iniciou o tratamento no dia 29/03/2021, realizando 03 ciclos de quimioterapia, 25 sessões de radioterapia, sendo 04 sessões de braquiterapia de forma concomitante, sem necessidade de outras terapias. Encontra-se curada e em acompanhamento regular no Câncer Center em Guarapuava. Refere apresentar constipação intestinal após tratamentos.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 15 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Fazia uso de chás medicinais como: alecrim, camomila, hortelã e erva-doce.

COVID-19: Não foi infectada pelo Sars- COV-2, até o momento da coleta de dados.

5.5 UNIDADE DE ANÁLISE 5

5.5.1 Descrevendo o caso 5

Identificação: UA5, 45 anos, sexo feminino, cor branca, solteira, três filhos, católica, técnica em enfermagem, possui ensino técnico, renda familiar de três a cinco salários-mínimos, natural e procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero (não havia registro da data do diagnóstico ou a UA não recordava a data do diagnóstico).

Diagnóstico histopatológico: Lesão intraepitelial de alto grau - Neoplasia intraepitelial cervical grau III/ Carcinoma "In situ".

Estadiamento TNM: Grau III.

Antecedentes pessoais: Esclerose múltipla recorrente.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física. O início da atividade sexual foi aos 16 anos com parceiro único, fazia uso de contraceptivo injetável trimestral, não é ativa sexualmente no momento, não fazia uso de preservativo durante as relações sexuais; realizava o exame preventivo anualmente, sendo que os anteriores não apresentaram alterações; não foi vacinada para o HPV; teve 03 gestações, 02 com nascimento a termo e 01 prematuro, sendo os três partos vaginais em ambiente hospitalar sem intercorrências, sem presença de aborto; não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis, sem presença de leucorreia ou outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sinais e sintomas iniciaram em janeiro de 2021. Apresentava dor em baixo ventre, que a princípio era leve e depois foi aumentando de intensidade, sem melhora ao uso de medicamentos. Procurou várias especialidades para investigar a causa da dor. Relata relacionar a dor por conta da doença anterior - esclerose múltipla recorrente, sem a resolução da queixa e piora da intensidade da dor, procurando com frequência a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Urgência Trianon, na cidade de Guarapuava. Após várias consultas com outras especialidades, buscou atendimento ginecológico particular em julho de 2021, com exame ginecológico suspeito de câncer. O médico que realizou o atendimento solicitou uma ecografia e orientou para que procurasse a UBS para encaminhamento ao Câncer Center, para nova consulta e realização de biópsia. Após confirmação do diagnóstico, realizou histerectomia no Hospital São Vicente na cidade de Guarapuava, no dia 03/07/2021 e foi encaminhada ao Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul/PR, para radioterapia, iniciando no dia 15/09/2021 e término em 03/11/2021,

totalizando 25 sessões. No momento, aguarda retorno para avaliação dos resultados da radioterapia.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 30 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Fazia uso do chá medicinal de camomila.

COVID-19: Foi infectada pelo Sars-COV-2 em novembro de 2021, também em janeiro e março de 2022. Relata ter apresentado astenia, dispnéia, febre, dor de cabeça, dor de garganta. Realizou consulta online, não realizou tratamento e nem acompanhamento, refere não ter apresentado complicações.

5.6 UNIDADE DE ANÁLISE 6

5.6.1 Descrevendo o caso 6

Identificação: UA6, 44 anos, sexo feminino, cor branca, casada, uma filha, evangélica, advogada, possui ensino superior completo, renda familiar de três a cinco salários-mínimos, natural e procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero em 05/06/2020.

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma Escamocelular não queratinizante invasor.

Estadiamento TNM: pT1 bi (B1) / NIC III/ pT1 b1 pN0 (IBI).

Antecedentes pessoais: não apresenta nenhuma comorbidade.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física atualmente (parou em setembro de 2020, para tratamento do câncer); teve o início da atividade sexual aos 18 anos com parceiro único, fez uso de contraceptivo oral por pequeno espaço de tempo (dois ou três anos); fez uso de DIU de cobre por mais de dez anos; é ativa sexualmente com frequência de uma vez na semana e não fez e não faz uso de preservativo durante as relações sexuais. Realizava o exame preventivo anualmente, sendo que os anteriores não apresentaram alterações; não foi vacinada para o HPV; teve 01 gestação com nascimento a termo, parto cesáreo em ambiente hospitalar e sem intercorrências, sem presença de aborto; não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis. Refere que apresentava leucorreia com frequência e que, após consultas, realizava o tratamento com metronidazol e cetoconazol e sem presença de outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sinais e sintomas iniciaram em 2018, apresentava leucorreia de repetição há 03 anos, de aspecto esbranquiçada, dor lombar que

irradiava para a região dos flancos e edema abdominal. Relata que não realizou o exame citopatológico por alguns anos, marcou uma consulta de rotina pelo plano de saúde e o realizou apresentando alteração NIC III; solicitada biópsia, resultado negativo para malignidade. O médico solicitou que retornasse ao consultório após seis meses para novo exame. Relata não ter realizado o retorno após seis meses, pois não apresentava nenhum sinal ou sintoma e sentia-se bem. Retornou ao consultório um ano depois, realizou novo exame e houve a nova constatação de alteração. Realizou colposcopia e nova coleta de biópsia. Após o resultado, foi diagnosticada com câncer em estágio inicial em junho de 2020. Realizou ultrassonografia abdominal e transvaginal. Realizou histerectomia radical no Hospital São Vicente na cidade de Guarapuava, no dia 04/07/2020, sem necessidade de outras terapias. Após procedimento cirúrgico foi encaminhada para a UBS e Clínica da Mulher para dar continuidade ao acompanhamento via SUS. Realiza acompanhamento regular no Câncer *Center*.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi menor que 30 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Não houve busca por práticas alternativas, complementares ou integrativas.

COVID-19: Não foi infectada pelo Sars- COV-2, até o momento da coleta de dados.

5.7 UNIDADE DE ANÁLISE 7

5.7.1 Descrevendo o caso 7

Identificação: UA7, 27 anos, sexo feminino, cor branca, em união estável, dois filhos, evangélica, executiva de vendas, possui ensino superior incompleto, renda familiar de três a cinco salários-mínimos, natural e procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero, em 04/02/2020.

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma Escamocelular invasor moderadamente diferenciado associado a adenocarcinoma endocervical "in situ".

Estadiamento TNM: Grau III.

Antecedentes pessoais: Não apresenta nenhuma comorbidade.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, pratica atividade física (musculação/aeróbico) cinco vezes na semana; teve o início da atividade sexual aos 16 anos com múltiplos parceiros; fazia uso de contraceptivo oral desde os 18 anos. É ativa sexualmente com frequência de duas vezes na semana; não fez e não faz uso de preservativo durante as relações sexuais. Realizava o exame preventivo desde os 17 anos de idade,

anualmente ou a cada dois anos, sem presença de alterações; não foi vacinada para o HPV; teve 02 gestações com nascimento a termo, partos vaginais e sem intercorrências, sem presença de aborto, não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis e sem presença de leucorreia ou outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sinais e sintomas iniciaram em maio de 2019, com irregularidade menstrual e sangramento de escape. Procurou a Unidade Básica de Saúde em junho de 2020, para coleta de preventivo. Recebeu o resultado em agosto/2020, exame sem alterações. Continuou apresentando sangramento com frequência, buscou por consulta médica particular, em dezembro de 2020; durante consulta foi informada pela médica sobre a suspeita de câncer. Houve procura por outro profissional médico, fez nova consulta, realizou ultrassonografia transvaginal e coleta do novo exame citopatológico. Após a última consulta médica particular, foi orientada a procurar a UBS com o resultado do exame citopatológico. Consultou na UBS em janeiro de 2020. Foi encaminhada para nova consulta médica e avaliação no Câncer Center, onde realizou biópsia, tomografia computadorizada, eletrocardiograma e exames de sangue. Confirmado o diagnóstico de câncer no dia 04/02/2020. Encaminhada para o Hospital São Vicente na cidade de Guarapuava para realização de histerectomia, no dia 13 de março de 2020. Obteve a cura após tratamento, não houve necessidade de outras terapias e faz acompanhamento regular no Câncer Center em Guarapuava.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de em média 150 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: Não houve busca por práticas alternativas, complementares ou integrativas.

COVID-19: foi infectada em agosto de 2021, apresentou dispneia leve, dor de cabeça e febre. Não realizou consulta médica e nem acompanhamento. Realizou tratamento com ivermectina, cloroquina e azitromicina, por conta própria.

5.8 UNIDADE DE ANÁLISE 8

5.8.1 Descrevendo o caso 8

Identificação: UA8, 32 anos, sexo feminino, cor branca, solteira, uma filha, evangélica, vendedora, possui ensino médio incompleto, renda familiar de um a dois salários-mínimos, natural e procedente de Guarapuava/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero em outubro de 2020.

Diagnóstico histopatológico: Não soube informar - sem laudo da biópsia no Fast Medic e no momento da entrevista.

Estadiamento TNM: NIC III- alto grau.

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física; teve o início da atividade sexual aos 17 anos, com múltiplos parceiros; fazia uso de contraceptivo oral desde 2012, no momento da entrevista refere não utilizar. É ativa sexualmente, com frequência de duas vezes na semana; relata uso de preservativo durante as relações sexuais; realizava o exame preventivo anualmente com início em 2012, sem presença de alterações; não foi vacinada para o HPV, teve 01 gestação com nascimento a termo, parto vaginal em ambiente hospitalar e sem intercorrências, sem presença de aborto. Apresenta histórico de infecção pelo HPV, sem presença de leucorreia ou outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sinais e sintomas iniciaram em setembro de 2020, com dor abdominal e em baixo ventre, distensão abdominal, corrimento com odor fétido, sangramento e dispareunia. Procurou consulta ginecológica particular para realização do exame citopatológico. Médico entrou em contato, via telefone, para informar o resultado do exame, diagnosticada com NIC III alto grau. Orientada que seria necessário realizar conização e que o procedimento não poderia ser realizado em consultório. Buscou nova consulta médica, mas devido à condição financeira não seria possível pagar pelo procedimento. Foi orientada a procurar a Clínica da Mulher com o laudo do exame realizado. Realizou consulta médica e coleta de biópsia, confirmado diagnóstico em outubro de 2020. Encaminhada para consulta oncológica no Hospital São Vicente na cidade de Guarapuava/PR no dia 16 de dezembro de 2020, onde realizou exames de sangue e imagem. Realizou conização em janeiro de 2021. Realiza acompanhamento periódico no Câncer Center.

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de menos de 30 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: não houve busca por práticas alternativas, complementares ou integrativas.

COVID-19: foi infectada em janeiro de 2021, apresentou dor de garganta, mal-estar geral, tosse, dor de cabeça, anosmia e dor abdominal. Não realizou consulta médica e nem acompanhamento. Realizou tratamento com ivermectina, azitromicina e cloroquina, por conta própria.

5.9.1 Descrevendo o caso 9

Identificação: UA 9, 45 anos, sexo feminino, cor branca, casada, dois filhos, evangélica, auxiliar de serviços gerais, possui ensino fundamental incompleto, renda familiar de um a três salários-mínimos, natural de Guarapuava/ Paraná, procedente de Curitiba/ Paraná.

Diagnóstico clínico: Neoplasia maligna do colo do útero em outubro de 2021.

Diagnóstico histopatológico: Não soube informar - sem laudo da biópsia.

Estadiamento TNM: Não soube informar.

Antecedentes pessoais: Não apresenta nenhuma comorbidade.

Dados Clínicos: não tabagista, não usa álcool e nem outras substâncias psicoativas, não pratica atividade física; teve o início da atividade sexual aos 19 anos com parceiro único; fez uso de contraceptivo oral com início aos 19 anos; é ativa sexualmente com frequência de duas a três vezes por semana, não fazia e não faz uso de preservativo durante as relações sexuais; não realizava o exame preventivo com frequência, ficando anos consecutivos sem realizá-lo. Os exames anteriores não apresentavam alterações e não foi vacinada para o HPV; teve 02 gestações com nascimento a termo, parto vaginal em ambiente hospitalar e sem intercorrências, sem presença de aborto; não apresenta histórico de infecções sexualmente transmissíveis. Refere que apresentava leucorreia com frequência e que, após consultas médicas, realizava o tratamento (não soube informar os medicamentos prescritos), sem outras infecções.

Trajetória de cuidados à saúde: os primeiros sinais e sintomas iniciaram em fevereiro de 2021. Apresentava leucorreia com odor fétido e sangramento. Procurou UBS para realizar exame citopatológico. Encaminhada para a Clínica da Mulher para consulta médica e coleta de biópsia. Encaminhada ao Hospital São Vicente na cidade de Guarapuava/PR, onde realizou mais exames. Encaminhada para o Câncer *Center* para nova avaliação médica e coletou novo citopatológico. Realizou ecografia e exames de sangue. Confirmado diagnóstico de câncer em outubro de 2021. Encaminhada para o Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul/PR, onde realizou tomografia computadorizada, para verificar o estadiamento. Iniciou o tratamento em outubro de 2021, realizando 12 sessões de quimioterapia, 31 sessões de radioterapia, sendo 04 sessões de braquiterapia, com duração de três meses, com término em dezembro de 2021. Aguarda consulta para avaliação do resultado do tratamento instituído e segmento do caso.

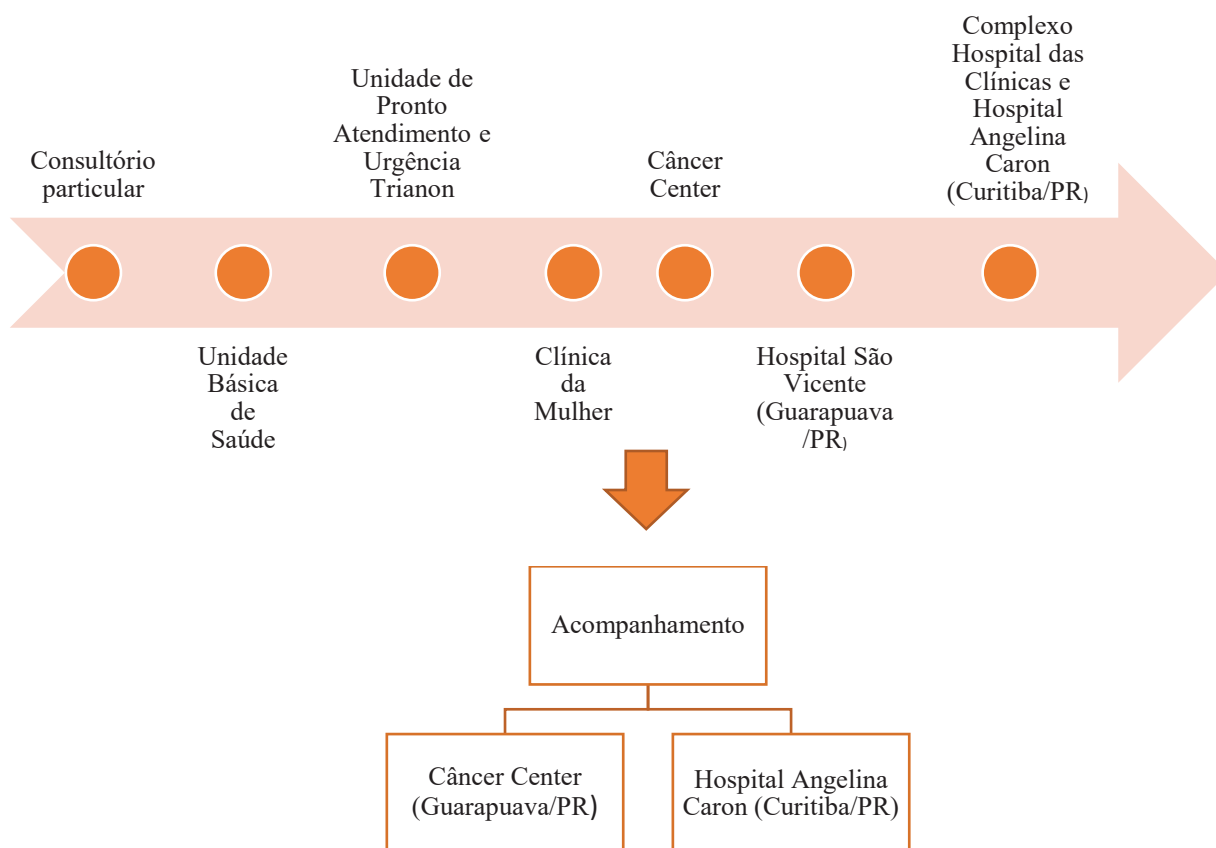
O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento menor que 30 dias.

Práticas de cuidado adotadas concomitante ao cuidado à saúde profissional: fez uso de chá medicinais como: espinheira santa e erva-doce.

COVID-19: foi infectada pelo Sars-COV-2 em março de 2021, apresentou mal-estar geral, anosmia, dispneia leve, inapetência e astenia. Realizou consulta médica na UBS de referência, não recorda os medicamentos utilizados, sem necessidade de acompanhamento.

Na figura 7, apresenta-se os Serviços de Saúde procurados pelas participantes do estudo.

FIGURA 7- SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURADOS PELAS MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19



Fonte: A autora, 2022.

6 ANÁLISE COMPARATIVA E DISCUSSÃO DOS CASOS

Nesta seção, são apresentadas as análises comparativas e discussão dos casos ou Unidades de Análise estudadas.

De acordo com Yin (2015), a análise comparativa repete o mesmo material de estudo de caso duas ou mais vezes comparando as descrições ou as explicações alternativas do mesmo caso, essa estrutura pode ser aplicada a casos baseados em investigações realistas e relativistas. O mesmo caso pode ser descrito repetidamente em diferentes pontos de vista e com diferentes modelos para a compreensão do mesmo caso, tendo como característica principal que o mesmo estudo de caso é repetido duas ou mais vezes de modo explicitamente comparativo.

A seguir, no Quadro 3, são apresentados os dados comparativos dos aspectos relativos aos registros documentais do prontuário eletrônico e referidos pelas Unidades de Análise durante a entrevista, delineando os dados objetivos do adoecer por câncer do colo do útero.

QUADRO 3 - SÍNTESE DOS DADOS DOS CASOS DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ESTUDADOS

Dados Analisados	Unidades de Análise								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Diagnóstico									
Tipo	Carcinoma de células escamosas, bem diferenciado	Carcinoma epidermóide do colo uterino	Carcinoma de células escamosas bem diferenciado e invasivo	Carcinoma Escamocelular Invasor bem diferenciado	Lesão intraepitelial de alto grau- Neoplasia intraepitelial cervical grau III/ Carcinoma "In situ"	Carcinoma Escamocelular Não queratinizante invasor	Carcinoma Escamocelular invasor moderadamente e diferenciado associado a adenocarcinoma endocervical "in situ"	Não soube informar	Não soube informar
Estadiamento	Totalmente avançado	FIGO IB 2	C3	Não soube informar	Grau III	pT1 bi (B1) / NIC III/ pT1 b1 pN0 (IBI)	Grau III	Grau III	Não soube informar
Idade	62 anos	59 anos	43 anos	68 anos	45 anos	44 anos	27 anos	32 anos	45 anos
Sintomas iniciais	Sangramento intenso e persistente com a presença de coágulos	Leucorreia com odor fétido	Sangramento de escape após relação sexual	Sangramento excessivo, fraqueza e indisposição	Dor em baixo ventre	Leucorreia de repetição, dor lombar e edema abdominal	Irregularidade menstrual e sangramento de escape	Dor abdominal, dor em baixo ventre, distensão abdominal, corrimento com odor fétido,	Leucorreia com odor fétido e sangramento

Neste estudo, a faixa etária das unidades de análises foi variável, sendo que quatro apresentavam faixa etária de 40 a 49 anos, três de 59 a 68 anos e duas mais jovens com, respectivamente, 27 e 32 anos, apresentando a média de idade aproximada de 47,2 anos.

Em relação ao tipo histológico predominante, observou-se o carcinoma de células escamosas presente em cinco das nove unidades de análises, seguidas de uma UA com carcinoma “in situ” e outra com carcinoma de células escamosas associada ao adenocarcinoma “in situ”, e duas sem o registro. Os dados encontrados em relação à faixa etária e tipo histológico predominante corroboram com os achados em outros estudos com mulheres com câncer do colo do útero.

No estudo de Silva e colaboradores (2018), a idade média no momento do diagnóstico foi de 50,65 anos, com predominância de mulheres na faixa etária entre 40 a 59 anos (45,37%), em relação ao tipo histológico, observou-se que o mais frequente foi o carcinoma escamoso, correspondendo a 92/108 (85,19%) dos casos e 14/108 casos de adenocarcinomas, correspondendo a 12,96% da amostra, e destes, 47/88 (53,41%) apresentaram grau moderadamente diferenciado (grau histológico II) e 25/88 (28,41%) indiferenciado (grau III).

Este autor também demonstrou que grande parte das mulheres com adenocarcinoma e carcinoma adenoescamoso possuíam grau histológico bem diferenciado, enquanto os tumores com diagnóstico de carcinoma escamoso possuíam grau de diferenciação moderado e indiferenciado, revelando, através de análises univariadas e multivariadas, que o grau histológico pode interferir no prognóstico de mulheres com carcinoma escamoso.

No estudo de Sardinha e colaboradores (2021), percebeu-se alta prevalência do carcinoma de células escamosas, que corroborando com achados da literatura, mostra que estes são responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto os adenocarcinomas representam de 15% a 35% dos casos.

Em outro estudo observacional retrospectivo de uma coorte hospitalar, entre as 1.004 mulheres estudadas, o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma escamoso que correspondeu a 83,9% dos casos. A média de idade ao diagnóstico deste carcinoma foi 49,5 anos, sendo que aproximadamente 70% das mulheres foram diagnosticadas com mais de 40 anos de idade (ROZÁRIO, et.al.,2019).

De acordo com Gao e colaboradores (2022), um estudo realizado na Holanda com as 105 pacientes incluídas, apresentavam idade média de 47,9 anos. No estudo realizado com pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero e tratadas pelo SUS em Minas Gerais, a média de idade foi de 55,3 anos, e a mediana de 55 anos.

Uma análise retrospectiva incluindo 63 pacientes com diagnóstico de câncer do colo do útero apresentou a média de idade de 47 ± 11 anos (variando de 23 a 73 anos). O estágio FIGO foi IA em 11 pacientes (17,46%), IB em 47 pacientes (74,61%), IIA em 2 pacientes (3,17%), IIB em 2 pacientes (3,17%) e III em 1 paciente (1,59%). Os casos de estadiamento IA incluíram 09 casos de estágio IA1 e 02 casos de estágio IA2. Os pacientes no estágio IB incluíram 20 pacientes no estágio IB1, 19 pacientes no estágio IB2 e 08 pacientes no estágio IB3. Grau 1 foi encontrado em 23 (36,51%) tumores; os graus 2 e 3 foram encontrados em 22 (34,92%) e 18 (28,57%) casos, respectivamente (LI, et.al.,2022).

Em outro estudo, realizado com pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero e tratadas pelo SUS em Minas Gerais, identificou-se que a maioria das participantes foi diagnosticada no estágio III, correspondendo a 45,9% dos casos. Comparando o grupo de mulheres, tanto as que receberam tratamento em até 60 dias, quanto as que receberam após 60 dias, foram diagnosticadas com mais frequência no estágio III, observando-se no grupo de até 60 dias menor frequência de diagnósticos nos estágios I e II e maior dos estágios III e IV (MOREIRA, et.al., 2022).

No estudo descritivo e retrospectivo, a análise considerou os cânceres mais frequentes no Estado de Goiás, o câncer de colo de útero diagnosticado em quase 40% das mulheres em estágios avançados e os resultados conferem maior prevalência à faixa etária de 65 a 70 anos (30,2%), sendo que a idade não se mostrou associada ao estágio tardio. Apesar disso, a literatura aponta que nos países desenvolvidos, mulheres com mais idade são diagnosticadas com mais frequência em estágio avançado, do que aquelas mais jovens, a cada ano adicional na idade a chance de se ter o diagnóstico no estágio tardio aumenta em 3 % (BORGES, RODRIGUES, 2021).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (2022), o câncer do colo do útero pode se desenvolver sem sintomas até que atinja um estágio avançado, o que evidencia a importância de uma rotina preventiva, com consultas e exames regulares. No entanto, há alguns sintomas que são indicativos da doença e merecem atenção quando ocorrem, sendo eles: sangramento vaginal irregular, que costuma ocorrer após a relação sexual, mas pode acontecer de forma espontânea entre as menstruações; leucorreia com odor fétido geralmente de coloração marrom; dor pélvica contínua e dor durante a relação sexual e quando a doença está amplamente disseminada, pode causar: impedimento funcional ou estrutural do fluxo urinário normal (obstrução das vias urinárias); dor lombar; edema nas pernas decorrente de obstrução venosa ou linfática; fadiga excessiva e perda de peso sem motivo aparente.

Em relação às unidades de análise deste estudo, os relatos que levaram à suspeita ou confirmação do diagnóstico de câncer, mostraram que grande parte das mulheres apresentavam sinais e sintomas relacionados à doença, no entanto, como eram percebidos de maneira esporádica por algumas mulheres, a procura pelos serviços de saúde só ocorreu quando estes se intensificaram ou quando haviam investigado outros sistemas anteriormente, sem resolução do problema.

Dentre os sinais mais comuns presentes nas unidades de análise, evidenciaram-se o sangramento, leucorreia, dor em baixo ventre, irregularidade menstrual e dispareunia. Diante dos sinais apresentados, as mulheres relataram a procura pelos serviços de saúde para iniciar o processo de investigação de forma a realizar consultas de enfermagem, consultas médicas e exames diagnósticos.

No estudo de revisão bibliográfica de Sousa e colaboradores (2022), com objetivo de identificar sinais e sintomas do câncer do colo do útero na atenção primária, demonstrou de forma geral que os estudos incluídos (100%) apontaram o surgimento de sangramento vaginal intermitente e sangramento vaginal durante ou após o coito vaginal. O corrimento vaginal anormal também foi evidenciado como um dos principais sintomas de câncer de colo de útero, presente em 85,7% dos estudos. A presença de corrimento anormal facilita o surgimento de neoplasias cervicais, condicionado pela presença de patógenos responsáveis por causar IST comuns, quando não são tratadas podem desencadear lesões displásicas em nível do colo, podendo evoluir para câncer. Além disso, ressalta-se que mulheres com IST têm um risco seis vezes maior de desenvolvimento de câncer do colo do útero, quando o manejo não é adequado. Outros sinais e sintomas encontrados no estudo incluem dor e desconforto durante a relação sexual citado em 42,8% da amostra; dor abdominal inferior intermitente ou persistente esteve presente em 28,5% dos estudos analisados e, por fim, sangramento pós-menopausa, presença de lesão de colo, história familiar, mudança nos períodos menstruais, sangramento intermenstrual, sangramento durante a gravidez foram citados em menor frequência, estando presente em 28,5% dos estudos analisados.

Nessa perspectiva, Cohen e colaboradores (2019), evidenciaram que o sangramento vaginal pós-coito mostrou-se uma queixa comum na atenção primária, entre mulheres em idade reprodutiva e sua presença foi correlacionada com patologias cervicais. O risco de desenvolvimento dessas condições, dentre elas o câncer de colo de útero, foi o dobro entre esta população.

Momberg e colaboradores (2017), em sua investigação que objetivou explorar a experiência das mulheres com o rastreamento do câncer do colo do útero observaram que, a

presença de um sintoma ginecológico foi o principal motivo relatado para a procura e realização do exame Papanicolau, e que dentre esses sintomas, dor e desconforto durante o sexo estavam entre os mais citados.

Somanna e colaboradores (2020), observaram em sua investigação que dentre os sintomas que levaram à procura de atendimento médico precoce, 81,9% por dor abdominal inferior e 65,2% por corrimento ou sangramento vaginal anormal, e entre todas as pacientes, 50,5% foram diagnosticadas em estágio inicial da doença.

Funston e colaboradores (2018), afirmam que o sangramento pós-menopausa deve receber particular atenção, e os profissionais de saúde devem considerar o encaminhamento quando há suspeita do câncer. Mesmo que os sintomas como mudança nos períodos menstruais e sangramento intermenstrual sejam menos preditivos de câncer, não devem ser descartados sem uma avaliação adicional.

As falas das unidades de análise demonstradas abaixo, corroboram com os achados em outros estudos, indicando os sinais e sintomas que são apresentados por mulheres com diagnóstico do câncer do colo do útero:

“Só o sangramento que vinha bastante, as bolas com sangue” (UA1);

“Eu já estava me sentindo, ao tomar banho eu via que as coisas não estavam normais, parecia um tipo de corrimento (...) Saia tipo uns ovinhos de galinha e tinha cheiro, uma coisinha esquisita, não teve sangramento, foi na hora do banho, de higienizar” (UA2);

“Eu tinha alguns escapes de sangue, depois da relação sexual, mas não era nada que sujasse, era bem pouco” (UA3);

“Era só o sangramento, não tinha dor, não tinha cólica, só o sangramento, que foi demais. Achava que aquilo não era normal na minha idade” (UA4);

“Eu comecei com dor, bem embaixo da barriga, que nem diz o doutor M.- no pé da barriga; - era leve e, eu não sou sensível à dor. Então, fui deixando e começou a aumentar a dor” (UA5);

“Eu não sentia nada, tinha apenas um corrimento, mas não tinha dor, não tinha sangramento (...) Eu tinha uma dor nas costas, tipo no rim, era nas costas e horrível. Ia varrer a casa, eu tinha que parar na metade, porque tinha muita dor” (UA6);

“Eu percebi minha menstruação bem desregulada” (UA7);

“Tinha um corrimento fedido, dor durante a relação sexual e me deu a dor na barriga muito forte, que eu não aguentava nem levantar” (UA8);

“Eu comecei tipo um corrimento, com um cheiro ruim e depois começou com um sangramento, mas dor eu não tinha” (UA9).

Nesse estudo, ficou evidente as distintas trajetórias de cuidado na procura pelos serviços de saúde em busca pelo diagnóstico e tratamento.

Das nove unidades de análise, cinco buscaram a rede particular de saúde procurando por atendimento médico devido à presença de sinais e sintomas. As outras quatro tiveram como porta de entrada no SUS, a Unidade Básica de Saúde de referência.

As falas a seguir descrevem o acesso aos cuidados à saúde:

“No posto foi tempo consultando e depois que fui fazer exame e depois que fui ao São Vicente. No São Vicente eles me atenderam muito bem” (UA1);

“Primeiro no postinho que eu fui, depois eles me mandaram para a Clínica da Mulher e lá foi a primeira consulta com a doutora C. Ela fez o ginecológico e ficou assustada. Disse que eles tinham demorado, que não tinham visto. Ela fez uma limpeza e colocou um tampão, eu vim com aquele negócio e quando eu voltei ela me encaminhou para o oncologista” (UA2);

“Por acaso em uma consulta de rotina na ginecologista, marquei pela rede privada, pelo plano de saúde. Fui à ginecologista para fazer o preventivo, porque eu tinha alguns escapes de sangue depois da relação sexual; às vezes no meio do nada, mas não era nada que sujasse. Era bem pouco e resolvi marcar a ginecologista para saber o que estava acontecendo” (UA3);

“Foi numa clínica particular no centro, só não sei o nome da clínica. Eu não quis ir aqui na Unidade Básica de Saúde” (UA4).

O estudo de Galvão e colaboradores (2019), demonstra que em relação à dimensão de porta de entrada preferencial pela APS, as mulheres referiram usar as UBS como serviço de busca para as ações assistenciais. Outro aspecto que foi considerado no mesmo estudo é que algumas usuárias indicaram problemas em relação à “abertura” da porta de entrada via APS ao apontar situações que poderiam ser acolhidas e resolvidas pelas equipes, cuja negativa resultava em peregrinação entre outros serviços ofertados pela rede de atenção à saúde.

Ainda, no estudo citado acima, foi verificado que a partir do encaminhamento para atenção especializada, a APS desapareceu da maior parte das trajetórias e em relação ao plano de cuidado, as poucas usuárias que retornaram à UBS o fizeram por iniciativa própria, geralmente pela necessidade de marcação de consultas e exames para atenção especializada. Não foi identificado, na maioria dos casos, profissional de referência na APS que tenha coordenado o cuidado na RAS.

Este estudo corrobora com os achados do estudo acima, visto que na maior parte das trajetórias, o primeiro acesso à atenção especializada foi garantido na rede pública do município de residência, via encaminhamento da UBS. As mulheres que procuraram a rede privada de saúde tiveram que retornar a APS para os devidos encaminhamentos, ora por despesas com consultas médicas, ora por exames diagnósticos. Por se tratar de uma doença que exige tratamentos de alto custo e um acompanhamento posterior, a maioria optou por recorrer ao SUS. A partir disso, os procedimentos, consultas e exames a serem realizados foram agendados diretamente pela atenção especializada, distanciando as mulheres da UBS, sendo que as mesmas, não citaram em nenhum momento profissionais de referência que favorecessem a coordenação do cuidado.

Com o resultado do exame citopatológico ou da biópsia foi possível a liberação da consulta com o oncologista pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do encaminhamento médico, para a liberação do tratamento adequado, conforme prevê a Portaria nº 874 de maio de 2013. Essa Portaria instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, garantindo o acesso aos usuários nas esferas federativas, em cada nível de atenção, segundo o planejamento dos princípios e diretrizes do SUS - a universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Para que a trajetória até o tratamento do câncer seja garantida, é necessário que os serviços de saúde se organizem em todos os níveis de atenção; visto que, a pactuação entre todos os serviços proporciona o fortalecimento da linha de cuidado e permite maior agilidade ao acesso, a assistência e ao tratamento adequado (NEUJAHR, et.al., 2020).

Com a fala da Unidade de Análise 5, percebe-se que o exame preventivo não era realizado com frequência, além do total desconhecimento sobre a alteração constatada no mesmo.

“Eu fui fazer um exame de rotina, depois de anos que eu não comparecia para fazer o preventivo. A médica pediu o preventivo e veio a alteração pelo NIC III. Eu não sabia o que era isso e não imaginava o que fosse, total ignorância. Não sabia que era um pré-câncer, o início de um câncer. Eu achei que estava tudo bem, porque eu não tinha dor, não tinha nada além de um corrimento nada”.

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é realizado por meio do exame citopatológico, considerado um método simples e de baixo custo que pode ser oferecido nas consultas de planejamento familiar, pré-natal e ginecológica nos serviços de saúde. Este exame identifica alterações no epitélio cervical, que indique a presença de lesões precursoras deste tipo de câncer ou da própria patologia. Há recomendação de cobertura acima de 80% da população

alvo com a realização do exame citopatológico, visto que, países que implementaram de forma organizada em programas de rastreamento apresentaram redução consistente das taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de câncer, com uma queda do risco cumulativo entre 60 e 90% (BARBOSA, et.al.,2020; MADEIRO, RUFINO, 2022).

A recomendação do Ministério da Saúde é que o rastreamento do câncer do colo do útero seja realizado em mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos. Nas mulheres a partir de 25 anos e que tem vida sexual ativa é realizado anualmente e, após dois resultados negativos, o intervalo entre os exames pode ser estendido para três anos, a recomendação segue para todas as mulheres até os 64 anos, devendo somente ser interrompido quando houver pelo menos dois exames negativos nos últimos cinco anos (BARBOSA, et.al.,2020).

O prazo máximo para início de tratamento de câncer no Brasil é de 60 dias, Lopes e Ribeiro (2019), ressaltam que o tratamento deva ocorrer em menor tempo possível, não devendo adotar os 60 dias, que são definidos juridicamente como o prazo correto. Em outros países como o Canadá a definição desse prazo é menor que 30 dias, possuindo relevância em termos de interpelação jurídica.

Partindo do princípio da oferta, a atenção básica é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 1996, que é a peça fundamental para a extensão de oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero em todo o território brasileiro; com a promoção de ações de educação em saúde, busca ativa das usuárias e ações de monitoramento, o que impacta de forma positiva na redução da morbimortalidade por essa doença. É atribuição das equipes da ESF na Atenção Básica, prestar cuidado integral e a detecção precoce do câncer de colo de útero, além do acompanhamento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando existe algum resultado de exame de Papanicolau alterado (SOUSA, MIRANDA, 2018; ANDRADE, SANTOS, ZANINI, 2019).

É pertinente ressaltar que o Ministério da Saúde refere que a prevenção do câncer do colo do útero na atenção integral à saúde da mulher é uma prática dos profissionais de enfermagem, que atuam na educação em saúde, de forma a desmistificar a ação preventiva do câncer mencionado, observando a demanda da usuária em sua totalidade, incluindo aspectos relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A consulta de enfermagem em ginecologia é um espaço de acolhimento, de relacionamento terapêutico e de educação em saúde; de modo a oferecer apoio às mulheres durante o atendimento ginecológico, conhecer como elas se sentem e o que buscam (SOUSA, MIRANDA, 2018).

O município de Guarapuava/PR oferta o exame citopatológico nas ESF's e o fluxo de atendimento das mulheres segue os protocolos e programas instituídos pelo Ministério da Saúde.

Os enfermeiros são responsáveis pela coleta do exame, registro em prontuário, alimentação do SISCOLO, avaliação dos laudos e encaminhamento para consulta médica e/ou atenção especializada sempre que necessário.

Na fala da Unidade de Análise 6, percebe-se a busca por atendimento na UBS, principalmente devido à queixa de sangramento de escape que acabou se tornando mais frequente e intenso:

“Eu sempre fiz o acompanhamento de preventivos no posto mesmo e tudo bem sempre (...) A enfermeira me chamou e eu fui fazer, para o meu azar, no dia da coleta não tinha resquício de sangue. A coleta foi uma enfermeira que fez. A moça disse que estava vendo, ela até brincou - nossa está bem limpinho por dentro bem tranquilo -, e eu até falei: - mas está muito estranho; e ela falou assim:- olha a princípio não tem nada. Ela até viu com uma lanterninha, olhou e o cotonete saiu limpinho. Fiquei até mais tranquila e falei:- poxa ela está olhando, está tudo bem, tudo certo”.

A fala da UA 5 evidencia a participação da figura do enfermeiro na realização do exame preventivo do colo do útero e o sentimento de “tranquilidade”, após avaliação e durante a realização do exame. Em contrapartida, apresenta dúvidas sobre os achados do exame, pois continua apresentando sangramento cada vez mais intenso.

De acordo com a Resolução COFEN nº 385/2011, que regulamenta a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, a enfermagem desempenha papel importante na prevenção e detecção desse tipo de câncer. Portanto, deve sensibilizar, promover a integração com a equipe e incentivar as mulheres a fazerem o exame de rastreio, por meio de programas educativos. São responsáveis, também, pela coleta do material e estímulo do autoconhecimento do corpo e da sexualidade, familiarizando a mulher ao ambiente, ao exame, e minimizando sentimentos negativos. Além disso, a enfermagem também é responsável pelo fornecimento de informações para o indivíduo e sua família sobre os fatores de risco do câncer e sobre as formas de prevenção, proporcionando, assim, meios concretos e seguros para o tratamento e reabilitação, caso necessário (SILVA, et.al., 2021).

De acordo com a Resolução COFEN nº 385/2011, a coleta do Papanicolau é considerada uma prática de cuidado complexa e que necessita de conhecimento científico, sendo o enfermeiro o profissional capacitado para a realização do exame, deve ter conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor ao procedimento, atentando para a capacitação continua necessária à sua realização, a fim de garantir maior abrangência na prevenção de incidências por câncer (ROCHA, SILVA, GUIMARÃES, 2021; SILVA, et.al., 2020).

Contudo, para a eficiência no rastreamento do CCU é essencial que a fase pré-analítica seja desenvolvida corretamente, ou seja, que as amostras coletadas para o exame citopatológico apresentem qualidade, evitando desta forma, os resultados falso-negativos. Para se ter uma amostra de qualidade, é necessário que o profissional coletor tenha capacidade e conhecimento para saber identificar as regiões anatômicas corretas para a coleta, as características da amostra e suas particularidades. Logo, é uma técnica que possui complexidades, para a qual o profissional coletor precisa perceber alterações fisiológicas, anatômicas e patológicas, caso haja, para realizar a coleta do material adequadamente. Para isso, é essencial uma formação continuada dos profissionais de saúde que atuam na prevenção do câncer do colo uterino (JAKOBCZYNSKI, et.al., 2018).

A partir do exame citopatológico com resultado alterado, é necessário assegurar o adequado manejo da mulher, garantindo assistência articulada aos serviços de saúde e cuidado integral. Caso não sejam tomadas as primeiras medidas, a mulher corre o risco de atraso no diagnóstico e no tratamento, sendo assim, a repetição do exame respeitando a periodicidade adequada e as informações registradas em prontuários são importantes para delinear um perfil sociodemográfico das mulheres, além do encaminhamento para serviços de referência em casos de evidências de câncer de colo do útero. Assim como a realização do exame é importante, a busca pelo resultado é determinante para o seguimento da assistência; no entanto, muitas mulheres não reconhecem a relevância de dar continuidade ao tratamento, a gravidade da lesão e seus possíveis danos (BRANDÃO, ANDRADE, OLIVINDO, 2020).

Sendo assim, o profissional enfermeiro tem papel fundamental para a adesão da paciente ao tratamento, por meio do acolhimento e da criação de uma relação empática no momento da consulta, tal como o esclarecimento dos resultados que seja de fácil entendimento, visto que a nomenclatura dos laudos dificulta a compreensão. Este tipo de atenção estimula a mulher a buscar o serviço de saúde, além do fornecimento de informações por escrito e agilizar o início do tratamento (BRANDÃO, ANDRADE, OLIVINDO, 2020).

Em contrapartida no estudo, percebe-se na fala da Unidade de Análise 4, de 68 anos, a não procura por atendimento médico de rotina e realização de exames preventivos, como o do câncer do colo do útero:

“Eu era uma pessoa muito tranquila, não era de ir ao médico. Nunca ia no médico. Eu sabia que aquilo que estava em mim não era normal, mas eu pensava assim, enquanto eu for aguentando, vou ficando, não tinha dor nenhuma (...) Esse exame que falam, eu nunca tinha feito essa foi a primeira vez”.

Nesse estudo (SIC), os motivos que levaram a UA 4 a não realizar o exame foram o desconhecimento da importância de realizar o mesmo, o medo, a vergonha e o fato de não ter vida sexual ativa devido ser viúva a muitos anos.

A falta de conhecimento adequado sobre o câncer do colo do útero e do exame preventivo interfere diretamente na realização e a não adesão ao exame. A desinformação causa despreocupação ou mesmo desinteresse pela crença pessimista de impossibilidade de cura (GARCIA, et.al., 2021).

Um estudo sobre o exame preventivo realizado com mulheres idosas, revelou que 21,7% nunca o realizaram. Os motivos, dentre eles foram: não estar com vida sexual ativa; o medo e a vergonha; não achavam o exame importante diante da proximidade da morte. A pesquisa ainda encontrou que, de todas as entrevistadas, 63,9% não tinham regularidade na realização dos exames (COSTA, BEZERRA, SILVA, 2021).

Evidencia-se que o conhecimento da finalidade do exame de Papanicolau influencia as mulheres a se submeterem ao mesmo, resultando em uma maior e mais consciente procura. Enquanto, a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a mulher na procura dos cuidados preventivos. A desinformação pode gerar despreocupação e consequente desinteresse pela prevenção, não só do CCU, como também, de outras doenças ginecológicas (SANTOS, GOMES, 2022).

Diante desses aspectos, a falta de informação e conhecimento insuficiente ou errôneo constituem barreiras para a realização de medidas preventivas para o CCU. É de responsabilidade do enfermeiro, que atua nos programas de prevenção e controle do CCU, incentivar ações que enfatizem a necessidade da realização do exame preventivo, para que haja impacto efetivo sobre a morbimortalidade por este câncer (SILVA, et.al., 2021).

Em Guarapuava/PR as ações de prevenção do colo do útero são desenvolvidas o ano todo, a oferta do exame citopatológico é disponibilizada na UBS e realizada pelo enfermeiro, seguindo os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. No mês de outubro, é produzida a campanha “Outubro Rosa”, e nesse período o horário de atendimento de algumas UBS’s é estendido para que principalmente as mulheres que trabalham tenham acesso ao exame citopatológico. A Clínica da Mulher também funciona com horário diferenciado e oferta a coleta do exame por livre demanda, sem a necessidade de encaminhamentos prévios. São realizadas ações educativas e informativas sobre a prevenção desse tipo de câncer e a importância da realização do exame preventivo.

A orientação do Ministério da Saúde é que o exame preventivo do CCU seja repetido a cada três anos, após dois exames consecutivos normais realizados no intervalo de um ano, com o intuito de reduzir a possibilidade de resultados falsos negativos. A periodicidade de três anos se deve à recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. O estágio pré-clínico do câncer cervical é muito longo, por isso é importante a adesão da mulher à realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, sendo assim, quanto maior a frequência de exames preventivos, conforme rotina, menor é o risco cumulativo do câncer não ser rastreado precocemente (DIAS, et.al., 2021).

Outro fator de destaque, evidenciado no estudo com a fala da Unidade de Análise 8, demonstra o desconhecimento sobre o fator de risco para o câncer do colo do útero e o sentimento de vergonha ao contar para os familiares sobre o que poderia causar a doença. As mulheres, muitas vezes, são julgadas por apresentarem infecções sexualmente transmissíveis.

“Sim, foi ruim na hora de contar. Eles não sabiam. A questão é que esse pré-câncer era do HPV e eu não sabia. Se for contar, a pessoa: - ah! Mas, ela tem HPV e quem não entende, se eu falar que o pré-câncer surgiu do HPV(...)”.

O desconhecimento das mulheres sobre a doença e a sua relação com o HPV pode reforçar que, quanto menor o conhecimento sobre este vírus, menor é a capacidade de prevenção contra o câncer do colo do útero e compreender a importância da realização do exame preventivo (SANTOS, GOMES, 2022).

Considera-se que a triagem e o diagnóstico precoce das lesões pré-malignas estão associados a um potencial elevado de cura e prevenção da doença invasiva. Sendo imprescindível para as ações relacionadas à prevenção primária e secundária, levando em consideração que um terço das mulheres apresenta lesões cervicais, que são induzidas pelo HPV, no primeiro ano de início da atividade sexual e até 40% apresentarão nos cinco anos subsequentes (SOUSA, et.al., 2021).

A carcinogênese relacionada com o HPV tem início com a alteração epitelial denominada Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Geralmente precede o desenvolvimento de um câncer evidente por muitos anos e até décadas. A incidência de NIC atinge o ponto mínimo por volta dos 30 anos e o ponto máximo por volta dos 45 anos de idade, começando com a displasia de baixo grau (NIC I), progredindo para displasia moderada (NIC II) e, então para a displasia grave (NIC III), ao longo do tempo (CUNHA, et.al., 2022).

Nesse estudo, nenhuma das unidades de análise apresentavam imunização para o HPV, pois a primeira campanha vacinal no Brasil ocorreu em 2014, podendo inferir que, por esse

motivo, esse dado encontra-se presente no estudo. A campanha apresentava como meta vacinar 80% das meninas entre 11 e 13 anos, em esquema de 3 doses 5. Em março de 2015, o Ministério da Saúde ampliou a vacinação com a quadrivalente para meninas entre 9 e 13 anos de idade, assim como contemplada a população feminina de 9 a 26 anos, vivendo com HIV/AIDS. Em 2016, o esquema mudou para duas doses, com a segunda dose após seis meses da primeira aplicação. Em 2017, manteve o esquema anterior, porém foram adicionados meninos entre 11 e 14 anos, sendo que o Brasil é o primeiro país da América do Sul e o sétimo do mundo a oferecer a vacina contra o HPV para meninos em programas nacionais de imunizações (SILVA, MARQUES, COSTA, 2021).

Vale ressaltar que a administração da vacina contra o HPV não substitui outras ações de promoção da saúde, os pacientes vacinados devem receber orientação quanto ao uso de preservativos para a prevenção de infecção por outros tipos de HPV não incluídos nas vacinas e de outras infecções sexualmente transmissíveis, sendo que o rastreamento do câncer de colo de útero deve ser mantido. A vacina contra o HPV e o rastreamento são métodos que se complementam para dar mais proteção à mulher em relação ao desenvolvimento de neoplasias genitais, por prevenção primária, evitando a infecção pelo vírus, e por prevenção secundária, com a detecção precoce de lesões precursoras (CARDIAL, et.al., 2019).

Em todas as trajetórias desse estudo não houve convocação para a realização do exame citopatológico do colo uterino. Esse exame foi realizado por iniciativa da mulher ou por incentivo de familiares, muitas vezes diante da manifestação e relato dos sintomas.

No Brasil, o tipo de rastreamento para o câncer do colo do útero é oportunístico, em que não há controle das mulheres que realizam o exame e tampouco da periodicidade. Em adolescentes e mulheres jovens em especial, o rastreamento pode levar à detecção de lesões com potencial elevado de regressão espontânea, diminuindo a incidência de lesões invasoras. Informações de outros países demonstram que 67% das mulheres de 15-24 anos, que iniciaram a atividade sexual, e 13,9% daquelas sem iniciação sexual tinham realizado exame citopatológico, evidenciando como é frequente essa prática, mesmo com recomendações contrárias (MADEIRO, RUFINO, 2022).

Em relação ao início da atividade sexual, nesse estudo, 4 unidades de análise iniciaram aos 16 anos, 1 unidade de análise aos 17 anos, 3 unidades de análise aos 18 anos e 1 unidade de análise aos 19 anos, caracterizando o início precoce da atividade.

O estudo de Correia e colaboradores (2020) traz que o início precoce da atividade sexual (antes dos 18 anos) e a maior quantidade de parceiros sexuais são considerados fatores de risco para a infecção pelo HPV.

Diferente do mencionado acima, nesse estudo, em relação à quantidade de parceiros a maioria das unidades de análise relataram ter apenas um parceiro sexual, podendo inferir que não foi o fator de risco que levou ao desenvolvimento do câncer.

Em um estudo transversal, de base populacional, com dados de inquérito domiciliar com 2.002 mulheres alfabetizadas de áreas urbanas, foram avaliados a prática do exame nos três anos anteriores e os fatores associados à não realização, realizado nas cinco regiões do Brasil, tendo o levantamento de campo ocorrido entre 2 e 9 de junho de 2016. Os resultados mostraram que a cobertura do exame citopatológico do colo do útero, nos últimos três anos, foi de 66,5% entre mulheres de 18-39 anos. Além disso, a realização do exame aumentou, gradativamente, em mulheres acima de 25 anos, atingindo cobertura de 76,8% entre aquelas de 35-39 anos, próximo ao preconizado na literatura para a população alvo, observou-se que quase metade (45,2%) das mulheres de 18/19 anos, e 53,5% daquelas de faixa etária entre 20-25 anos disseram ter feito o exame nos últimos três anos. Apesar de existir recomendação para realização do exame citopatológico por todas as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, a prioridade dos programas de rastreamento é para a faixa etária de 25 a 64 anos. Os dados deste estudo demonstraram que, entre mulheres de 25 a 39 anos no Brasil, a cobertura do exame citopatológico apresentou proporção pouco abaixo do recomendado. (MADEIRO, RUFINO, 2022).

Nesse estudo, a faixa etária das unidades de análise variou entre 27 e 68 anos, dados que corroboram com a idade estipulada para a realização do exame conforme a recomendação do Ministério da Saúde. Apenas uma das unidades de análise apresentava 68 anos, porém não realizava o rastreamento do câncer do colo do útero, ao referir na fala mencionada acima que nunca havia realizado o exame.

Cerqueira e colaboradores (2022), realizaram uma revisão da literatura sobre políticas e iniciativas de controle do CCU no âmbito da APS em países sul-americanos, constatando que no Brasil (22-24), Chile (25) e Peru (31-33), evidenciam-se a função e a integração da APS com os demais pontos de atenção, com estratégias que induzem a organização das práticas para detecção precoce do CCU, tratamento em tempo oportuno e acompanhamento das mulheres diagnosticadas e em cuidados paliativos. Entretanto, o exame de Papanicolau espontâneo (buscado pela mulher e ofertado no sistema de saúde) foi predominante em todo o continente sul-americano. De modo geral, a ausência de rastreamento organizado tem como efeito indesejável, de um lado, o super rastreamento de mulheres (rastreamento de mulheres de baixo risco porque realizam espontaneamente o exame em intervalos curtos e desnecessários); e, de outro lado, a manutenção de um grupo de mulheres que nunca realizou o Papanicolau.

Na América do Sul e Central, a carga de doença associada ao CCU é alta, com taxas elevadas de incidência e taxas baixas de triagem, mesmo em países que possuem programas nacionais de rastreamento. Por sua vez, os países europeus que alcançaram sucesso no controle do CCU implementaram ampla cobertura populacional de rastreamento organizado e incorporaram um robusto programa de vacinação contra o HPV. A cobertura nesses países também está relacionada à busca ativa das mulheres e ao acompanhamento longitudinal após um teste de triagem positivo (CERQUEIRA, et.al.,2022).

Nesse estudo, observa-se que geralmente a busca pelo atendimento na rede de saúde, ocorreu quando a mulher apresentava sintomas concretos e muitas vezes a doença evoluiu e avançou no estadiamento, demonstrando que independentemente da faixa etária das unidades de análise ocorreu deficiência no rastreamento do câncer do colo do útero, seja pela não convocação para realização ou pela não procura do exame, como referiu a Unidade de Análise 4:

“Eu era uma pessoa muito tranquila não era de ir ao médico, nunca ia ao médico. Eu sabia que aquilo (sangramento) que estava em mim não era normal, mas eu pensava assim: enquanto eu for aguentando eu vou ficando, pois não sentia dor nenhuma”.

Em se tratando dos exames diagnósticos de acordo com Silva e colaboradores (2018), a Citopatologia é o método de escolha para o rastreio das lesões intraepiteliais precursoras do câncer de colo do útero, além de contribuir no reconhecimento de condições infecciosas e/ou inflamatórias, tendo em vista o início da vida sexual cada vez mais precoce e, muitas vezes, de forma desprotegida, ocorre o favorecimento de infecção pelo HPV e outros microrganismos sexualmente transmissíveis, ficando claro a importância da utilização deste exame nas campanhas de rastreio e prevenção. O exame histopatológico é considerado padrão ouro para o diagnóstico do câncer de colo do útero, permitindo, na prática assistencial, classificar o tipo e grau histológico dos tumores e fornecer embasamento para as decisões clínicas e terapêuticas.

Para o diagnóstico dos casos que apresentam o exame citopatológico alterado é necessário a realização de exames para investigação diagnóstica como: colposcopias, biópsias, entre outros, e o tratamento envolve a realização de cirurgias como a histerectomia, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, a depender do estadiamento e avaliação clínica das mulheres (LOPES, RIBEIRO, 2019).

Nesse estudo, todas as unidades de análise realizaram o exame citopatológico e após a alteração constatada foram solicitados outros exames, como: biópsia, ultrassonografia

abdominal e transvaginal, tomografia computadorizada, ressonância magnética e colposcopia, corroborando com os exames que são indicados para diagnosticar a doença.

Muitas mulheres com câncer de colo do útero, farão algum tipo de cirurgia, para diagnosticar, determinar a extensão e tratamento, especialmente para os casos em estágios iniciais (ACS, 2021).

No que diz respeito ao tratamento instituído, as unidades de análise desse estudo, realizaram o tratamento a seguir: cinco com quimioterapia, radioterapia e braquiterapia, três histerectomias e uma conização.

No estudo de Silva e colaboradores (2018) com relação aos tratamentos realizados pelas 88 mulheres estudadas, 64 destas realizaram radioterapia e quimioterapia concomitantes, 13 realizaram radioterapia, quimioterapia e cirurgia de histerectomia.

Em outro estudo realizado com mulheres usuárias de três Unidades de Alta Complexidade em Oncologia do município de Campos dos Goytacazes/RJ, atendidas pelo SUS, acometidas por câncer de colo de útero, entre as nove entrevistadas, cinco tiveram o seu tratamento também composto por cirurgia, sendo realizada histerectomia, e todas as entrevistadas realizaram quimioterapia, radioterapia (teleterapia e braquiterapia) pelo SUS (LOPES, 2021).

No estudo de Moreira e colaboradores (2022), que avaliou os tratamentos realizados por mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero, das 8.857 mulheres incluídas no estudo, em relação ao primeiro tratamento, houve maior frequência de quimioterapia (45,8%) entre as que iniciaram o tratamento em até 60 dias, enquanto entre as que iniciaram o tratamento após 60 dias, o mais frequente foi a radioterapia (54,8%).

O tratamento cirúrgico exclusivo e cirurgia + radioterapia apresentam menos chances de associação ao estadiamento tardio, pois para doença localmente avançada não existe indicação para o tratamento cirúrgico e o tratamento padrão é a associação quimio-radioterapia (teleterapia concomitante à quimioterapia seguida de braquiterapia), embora este fator esteja diretamente relacionado a fatores sociais e econômicos, pois muitos pacientes não tem acesso aos recursos básicos para o tratamento do câncer (SARDINHA, et.al., 2021).

Nesse estudo, a maioria das unidades de análise realizaram a quimioterapia, radioterapia (teleterapia e braquiterapia) de forma concomitante e não de forma isolada. Outra modalidade de tratamento instituída foi a cirurgia isolada em dois casos e a cirurgia+ radioterapia em um outro caso, fato que corrobora com os estudos citados acima.

Diferente dos demais relatos, uma das unidades de análise relatou que não foi possível realizar a braquiterapia devido à dor no útero, conforme fala abaixo:

“Foi a química e a radio, a braqui não pude fazer, por conta da dor. Conversei com as enfermeiras e os médicos e disseram, que se melhorasse mais para frente, eles iam tentar de novo, mas não fui mais. Agora quero ver se eu vou e se Deus quiser para Curitiba de volta”. (UA1)

As demais unidades de análise que realizaram o tratamento de quimioterapia, radioterapia (teleterapia e braquiterapia), referiram concluir o tratamento sem queixas.

Atualmente, o modelo biomédico não é capaz de atender todas as demandas de cuidados que as pessoas com câncer exigem, pois existe uma série de significados construídos. Muitas vezes essas pessoas exploram uma trajetória em busca de práticas para a atenção ao seu processo de adoecimento, procurando por benzedeadas, cirurgia astral, reiki, simpatias entre outras práticas, tudo para amenizar sintomas ou para a cura da doença (MINUTO, et.al., 2021).

No estudo não houve relato sobre o uso de terapias como acupuntura, musicoterapia, reiki, yoga, homeopatia, cromoterapia, entre outros. Nem procura por benzedeadas, pais de santo, xamã, simpatias, cirurgia espiritual ou outra ajuda complementar, conforme demonstra as falas a seguir:

“Tomei bastante chá de canela que é bom, mas não adiantava nada” (UN1);

“Não, curandeira e benzedeadas eu nem acredito (...) (UN4);

“Não (risos), só Deus mesmo, no resto eu nem acredito (risos)” (UN8).

Quando as unidades de análise foram questionadas sobre o uso de tratamentos alternativos, complementares ou integrativos, as plantas medicinais foram citadas como uma forma de cuidado à saúde, as quais podem ser observadas nas falas a seguir:

“Tomava chá porque a minha mãe me dava. Chá de urtiga que é bom, porque é diurético; o chá de camomila, porque me ajuda a dormir; chá de hortelã porque como eu te falei, eu peguei muitos estudos de caso sobre retocolite, eu acessei inclusive o protocolo de tratamento da retocolite do Ministério da Saúde (sorriu). Então, eu tomava os chás, porque me ajudavam a dormir. Eu tomava chá de camomila, maçã e hortelã, que me ajuda ajudava na dor” (UN3);

“Tomava chá caseiro e contava para o doutor; chazinho que me ensinavam, que eu sabia que era bom. Eu tomava chá de camomila, que a médica também me ensinou para lavar lá por baixo, porque me deu muita diarreia e tomava chá de camomila, alecrim, erva-doce, cidreira, hortelã, tomava e tomo até agora” (UN4);

“Na verdade, o único chá que eu tomei foi calmante, camomila. A gente fica meio nervosa e para não desconfiar nas minhas filhas que não têm

nada a ver, eu tomava para dormir, principalmente por causa da dor. eu acordava de três em três horas, ficava acordando, me atrapalhou bastante o sono” (UN5);

“Eu só fazia chazinho de espinheira santa e de erva-doce, também” (UN9).

Em concordância com o exposto acima, as práticas integrativas e complementares à saúde podem ser utilizadas de forma concomitante ao tratamento convencional, objetivando minimizar os efeitos colaterais e garantir qualidade de vida (MENIN, ORSO, 2020).

No estudo de Minuto e colaboradores (2021), foi possível observar que os participantes utilizavam diferentes práticas de cuidado conforme suas necessidades, foram referidos cuidados com a alimentação e o uso de plantas medicinais a fim de aliviar sinais e sintomas.

A Unidade de Análise 6 refere cuidados com a alimentação, conforme fala a seguir:

“O que eu busquei foi procurar me alimentar melhor, pesquisei sobre dieta, uma dieta do INCA, busquei o que um paciente com câncer deve ou não comer”

Os sites oficiais como o do INCA, apresentam orientações para pacientes e familiares. O INCA distribui gratuitamente para os pacientes matriculados nas suas unidades assistenciais, uma série de cartilhas com informações sobre seus serviços, direitos oferecidos e orientações sobre o tratamento no hospital ou em domicílio. As cartilhas podem ser disponibilizadas no ato da matrícula ou durante as etapas do tratamento, são avaliadas e aprimoradas constantemente.

A série Orientações aos Pacientes aborda temas e públicos específicos e procura atender às determinações do Decreto nº 6.932, de 11 de agosto de 2009, que estabelece a Carta de Serviços ao Usuário (INCA, 2022).

Em outra pesquisa realizada em Pelotas, no Rio Grande do Sul, sobre as práticas de auto atenção de pessoas com câncer em cuidados paliativos, os participantes referiram usar diferentes plantas medicinais, como a camomila, babosa, fisális, limão e graviola, com o objetivo de amenizar sintomas como náuseas e vômitos, melhorar a imunidade, e outros para vencer a doença (NOGUEZ, 2017).

No estudo de Bonow e colaboradores (2020), realizado também no Rio Grande do Sul, que tinha por objetivo conhecer as terapias integrativas e complementares utilizadas pelos pacientes em tratamento quimioterápico, evidenciou que a homeopatia, fitoterapia e plantas medicinais permitiram aos pacientes oncológicos maior bem estar, além de proporcionar autonomia nas decisões sobre o seu plano de cuidado. A pesquisa demonstrou que pessoas com

câncer em cuidados paliativos utilizavam as plantas medicinais antes do surgimento da doença e que este uso persistia para o manejo de sintomas e por proporcionar conforto e satisfação.

Os estudos acima corroboram com este estudo, visto que os chás medicinais eram utilizados pelas unidades de análise para amenizar alguns sinais e sintomas em decorrência da doença, pelo meio do conhecimento de senso comum, mas não como forma de tratamento para a doença, como foi evidenciada nas falas citadas acima.

A busca das mulheres pelo diagnóstico e tratamento do câncer foi dotada de muitos caminhos. Um dos aspectos importantes do estudo é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, visto que, esse tempo foi variável entre as unidades de análise.

Quando a Unidade de Análise 1 foi questionada em relação a esse tempo, relatou a demora em ser diagnosticada e que precisou ser encaminhada para a atenção especializada, para obter o diagnóstico e realizar o tratamento, como evidencia a fala a seguir:

“Demorou para me atenderem, demorou bastante, não queriam me atender no posto, me davam injeção, parava o sangramento e voltava para casa, voltava de novo ao posto e o pessoal não queria me atender e me mandavam para a Clínica da Mulher. Eu queria ir para o São Vicente, mas eles tinham que esperar a ordem, não sei, de quem, mas fui para o São Vicente”. “No posto, foi tempo consultando e depois que fui fazer o exame e daí que fui no São Vicente e eles me atenderam, foi muito bem”.

Os relatos das Unidades de Análise 2 e 7 também evidenciam que o prazo de 60 dias para início do tratamento oncológico foi excedido, pois a UA 2 levou em média 120 dias e a UA7 em média 150 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Sabe-se que a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde têm influência direta sobre a sobrevivência dos pacientes, que aumenta ou diminui conforme o acesso, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento (CARVALHO, DWER, RODRIGUES, 2018).

Para estabelecer prazos que garantam o tratamento dos pacientes que são diagnosticados com câncer em tempo oportuno, foi publicada a Lei Federal nº 12.732/2012, que fixa o prazo de até 60 dias contados, a partir da data da confirmação do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor para que o paciente com neoplasia maligna inicie o tratamento no SUS (CARVALHO, DWER, RODRIGUES, 2018; LOPES, RIBEIRO, 2019).

Esse achado no estudo revela que o sistema de saúde, do Município estudado, não atendeu à demanda das mulheres diagnosticadas com câncer no que diz respeito ao início de tratamento em tempo oportuno. Apesar de a Lei nº 12.732/2012 ter entrado em vigor em maio

de 2013, verificou-se que nem todos os casos foram iniciados em até 60 dias da data da confirmação do diagnóstico.

No estudo epidemiológico retrospectivo e observacional de base hospitalar, realizado no estado da Bahia, evidenciou que 65% das mulheres estudadas realizaram o tratamento em tempo inoportuno, o que corrobora com os achados desse estudo (SILVA, PINTO, FIGUEIREDO, 2022).

No estudo descritivo e retrospectivo, realizado no estado de Goiás com informações retiradas do site do DATASUS, foi encontrado que dentre todos os casos, em apenas 48,9% deles o tratamento foi iniciado em até 60 dias, conforme legislação (BORGES, RODRIGUES, 2021).

Nesse estudo, a dificuldade no acesso ao exame preventivo no SUS foi um dos aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde da atenção básica e tem impacto direto nas ações de prevenção e detecção precoce.

O relato da UA 5 representa um exemplo de barreira de acesso ao exame preventivo no SUS, em um momento específico vivenciado pelo país - a pandemia de COVID-19.

“Eu disse: - Meu Deus, eu não fiz o preventivo no ano passado justamente por causa da pandemia (...)” “No posto eles não estavam colhendo devido à pandemia, então eu não fiz o exame no ano passado (...)”.

A fala da UA 3 demonstra que a sua porta de entrada foi a rede privada, devido à pandemia de COVID-19 e a interrupção momentânea no serviço de rastreamento:

“Em primeiro momento foi na rede privada depois todo meu tratamento foi via SUS. Eu só não fui via SUS no começo porque era pandemia, estava parado e a rede de saúde estava com restrições só atendia COVID. Então, por isso que não fui no SUS (...)”.

As duas narrativas apresentadas revelam falhas do sistema público de saúde diante do não rastreamento dessas mulheres para a realização das ações preventivas da doença no decorrer da pandemia de COVID-19.

Os estudos abaixo corroboram com esta pesquisa, visto que muitos serviços foram interrompidos durante a pandemia, principalmente no que diz respeito às ações preventivas e de rastreamento do câncer do colo do útero.

Vários estudos demonstram que a pandemia do COVID-19 levou a declínios nos cuidados essenciais de saúde em todo o mundo. Sabe-se que no ano de 2020, a COVID-19 afetou a oferta de serviços de saúde, com redução dos recursos financeiros e interrupção de

programas de saúde, bem como o acesso dos pacientes aos serviços, com redução de horários e profissionais. Além disso, as medidas de distanciamento social também restringiram o acesso a cuidados preventivos. Por sua vez, as desigualdades de acesso a serviços de saúde existentes sofreram uma exacerbação aguda devido à pandemia, em especial em países de baixa e média renda, como o Brasil (DOUBOVA, et.al., 2022).

Em Ontário (província no centro-leste do Canadá), para mitigar a transmissão do COVID-19 e preservar a capacidade do sistema de saúde, em meados de março de 2020, o governo definiu que as cirurgias programadas fossem reduzidas e as atividades clínicas não essenciais fossem interrompidas. Consequentemente, a *Ontário Health*, agência que supervisiona a prestação de cuidados de saúde em toda a província, recomendou que a triagem do câncer fosse pausada. Para gerenciar as restrições à capacidade do sistema de saúde, foi desenvolvida uma orientação pandêmica para priorizar os serviços de rastreamento do câncer, de acordo com o seu risco, e priorizar os serviços de diagnóstico de acordo com o risco de morbidade e mortalidade (WALKER, et.al., 2021).

O surgimento da pandemia de COVID-19 no primeiro trimestre de 2020 causou interrupções na utilização de serviços de saúde nos EUA. Ordens de permanência em casa foram emitidas e as sociedades profissionais recomendaram a pausa nos testes de rastreamento de câncer de rotina. Entre 2018 e 2020, a triagem para câncer do colo do útero diminuiu 11% (de 58,3% em 2018, para 51,9% em 2020). Em 2020, estimou-se que 2,13 milhões, e em 2021 estimou-se que 4,47 milhões a menos de mulheres relataram ter recebido triagem de câncer do colo do útero. Portanto, nos anos 2020 e 2021 a triagem foi menor que em 2018. (FEDEWA, et.al., 2022).

Imediatamente após o início da pandemia no Quênia, em março de 2020, houve uma diminuição significativa em vários indicadores de saúde. Houve declínios consideráveis no rastreamento do câncer do colo do útero em 49,8%, sendo que os efeitos negativos observados no Quênia na prestação de serviços essenciais, incluindo o rastreamento de câncer do colo do útero, foram relatados em vários países da África (KIARIE, et.al., 2022).

O estudo de Woo e colaboradores (2022) evidencia que na Malásia, apesar da ampla disponibilidade, a adesão ao rastreamento tem sido baixa, em cerca de 25% nas últimas décadas; e isso foi reduzido em pelo menos 50% desde a pandemia de COVID-19, sendo que inúmeros fatores colaboraram para as possíveis causas da diminuição na realização do exame citopatológico do colo uterino. Sabe-se que países de baixa e média renda apresentam os menores percentuais de cobertura e uma possível explicação para a queda no rastreio pode ser atribuída ao menor acesso aos serviços de saúde.

Poniewierza e Panek (2022) verificou em seu estudo que em comparação com 2014, a cobertura populacional para o rastreamento do câncer do colo do útero diminuiu em um total de 9,74 pontos percentuais em 2021. Ao longo de todo o período de observação, a maior queda ano a ano foi observada no primeiro ano da pandemia na Polônia (2,38 pontos percentuais). Como o setor privado não limitou o acesso a serviços médicos durante a pandemia, isso resultou em uma redução de apenas 1% no número de mulheres rastreadas em 2020, em relação a 2019. Apesar do declínio observado, a cobertura do rastreamento populacional em 2021 foi significativamente maior na saúde privada (71,91%), do que na rede pública (12,6%). O declínio observado no número de mulheres rastreadas no sistema público de saúde em 2020 na Polônia, associado à pandemia de COVID-19, está em linha com as tendências observadas em outros países.

Em março de 2020, após o início da pandemia de COVID-19 no Brasil, uma portaria do INCA recomendou que os profissionais de saúde orientassem as pessoas a não procurarem os serviços de saúde para o rastreamento do câncer. Em julho de 2020, essa portaria foi revogada devido à heterogeneidade da situação da pandemia nos diferentes estados brasileiros (DUARTE, ARGENTON, CAVALHEIRA, 2022).

No Brasil, embora o rastreamento se mantenha em percentuais próximos aos considerados ideais pela OMS, são identificadas queda no percentual de cobertura e iniquidades de acesso ao exame nos últimos anos. Essa queda pode estar relacionada a fatores como falta de investimentos na divulgação e na busca ativa da população de risco, bem como à falta de conhecimento e conscientização da importância de realização do exame, dificuldade de acesso ao atendimento por profissionais especialistas na área e dificuldade de seguimento (tempo de espera elevado) das mulheres que apresentaram resultados alterados (VIEIRA, et. al, 2022).

De acordo com Vieira, et.al (2022), o cenário pandêmico afetou a curto prazo a cobertura dos exames preventivos do câncer do colo do útero, registrando uma redução de 44,6% na realização dos exames citopatológicos no ano de 2020 no Brasil. A pandemia de COVID-19 pode trazer prejuízos futuros devido às interrupções da detecção desse câncer, como já apontam alguns estudos que preveem o aumento dos casos em 2027, levando em consideração esses atrasos. Países de baixa e média renda podem ser mais afetados visto que a prevalência do rastreamento já é menor e a incidência de casos de câncer em estágio avançado é maior.

No mesmo estudo com relação às regiões, observou-se que as quedas mais acentuadas na cobertura do exame citopatológico durante o período pandêmico ocorreram no Sudeste e no Sul. Esses achados diferem dos encontrados em estudos anteriores à pandemia, que verificaram

que as disparidades regionais, tanto no exame de Papanicolau quanto nas taxas de mortalidade por câncer cervical, eram maiores nas regiões Norte e Nordeste.

Dados brasileiros mostram que a porcentagem de mulheres com diagnósticos FIGO estágio III–IVa de 43,3% antes da pandemia, aumentou para 56,8% durante a pandemia. Países como a Polônia, que possuem um programa de rastreamento baseado em Papanicolau, provaram ser os mais vulneráveis à pandemia. A Austrália, que introduziu o teste de HPV a cada 5 anos em 2017, em vez da citologia cervical usada anteriormente, realizada a cada 2 anos, foi menos afetada pela pandemia. Mais de 90% das mulheres rastreadas estavam livres de HPV, permitindo que o próximo teste de HPV fosse adiado até o final de 2022 (PONIEWIERZA E PANEK, 2022).

Neste estudo, as unidades de análise foram diagnosticadas durante o período pandêmico em estágios mais avançados, sendo o NIC III o mais citado, corroborando com o achado do estudo acima.

Em um estudo de análise de série temporal interrompida, no estado de São Paulo demonstrou que o número médio de 186.931 exames de Papanicolau foram realizados mensalmente, antes das restrições de permanência em casa devido ao COVID-19 (recomendadas em março de 2020) e, após março de 2020, todos esses procedimentos apresentaram reduções imediata, observando um total de 2.448.323 exames de Papanicolau (DUARTE, ARGENTON, CAVALHEIRA, 2022).

Em contrapartida com os resultados negativos apresentados acima, outras unidades de análise referiram que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi dentro do prazo estipulado por lei. A UA 3 afirmou que o tempo foi de 60 dias, a UA 4 referiu que foi de 15 dias, a UA 5 relatou que foi de 30 dias, a UA 6 declarou o tempo de 30 dias e a UA 8 afirmou um tempo menor que 30 dias.

As falas abaixo evidenciam que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento são condizentes com o tempo estipulado por lei:

“Não deu um mês entre a descoberta, o diagnóstico, a cirurgia e a radioterapia, se deu dois meses nesse intervalo foi muito” (UA 5);

“Se não me engano o diagnóstico foi em junho bem no início do mês e a cirurgia em julho, foi bem rápido” (UA 6);

“Graças a Deus que foi tudo muito rápido, eu consultei com a doutora no dia 16 de dezembro e lembro que no dia 21 de janeiro, ela fez minha cirurgia, foi muito rápido” (UA 8);

A narrativa das trajetórias das mulheres na assistência demonstrou que a AB atuou ativamente nos encaminhamentos das UA 4 e 5, como demonstra as falas abaixo:

(...) Me passaram para o posto de saúde, o médico me encaminhou para o Câncer Center e dali me encaminharam pra Curitiba. (UA 4);

“Fui ao posto falei com o enfermeiro e encaminhou, foi muito rápido mesmo, em termos de duas semanas. Acho que não deu um mês, eu já estava fazendo a cirurgia. Fiz a cirurgia e o doutor me encaminhou para radioterapia em Curitiba” (UA 5).

Nesses dois casos, houve participação direta da UBS nos encaminhamentos. Neste estudo, os percursos na assistência de UA 4 e UA 5 foram exemplos de coordenação do cuidado efetiva, uma vez que as duas mulheres iniciaram o tratamento no prazo de 60 dias fixado por lei.

Quando questionadas se houve atraso no tratamento por algum motivo, apenas as unidades de análise que realizaram radioterapia citaram que os defeitos nos equipamentos de radioterapia eram o motivo exclusivo para o atraso. Em um dos casos acabou postergando o final do tratamento, como evidenciado na fala a seguir:

“Eu acho que atrapalhou um pouco por causa da máquina que estragava, ficava um dia, falhava, demorou um pouco mais por causa das máquinas, que sempre tinha um problema ou outro, mas tinha que esperar” (UA 4).

“Na radioterapia teve uma semana que a gente não fez, porque estragou a máquina, o fluxo lá é muito grande, não tem como” (UA 5).

As demais unidades de análise relataram que não houve atrasos no tratamento em nenhum momento, conforme as falas abaixo:

“Foi marcado muito rápido, menos de uma semana, a primeira cirurgia e saiu a biópsia. O que mais demorou foi uma semana, dez dias pra conseguir a consulta e marcaram a cirurgia, foi menos de trinta dias as duas” (UA 6);

“Não teve atraso no tratamento, foi bem certinho. Eu fiz tudo bem certinho, no dia certo e não atrasou nada aqui no Hospital Angelina Caron” (UA 9).

Ao serem questionadas como se sentiram em relação à pandemia de COVID-19 e o adoecimento pelo câncer do colo do útero, as unidades de análise demonstram seus sentimentos, conforme as falas abaixo.

Sentimentos como o medo do contágio pela COVID-19 foram citados:

“A pandemia mexeu comigo nesse sentido, no medo de perder as pessoas ou o medo de ter o COVID nesse intervalo de tratamento e não ter o médico, não ter hospital, não ter UTI, não ter um leito pra eu ser internada... eu fiquei dois meses em casa, maio e junho em casa tomando paliativos, remedinhos assim paliativos por medo de ir ao pronto socorro e ter COVID ou trazer o COVID para dentro de casa, porque minha filha estava grávida e minha mãe idosa. Eu sem defesa, então eu não fui ao pronto socorro, a pandemia me afetou nesse sentido no agravamento da minha doença, do efeito colateral da retocolite” (UA 3);

“Ah eu tinha mais medo da pandemia, do que do câncer. Eu não saía, ficava me cuidando” (UA 4);

Outras falas evidenciaram que os cuidados à saúde precisaram ser redobrados diante do fato de ter câncer e estar vivenciando a pandemia de COVID-19:

“Foi normal, passei bem tranquila era só se cuidar, com a máscara e o álcool em gel, mas outro tipo de problema com o serviço em si não teve, então achei que foi bem tranquilo” (UA 8);

“Não foi muito fácil, foi difícil porque além de estar com o câncer, ter que usar a máscara e se cuidar e cuidar de quem estava perto da gente. O cuidado acabou tendo que ser redobrado” (UA 9).

A fala da UA 2 evidencia a diminuição do fluxo de pessoas atendidas no serviço de saúde, onde realizou o tratamento e os cuidados que foram necessários nesse momento:

“Eu fiz o tratamento e fui lá (no hospital) bem no comecinho da pandemia. A gente tinha que passar pelas triagens e cuidados com álcool em gel, máscara e distanciamento (...) diminuiu bastante a quantidade de pessoas que se tratavam lá. Nossa era bastante gente que se trata, mas agora na pandemia tinha bem pouca gente (UA 2).

As falas das unidades de análises descritas acima corroboram com os achados na literatura em relação ao comportamento dos serviços oncológicos durante a pandemia de COVID-19. Além de retratar os cuidados que foram instituídos nesse momento, como o uso de máscara, higienização das mãos com álcool em gel e distanciamento social, também apontados pelas unidades de análise.

Um estudo realizado por Cuadrado e colaboradores (2022), cujo objetivo foi estudar o impacto da pandemia de COVID-19 no acesso ao tratamento oncológico no Chile, evidenciou que houve grande queda devido ao COVID-19 sobre o uso de serviços de oncologia, confirmações diagnósticas e altas médicas. A proporção dos serviços não prestados que é um indicador de necessidade insatisfeita foi de 33,9% para 35,8%, indicando que um número considerável de pacientes com câncer enfrentou interrupções no acesso a serviços básicos.

O mesmo estudo identificou também que os principais determinantes dessa tendência foram o medo de contrair COVID-19 e interrupções causadas pelo desvio de recursos para lidar com a pandemia, a redução repentina na utilização dos serviços oncológicos antecedeu os pedidos de permanência em casa e bloqueios nacionais.

No estudo de Bruzos e colaboradores (2022), que pretendeu conhecer o impacto da pandemia de COVID-19 na população oncológica e as estratégias de coping, bem como conhecer a sua opinião sobre os cuidados de saúde recebidos, participaram 118 pacientes que pertenciam a cinco centros hospitalares de Barcelona.

No mesmo estudo em relação à avaliação dos cuidados de saúde durante a pandemia, no momento da entrevista, 9,6% dos pacientes incluídos em nosso estudo consideravam ter sofrido atrasos nos exames e 7,1% na administração dos tratamentos oncológicos planejados. As repercussões da pandemia para a saúde, devido ao colapso inicial da atividade assistencial durante a primeira onda da pandemia, parecem ter tido um impacto maior na detecção de novos diagnósticos, estima-se que um em cada 5 pacientes com câncer foi não diagnosticada ou diagnosticada tardiamente. Esses dados parecem refletir que, nos pacientes já diagnosticados, o atendimento hospitalar foi mantido. Além disso, mais de 9 em cada 10 pacientes conseguiram entrar em contato com seus profissionais de referência, a grande maioria (94,6%) sentiu-se acompanhada e 74,1% muito satisfeita, destacando o esforço das equipes profissionais para garantir o acesso aos cuidados e acompanhamento de pacientes com câncer.

Em outro estudo transversal de base populacional de Schneider e colaboradores (2021), realizado no Rio Grande do Sul, evidenciou que a adesão ao distanciamento social foi um fator de proteção contra a disseminação de SARS-CoV-2, sendo que a redução da soro prevalência foi maior entre os indivíduos que aderiram às medidas de distanciamento social, do que entre aqueles que não o realizaram, ou seja, quanto maior a adesão às práticas de distanciamento social, menor a taxa de soro prevalência, denotando um efeito de dose-resposta.

Em relação à infecção pela COVID-19, neste estudo das nove unidades de análise, quatro foram infectadas pela COVID-19, nenhuma apresentou complicações em decorrência da doença e nem precisou realizar acompanhamento. Duas unidades de análise passaram por consulta médica, sendo uma via UBS e a outra via telessaúde (consulta online), essas foram tratadas de acordo com os sinais e sintomas apresentados. As outras duas unidades de análise que não passaram por avaliação médica, automedicaram-se utilizando o “kit covid”, sendo azitromicina, ivermectina e cloroquina.

O padrão de consumo de medicamentos no Brasil chamou a atenção durante a pandemia de COVID-19. Estava no centro dessa questão o denominado “tratamento precoce” ou “kit-

covid”: uma combinação de medicamentos sem evidências científicas conclusivas para o uso com essa finalidade, que inclui a hidroxicloroquina ou cloroquina, associada à azitromicina, à ivermectina e à nitazoxanida, além dos suplementos de zinco e das vitaminas C e D. Quando o “tratamento precoce” e o “kit-covid” foram divulgados nas mídias sociais do WhatsApp, Facebook e Instagram pelos profissionais médicos, autoridades públicas e páginas oficiais de Internet de Secretarias de Saúde, Ministério da Saúde e Governo Federal do Brasil, a prescrição e o uso desses medicamentos *off label* para tratar ou prevenir a COVID-19 receberam contornos de grande credibilidade (MELO, et.al., 2021).

Em levantamento realizado com todos os dez municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes que distribuíram oficialmente esses kits, nove deles registraram taxas de mortalidade por COVID-19 mais altas que a média de seus respectivos estados. Nesse sentido, a automedicação para COVID-19, além de não oferecer proteções adicionais contra a doença e apresentar riscos por interações e efeitos adversos dos fármacos, tem gerado falsa sensação de segurança e levado muitos usuários a abandonarem medidas de higiene e distanciamento social (COSTA, CARVALHO, COELHO, 2021).

A automedicação é uma realidade bastante frequente em diversas faixas etárias, bem como em culturas diferentes em que o indivíduo seleciona e escolhe certos medicamentos a fim de tratar um determinado problema de saúde. Essa prática é considerada inapropriada podendo causar riscos à saúde como reações adversas e, também, interações medicamentosas (SANTOS, et.al., 2021).

As pesquisas indicam um crescimento significativo na quantidade de buscas realizadas no mundo todo desde que a pandemia da COVID-19 foi declarada, isso mostra que houve uma dilatação de interesse na quantidade de pessoas que anseiam por informações relacionadas à automedicação de diversas afecções ao longo da pandemia. É de grande importância que as pessoas acometidas por enfermidades leves tenham conhecimentos pertinentes relativos à automedicação, em particular para as enfermidades moderadas ao longo da fase de contingência mundial. A automedicação é feita, principalmente, pelos chamados medicamentos isentos de prescrição, que são medicamentos aprovados para esse fim devido às suas indicações serem de fácil entendimento dos pacientes e autossuficientes, dessa forma são medicamentos considerados satisfatórios e seguros. Os MIP’s são aqueles medicamentos admitidos por autoridades sanitárias no intuito de mitigar sintomas e males menores, são medicamentos acessíveis sem prescrição ou receita médica, devido à sua efetividade e garantia desde que utilizados de forma adequada (PRUDÊNCIO, MARQUES, 2021).

De acordo com Melo e colaboradores (2021), os medicamentos como a hidroxicloroquina e a cloroquina tiveram suas receitas aumentadas de R\$ 55 milhões em 2019, para R\$ 91,6 milhões em 2020, e a azitromicina também teve suas vendas aquecidas que, segundo a base de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, esse fármaco apresentou um aumento de 30,8% nas vendas no período da pandemia, passando de pouco mais de 12 milhões de caixas vendidas em 2019, para mais de 16 milhões de caixas vendidas em 2020.

No estudo de Lopez e colaboradores (2021), onde realizaram uma revisão sistemática para avaliar a prevalência da automedicação para prevenir ou controlar o COVID-19, foram identificados oito estudos que avaliaram o uso da automedicação para a prevenção ou manejo da COVID-19. Dos oito estudos, sete avaliaram a automedicação sem focar em um sintoma específico: quatro realizados na população geral, onde a prevalência da automedicação variou entre <4% a 88,3% e três em populações específicas, com variação: 33,9% a 51,3%. Nesses estudos, os medicamentos mais comumente usados variaram amplamente, incluindo antibióticos, cloroquina ou hidroxicloroquina, acetaminofeno, vitaminas ou suplementos, ivermectina e ibuprofeno.

Em um estudo para a identificação do perfil brasileiro de automedicação na pandemia, realizado com pessoas da população em geral com idade mínima de 18 anos, foi verificado que em relação ao perfil medicamentoso apresentado pelos participantes, observa-se um maior número de automedicação para prevenção do que para o combate da COVID-19. Os medicamentos de maior uso foram da classe das vitaminas e própolis, com 41,16%. O segundo medicamento mais usado foi o antiparasitário Ivermectina, com 17,82%, seguido pelo antibiótico Azitromicina, com 8,56%. Dentre os anti-inflamatórios não esteroidais, o de maior uso foi o Paracetamol (8,01%) e o de menor uso dessa classe foi o Ibuprofeno (2,35%). Apenas 1,1% da amostra fez uso de Hidroxicloroquina. Os medicamentos de menor uso descritos na pesquisa foram os antigripais (0,14%) e medicamentos homeopáticos (0,41%) (PITTA, et.al., 2021).

No estudo de Wirowski e colaboradores (2022), realizado durante a pandemia para mensurar a prevalência da automedicação para COVID-19, a prevalência de automedicação foi de 32,7% (n=114) e os medicamentos mais consumidos foram o paracetamol (55,3% n=63), vitamina D (31,6% n=36), ivermectina (30,7% n=35), dipirona e/ou suas associações (30,7% n=35), e a vitamina C (26,3% n=30). As razões para automedicação mais relatadas foram já ter o medicamento em casa (65,8% n=75), sintomas leves ou não relevantes o suficiente para uma

consulta médica (35,1% n=40), uso anterior do medicamento (24,6% n=28) e medo de contaminação nas salas de espera ou consulta médica (21,1% n=24).

Em outro estudo de revisão bibliográfica, cujo tema é a automedicação na pandemia do COVID-19, a Cloroquina/hidroxicloroquina, vitamina C, ivermectina, azitromicina, ibuprofeno e lopinavir-ritonavir são os medicamentos mais citados nos artigos científicos. Os antirretrovirais foram relatados em sinergia com cloroquina/hidroxicloroquina, que foi a mais citada nos artigos relacionados à automedicação (SILVA, JESUS, RODRIGUES, 2021).

No estudo quantitativo de Souza e colaboradores (2021), que teve por objetivo verificar a existência da automedicação por populares com a finalidade de prevenção ao SARS-CoV-2, realizado com 509 entrevistados, foi verificado que em relação à automedicação no intuito de prevenir ou tratar a infecção pelo SARS-CoV-2, a maioria dos participantes (69,2%) relatou não ter se automedicado. Daqueles que realizaram automedicação, o fármaco de maior uso foi Ivermectina (52,8%), seguido por Azitromicina (14,2%).

Os estudos acima corroboram com os dados deste estudo em relação ao uso de Ivermectina, Cloroquina e Azitromicina, sendo que as unidades de análise fizeram o uso desses medicamentos após apresentarem sinais e sintomas, mesmo não apresentando resultado positivo para a COVID-19 e nem passando por avaliação médica. Diferente dos estudos mencionados acima, em relação ao uso de vitaminas, anti-inflamatórios e analgésicos, esses medicamentos não foram citados pelas unidades de análise neste estudo.

6.1 DISCUTINDO A TRAJETÓRIA DE CUIDADO DA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Esta seção tem por objetivo apresentar e discutir as categorias que surgiram das entrevistas concedidas pelas mulheres com câncer do colo do útero. Utilizou-se a análise de conteúdo, que proporcionou conhecer trajetória de cuidado das unidades de análise, desde os primeiros sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. As categorias foram construídas baseadas na homogeneidade dos depoimentos.

Após o agrupamento dos dados, surgiram três categorias. De forma simultânea à apresentação, procedeu-se a discussão com a literatura. As categorias temáticas construídas foram: sentimentos e expectativas da mulher em relação ao diagnóstico e percurso da doença; religiosidade e espiritualidade como acalento; e família como rede de apoio.

6.1.1 Categoria 1– Sentimentos e expectativas da mulher em relação ao diagnóstico e percurso da doença.

Nesta categoria foram identificados os sentimentos e as expectativas relatadas pelas mulheres que receberam o diagnóstico do câncer, desde o momento do diagnóstico até a conduta terapêutica adotada.

Os depoimentos demonstram como as unidades de análise se sentiram ao descobrir o diagnóstico de câncer. Nas falas das UA 2 e 4, notou-se que diferente do que é conotado como maldito e rodeado de uma cultura de doença que mata, a recepção da notícia foi relativamente tranquila, sendo que a descoberta não foi desesperadora:

“(...) Ah eu fiquei tranquila, a gente se joga no colo de Deus” (UA 2);

“Eu não senti nada, fiquei tranquila, fiquei do mesmo jeito que eu estava. Eu não tinha dor, só tinha aquele sangramento. Cuidava da minha casa, das minhas coisas, ia para igreja, não me abalei” (UA 4).

Em contrapartida as falas de outras unidades de análise, demonstraram ter sido um momento difícil, com a presença de um turbilhão de emoções, preocupação com os filhos e familiares.

“Ah, foi um misto de sensações. Aceitei o diagnóstico tranquila, tranquila não. Ninguém recebe assim tranquila, modo de falar, aceitei o diagnóstico” (UA 3);

“Mas era difícil de encarar isso. Eu encarei o fato de eu ter a doença, mas o fato de eu ter que passar por aquilo era muito difícil sabe, pensar que eu teria que ir lá toda hora, não sabia como que era, a sensação, os medos, de estar ali passando mal ou de ver meus filhos vendo eu sofrer” (UA6).

Em outras falas, fica evidente que o suporte da fé, da religião e da família as sustentaram para aceitar o diagnóstico.

“Ai mulher de Deus, quando o médico falou que eu estava com câncer parece que caiu, desabou tudo, mas de tanto pedir oração, ir à igreja pedindo oração, eu aceitei fazer o que, tem que aceitar” (UA 1);

“É muito estranho uma mistura de emoções, não sei explicar direito. No mesmo momento que você tem a fé, que vai dar tudo certo, você já fica, Meu Deus se acontece alguma coisa comigo. Eu só penso nas minhas meninas, o que que vai ser das minhas meninas, vão ficar só as três. É uma mistura de sentimentos, mas vai dar tudo certo e se não der,

mas e se der (risos). Aquela coisa assim meio é uma mistura de emoções mesmo não tem como explicar” (UA 5);

“Foi difícil, eu tive a impressão que ia morrer, mas Deus me deu força. Pensei isso vai passar e bastante gente da igreja orando por mim. Todo mundo orando por mim, a família também, e isso foi me dando força” (UA 9).

O momento do recebimento do diagnóstico causa impacto na vida da mulher, visto que o câncer é uma doença historicamente cercada pela ideia de causar a morte. Este momento difícil é envolto por sentimentos de ansiedade, tristeza, sofrimentos, frustração e medo da morte, sendo exacerbados quando a doença afeta as mulheres, pois na maioria das vezes são as responsáveis pelo lar e filhos, podendo significar um prejuízo para a família. Mesmo com o avanço da terapêutica que permitiu melhorias no diagnóstico e tratamento, ainda permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutiladora e mortal, sendo que esses sentimentos despertados podem influenciar negativamente na prática de prevenção e tratamento do câncer do colo do útero (NASCIMENTO, et.al., 2020).

Monteiro e colaboradores (2022), observaram que sentimentos como medo e preocupação são relatados pelas participantes, advindos do choque de receber tal diagnóstico. Algumas experienciaram momentos de ansiedade e de angústia, tanto por lidar com a incerteza do diagnóstico, quanto por associar às experiências familiares anteriores com essa doença, principalmente, relacionado à possibilidade de morte. Verificou-se que mulheres jovens quando se deparam com um diagnóstico de câncer, podem oscilar entre mecanismos de defesa voltados à indiferença e ao medo da incerteza do futuro, fazendo com que o diagnóstico seja compreendido como devastador durante essa fase da vida. Isso ocorre porque a fase em que se encontram é entendida como o momento da vida de maior disposição, independência e boas condições de saúde e, quando isso é interrompido, sentimentos de negação da nova realidade podem ser arrebatadores. Sendo assim, além da gravidade da doença, a idade em que se encontram não as colocam como grupo de risco para o surgimento de um câncer, o que dificulta ainda mais o processo de aceitação.

A experiência familiar da UA 7 pode ser verificada em sua fala, em que traz a comparação do seu adoecimento com o do seu pai, que também foi diagnosticado com câncer:

“Eu pensava que ia fazer várias quimios, várias radio e não sabia nem o que é (...) já me imaginava amarelada igual meu pai ficou, magra e não conseguindo comer, só passando mal, vomitando (...) acho que assim isso foi um terror, foi assombração porque eu acho que é a pior parte do tratamento. Eu acho que tem tipo um tabu quando falava câncer lá em casa, que eu até brinco assim: que se meu pai não tivesse

feito a quimio, ele não teria morrido tão cedo e realmente eu acho que não porque a quimio o destruiu (...) eu até falava: se um dia eu tiver câncer eu não vou fazer, imagina que loucura, sempre tive esse pensamento. Eu pensava poxa eu estou aqui e ainda não sei o que vai precisar”.

No contexto do câncer, pode-se verificar que o estigma social, a associação com a morte, o diagnóstico e o tratamento geram medo nos indivíduos e podem remeter a sofrimento, dor e preocupação (FERREIRA, et.al.,2020).

Em um estudo de campo exploratório para verificação das repercussões emocionais e comportamentais provocadas pelo diagnóstico, em mulheres com câncer no colo do útero, observou-se que, diante da confirmação da doença e ao definir esse momento em uma palavra, notou-se a presença dos termos: “Tristeza” (30%), “Desespero” (20%), “Medo” (15%), “Tranquilidade” (15%), “Pânico” (10%) e “Preocupação” (5%); e, somente uma entrevistada afirmou não ter sentido nada e não saber como definir o momento. Evidenciam que em relação aos significados atribuídos ao comportamento após o diagnóstico da doença: 55% pensou na doença com frequência; 80% apresentou mudanças nas suas atividades diárias após o tratamento; 50% refletiu nas condições de saúde em decorrência da doença e do tratamento. (ARAÚJO, AGUIAR, 2017).

Corroborando com o exposto acima, algumas unidades de análise referiram durante as entrevistas que foi necessário mudar suas atividades diárias, visto que precisaram se ausentar do seu trabalho, cessar suas atividades domésticas e, até mesmo, ausentar-se do seu domicílio para realizarem o tratamento fora do seu município de origem, como demonstra as falas abaixo:

“Não fui mais trabalhar, o médico disse que não era para erguer peso e o homem que eu cuidava eu precisava erguer, então eu precisei pedir a conta do serviço e fui para Curitiba para fazer o tratamento” (UA 1);

“Não pude trabalhar, não pude fazer minhas coisas direito (risos)” (UA 5).

No estudo de Matos (2019), realizado com mulheres com câncer do colo do útero no município de Januária, em Minas Gerais, identificou que o sentimento no momento da descoberta do diagnóstico variou entre o medo do tratamento, como deixar os filhos pequenos e raiva por não ter se cuidado.

A fala da Unidade de Análise abaixo, demonstra essa preocupação com o tratamento e se o prognóstico não for favorável, a ambivalência de sentimentos:

“É muito estranho uma mistura de emoções, não sei explicar direito. No mesmo momento que você tem a fé, que vai dar tudo certo, você já

fica, Meu Deus se acontece alguma coisa comigo. Eu só penso nas minhas meninas, o que que vai ser das minhas meninas, vão ficar só as três. É uma mistura de sentimentos, mas vai dar tudo certo e se não der, mas e se der (risos). Aquela coisa assim meio é uma mistura de emoções mesmo não tem como explicar” (UA 5).

Os pacientes com câncer vivenciam diferentes fases desde a descoberta até o tratamento da doença. No primeiro momento, passam por um estado de choque, depois percebem que é real o que está acontecendo e não sabem o que pensar. No momento posterior, começam a planejar o futuro com esperança. Dessa forma, considerar a dimensão espiritual do paciente é necessário para abordar a esperança e o enfrentamento da doença no planejamento da assistência, sendo fundamental conhecer a visão de mundo e a cultura à qual ele pertence (GUERRERO, et.al., 2018).

O câncer traz em si uma carga pesada e, observa-se nas narrativas a seguir, o valor dado pelas Unidades de Análise ao se referirem à esperança de possibilidade de cura frente ao diagnóstico recebido e a nova luta que estão vivenciando:

“Ah eu espero que eu sare, porque Deus me livre. Ir fazer os exames agora e o médico dizer que eu não tenho mais nada, que não seja preciso mexer com mais nada. É triste, cada vez que vou à consulta, eles têm que mexer com a gente, eles têm que fazer” (UA 1);

“Esperava a cura nada mais que isso” (UA 3);

“Eu sempre tive a certeza de que ia sarar, sempre pensando positivo, só na hora que vou fazer o preventivo de controle que tenho um gelinho na barriga, mas tirando isso eu encarei de boa, tranquila” (UA 8).

No estudo, neste período de pandemia todas as unidades de análise foram diagnosticadas, iniciaram e concluíram o tratamento, apresentando prognóstico favorável com remissão total da doença ou potencial de cura. Somente uma das unidades de análise aguardava reavaliação após término de tratamento, a fim de verificar seu prognóstico. As demais unidades de análise afirmaram realizar acompanhamento conforme o preconizado.

De acordo com a PNAO é fundamental determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Em relação aos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral, define-se:

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado

integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas.

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo;

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam.

É sabido que o CCU possui bom prognóstico quando diagnosticado em fases precoces, e diversos programas foram desenvolvidos com esse foco. Esses programas conseguiram alcançar um aumento do acesso da população ao teste de Papanicolau, porém, em análise dos últimos cinco anos, o patamar de cobertura se manteve estável, embora a taxa de cobertura esteja estável, ela é considerada alta, em torno de 83%. Sendo assim, a melhoria do acesso aos serviços de saúde e à informação é fundamental para o controle do CCU, sendo os serviços de saúde em todos os níveis de atendimento os responsáveis por promover amplo acesso da população à informação. No Brasil, os altos índices de incidência e mortalidade por CCU evidenciam a importância da elaboração e da implementação de políticas públicas na atenção básica, voltadas à atenção integral à saúde da mulher, garantindo ações relativas ao controle dessa doença. Os gestores e profissionais de saúde devem ser responsáveis pela realização dessas ações e devem possibilitar a integralidade do cuidado, unindo as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (TSUCHIYA, et.al., 2017).

6.1.2 Categoria 2 – Religiosidade e espiritualidade como acalento

Esta categoria se refere à religiosidade e à espiritualidade vivenciada pelas unidades de análise durante a trajetória de cuidado.

Após a notícia do diagnóstico de câncer, sentimentos como sofrimento, desesperança, sensação de impotência e de esvaziamento motivacional podem estar presentes. Nesse momento, a pessoa precisa de uma base de apoio que ofereça esperança, conforto e qualidade de vida para que o enfrentamento e aceitação da doença seja possível. Esse apoio geralmente vem de familiares e amigos, além do maior desenvolvimento do lado espiritual e/ou religioso. Deus é colocado como guardião da esperança de cura, identificado como protetor e responsável pela situação que estão enfrentando. O modelo biomédico clássico leva em consideração somente os aspectos físicos da doença, enquanto o modelo biopsicossocial considera uma visão ampliada e integral do doente, interessando-se por outras dimensões, como a psicológica e social. Partindo desse contexto, compreender o papel da espiritualidade e da religiosidade na experiência de uma doença como o câncer, contribui para uma prática profissional centrada na integralidade da pessoa e não apenas na doença (NUNES, et.al., 2020).

Para Freitas, et.al. (2020), embora os termos religiosidade e espiritualidade sejam frequentemente utilizados como sinônimos e estejam relacionados, possuem diferentes significados. A religiosidade envolve um conjunto de crenças, linguagem e práticas que se alicerçam em uma tradição, com seus símbolos, rituais, cerimônias e explicações próprias em relação à vida e à morte. A espiritualidade é universal e não se limita à práticas religiosas, envolvendo valores íntimos e pessoais, constituindo-se naquilo que impulsiona a vida, promovendo crescimento pessoal e ressignificando as experiências vividas e existências, norteando assim o sentido da vida.

Ferreira e colaboradores (2020) referem que a espiritualidade está relacionada ao sentimento de transcendência, elevação e sublimidade, atividade religiosa ou mística e a religiosidade diz respeito à tendência natural para sentimentos religiosos e coisas sagradas. Ambas são consideradas fatores ímpares para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo influência na melhora da qualidade de vida.

A religiosidade e a espiritualidade constituem as duas das mais antigas e comuns formas que os humanos possuem para atribuir significado para a vida, bem como fornecem às pessoas mecanismos de enfrentamento de condições adversas, como o câncer. A busca pela cura passa por meandros subjetivos, onde a fé assume um caráter de grande magnitude no sentido de minimizar o sofrimento físico e psíquico e, assim, obter maior expectativa de cura com o

tratamento convencional (CAYANA, et.al., 2017), como pode-se perceber nas falas das unidades de análise a seguir:

“O que eu mais busquei foi a ajuda espiritual nesse momento me apeguei com Deus, para ter força para passar por tudo” (UA 9);

(...) Ah forte eu também sou. Eu disse e eu venci e eu tenho um Deus mais forte e poderoso que está do meu lado e ele sempre me amparou e não é agora que ele vai não vai me ajudar, e eu vou vencer (UA 2).

Uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé e às crenças religiosas, ou seja, formas de expressar a espiritualidade. Para as pessoas em condições crônicas de saúde como o câncer, uma das maneiras de enfrentamento dessas situações adversas está no sentimento de fé em Deus, que está arraigado na nossa cultura, e que se torna tão necessário quanto os outros modos de enfrentamento (ROCHA, et.al., 2016).

Os relatos a seguir revelam que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas:

“O apoio espiritual eu tive das mais diversas religiões desde o catolicismo, as religiões cristãs, as de matriz africana, todas as religiões que me mandavam as vibrações eu pegava. A gente brinca como dizem na igreja católica, eu peguei a benção para mim, todas as energias positivas” (UA 3);

(...) Eu sou católica, então, antes de eu ir, o padre veio aqui trazer a comunhão e a unção dos enfermos, e eu também sou de rezar o rosário. A minha meta é até meia noite encerrar minhas orações e, também, quando eu não podia ir na igreja aos domingos, eles traziam comunhão para mim (UA 2);

(...) A igreja sempre em oração por mim e a gente buscando e orando. Na igreja era todo mundo orando por mim, Graças a Deus (UA 4).

A forma como cada pessoa vivencia o processo de adoecimento depende, dentre outras coisas, de atributos pessoais que incluem a condição de saúde e energia, sistema de crença, metas de vida, autocontrole, autoestima, autoconhecimento e redes de apoio social, domínios esses em que a espiritualidade e a religiosidade podem exercer importante papel (ARAÚJO, et.al., 2022), conforme demonstra a fala a seguir:

(...) Os pastores sempre citavam assim: é uma fase e é um deserto que você vai passar e Deus está contigo e isso me fortaleceu, inclusive eu fui fortaleza para minha mãe, para o meu marido e até para os meus

filhos. Eu tive que ficar muito firme para eles. e eu acredito muito que essa força veio através de Deus que eu acredito (UA 7).

Muitas vezes o resgate de experiências relacionadas à espiritualidade/religiosidade é uma estratégia comumente adotada por pessoas com câncer para o enfrentamento da doença, sendo que muitos se tornam mais religiosos após o diagnóstico. Assim, podem fornecer explicação para compreender o processo de adoecimento e nesses casos favorecer a capacidade de resiliência, o reconhecimento das potencialidades e o sentimento de esperança (ARAÚJO, et.al., 2022).

A aproximação com a espiritualidade/religiosidade pode ser demonstrada nas falas abaixo:

“Me aproximei mais ainda da igreja, acabei indo mais vezes” (UA 8);

“A gente sempre busca (risos). Eu sempre fui, minha família é evangélica e até nem frequentava muito a igreja, ia de vez em quando, bem raramente na igreja e depois eu estou indo mais seguido assim sabe, mas o apoio espiritual a gente sempre busca isso é inevitável” (UA 6).

No estudo de Oliveira e colaboradores (2020), com o objetivo identificar se os pacientes com câncer utilizam a prática espiritual e quais são as estratégias espirituais utilizadas, evidenciou-se que a espiritualidade ocorreu através da fé e que está relacionada à esperança de um conforto, sendo considerada uma fonte de apoio que possibilita crer em algo positivo, reduzindo a ansiedade e os medos. A religiosidade auxiliou no enfrentamento do câncer para a grande parte dos participantes da pesquisa. A espiritualidade ocorreu por meio de atividades que buscam fortalecer o significado da vida, a fé ou componentes existenciais, a paz consigo mesmo e com os outros.

De acordo com Nunes e colaboradores (2020), a prática da espiritualidade pode trazer os seguintes benefícios: aumentar sentimentos de força, tranquilidade e confiança; promover autocuidado, ajudando na recuperação e restaurando a saúde; promover apoio espiritual e emocional da comunidade; contribuir para sentimentos de pertencimento à uma comunidade; dar significado à vida, amigos e família. O apoio da religiosidade e/ou da espiritualidade pode ser uma estratégia eficaz na luta contra o câncer, visto que, muitos pacientes relatam o significado positivo do apoio religioso recebido, pois a fé fornece uma maneira de pensar construtiva, sendo que a ajuda emocional proveniente da espiritualidade incentiva os pacientes a serem otimistas e esperançosos, buscando conviver com familiares e amigos, tentando levar uma vida normal, dentro de suas possibilidades.

Nas falas abaixo, a esperança da intercessão de Deus e a fé em seu auxílio para a cura em potencial:

“A gente tem expectativa de cura, fica pedindo para Deus. Ter fé é tudo na vida da gente, é perseverança e fé. Acreditar que a graça vai acontecer” (UA 2);

“Eu tinha certeza de que eu ia sarar, tinha aquela certeza de que Deus ia me curar. Em nenhum momento eu ficava que nem as outras que estavam preocupadas e chorando. Eu dizia: eu sei que ele vai me curar, se ele quiser me curar e Graças a Deus sempre acreditando os outros falavam assim pra mim:- a senhora tem fé e eu digo: eu tenho” (UA 4);

“Eu sempre tive a certeza de que ia sarar, sempre pensando positivo, só na hora que vou fazer o preventivo de controle que tenho um gelinho na barriga, mas tirando isso eu encarei de boa, tranquila” (UA 8).

Corroborando com as falas acima, o estudo de Arruda (2020) sobre a influência da espiritualidade/religiosidade no apoio aos pacientes oncológicos, identificou que uma estratégia comum de enfrentamento foi a aceitação e reinterpretação positiva, fatos esses que podem levar à maior sensação de significado da vida, através da reavaliação do diagnóstico com menos negatividade. Além disso, pessoas que reavaliam um evento traumático podem achar que é uma oportunidade de crescimento pessoal. Nesse sentido, a espiritualidade tem sido considerada uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente com câncer, atribuindo significado ao seu processo saúde-doença, em busca da sobrevivência e com apego à fé, para minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento, enfrentamentos estes adquiridos na vida social.

6.1.3 Categoria 3- A família como rede de apoio

Esta categoria se refere ao apoio familiar recebido em toda a trajetória de cuidado percorrida pelas unidades de análise.

Outro aspecto que mereceu destaque nesta pesquisa foi a relação das mulheres com suas famílias nesse momento de fragilidade. Por se tratar de um diagnóstico impactante, as unidades de análise relataram ter um bom apoio familiar e sentiram-se acolhidas, nos diversos momentos durante o percurso da doença.

Evidencia-se a importância da família nas falas descritas abaixo:

“Família, acho que meu maior apoio foi do meu marido da minha filha” (UA 6);

“Tive apoio de toda família e isso ajuda a gente a se recupera e a sarar, porque o apoio é Deus primeiramente, os médicos, a família” (UA 2);

“Minha família, meus amigos, meus colegas de trabalho, as pessoas mais próximas, o tempo todo eu tive uma rede muito grande de apoio (UA 3);

“Os filhos, sempre orando por mim, os vizinhos sempre pedindo também, e perguntando, mas principalmente a família, que estavam junto o tempo todo” (UA 4);

“Minha mãe, meu marido e as minhas amigas, minha família é muito nós ali de casa” (...) (UA 7);

A família é um sistema social complexo, constituído por pessoas que se relacionam e são influenciadas pelo meio social e cultural em que vivem; apresenta comportamentos distintos devidos às suas características específicas em sua maneira de ser e diante da necessidade de adaptação. Mesmo sendo reconhecida como fonte primária de apoio e cuidado do indivíduo em situação de adoecimento, ela pode não estar preparada para assumir os cuidados necessários e encontrar dificuldades diante de fatores estressores referentes aos cuidados (TESTON, SILVA, MARCON, 2017).

O cuidado na família geralmente é desenvolvido pela mulher. A crescente inserção da mulher no mercado de trabalho significou uma ampliação dos papéis assumidos por ela, pois além da vida profissional, a mulher mantém a responsabilidade de diversas funções do lar para suprir as necessidades da família. Assim, como a doença rompe sua posição de cuidadora da família, agora ela espera ser cuidada, recebendo apoio de seus familiares (SILVA, SCHUMACHER, 2020).

De acordo com os estudos mencionados acima, percebe-se que é fundamental principalmente o apoio da família para o enfrentamento da doença, uma vez que a pessoa com câncer sente que tem algo pelo que lutar e alguém por perto para dar suporte nesta caminhada. O apoio mútuo torna-se essencial tanto para suprir as necessidades físicas como as emocionais.

Embora os estudos apontem a família como principal fonte de apoio e essencial para as pessoas com câncer, nem todas as mulheres entrevistadas tiveram as mesmas percepções.

Uma das unidades de análise apontou que a maior rede de apoio foram os vizinhos, como descreve a fala abaixo:

“Os vizinhos, a N. e a Dona I. elas me ajudam a cada passo estão me ajudando trazendo alguma coisa” (UA 1).

O estudo de Barradas, Teixeira e Neto (2022), nas entrevistas realizadas com as mulheres com câncer do colo do útero, aponta como fator importante o matrimônio na experiência do adoecimento, seja pelo apoio dado pelo companheiro no processo da doença ou pelo fato do adoecer estreitar laços, o que corrobora com esse estudo, onde se demonstra na fala de uma das unidades de análise a importância do esposo, que esteve presente em todo o processo de adoecimento:

“Depois que descobri, eu tive bastante apoio, principalmente do meu esposo né que estava ali do meu lado, que me apoiou e me levava pro hospital passando mal que estava sempre do meu lado” (UA 9).

Corroborando com este estudo, que evidenciou a importância da família, visto que, a maioria das unidades de análise apontaram o apoio familiar como fator positivo, benéfico e importe diante do adoecimento, Nunes e colaboradores (2020), trazem que em relação ao enfrentamento da doença, após a má notícia do diagnóstico do câncer, há estresse, angústia, sofrimento, desesperança, sensação de impotência e de esvaziamento motivacional, havendo a busca de um sentido para a vida após a descoberta. Nesse momento, o paciente precisa de uma base de apoio que ofereça esperança, conforto e qualidade de vida para que haja enfrentamento e aceitação da doença. Esse apoio, geralmente, vem de familiares e amigos, além da maior aceitação e desenvolvimento do lado espiritual e/ou religioso. Os pacientes com câncer frequentemente enfrentam um vazio de sentido para a vida, seja por movimentos externos, como o afastamento e a falta de olhar da equipe de atendimento, amigos e familiares, bem como por dimensões subjetivas e singulares relacionadas à vivência da doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer do colo do útero, mesmo sendo rastreável, ainda acomete milhares de brasileiras, sendo considerado um problema de saúde pública. Entre todas as neoplasias, o CCU tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, além de bom prognóstico quando diagnosticado precocemente, porém, quando tardio pode ser principal responsável pela manutenção das relevantes taxas de mortalidade.

O estudo demonstrou que a trajetória de cuidado de cada mulher é singular, sendo que percorreram caminhos distintos na busca pelos cuidados à saúde durante a pandemia de COVID-19. Considerando a trajetória ocorrida no sistema público de saúde, notam-se barreiras que dificultaram o controle e tratamento do câncer, perpassando por dificuldades na atenção primária, como a entrada nos serviços para a realização do exame citopatológico. A identificação e resolução da queixa levando à demora do diagnóstico e outros fatores, como a não realização periódica do exame e desconhecimento da importância também foram identificados.

Foi possível verificar que o percurso percorrido pela rede de atenção não seguiu os trajetos previamente definidos pelo sistema de saúde, visto que nem sempre a rede posta é a rede que absorve, acolhe ou é resolutiva diante das necessidades apresentadas. Algumas unidades de análise após apresentarem sinais e sintomas, procuraram como primeira opção o sistema privado e, após a suspeita ou confirmação do diagnóstico, procuraram o sistema público para continuidade da trajetória e tratamento adequado, fato este, que pode estar associado à pandemia de COVID-19.

Outro fato importante a ser ressaltado é a necessidade do preparo para situações de crise, como a pandemia de COVID-19, visto que essas situações podem causar impactos significativos à saúde. Sendo assim, o planejamento, a comunicação e a preparação são cruciais, bem como o uso adequado das tecnologias de informação e apoio à decisão.

A realidade da COVID-19 foi um momento desafiador para o lançamento da Estratégia Global para Eliminar o Câncer do Colo do Útero por conta das dificuldades com a interrupção dos serviços de vacinação, triagem e tratamento. Portanto, é essencial investir nas intervenções que auxiliem no cumprimento das metas propostas, gerando benefícios sociais e econômicos ao país, visto que a luta contra o câncer do colo do útero é também uma luta pelos direitos das mulheres.

Devido as altas taxas de incidência e aumento análogo para os próximos anos, percebe-se que os cuidados prestados as mulheres ainda são deficientes, visto que, suas necessidades

não são atendidas conforme as políticas públicas voltadas a atenção integral à saúde da mulher, com destaque em nível primário para ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e detecção precoce das neoplasias do colo do útero.

Diante desse cenário, revela-se a necessidade de planejamento dos gestores e profissionais de saúde para garantir à mulher um cuidado integral e acessível, ampliando a oferta dos serviços disponibilizados pelo SUS, nos diferentes níveis de atenção, e prestando um atendimento rápido e eficaz na intenção de alcançar um melhor prognóstico da doença. Com a oferta considerável do exame Papanicolau e melhora nos resultados diagnósticos, haverá consequentemente a diminuição de novos casos de câncer cervical e óbitos.

A maioria das unidades de análise foi diagnosticada em estágio mais avançado, o que indicou tratamentos mais agressivos. Estes resultados conduzem à reflexão sobre as possíveis causas para a baixa regularidade na realização de citologias oncóticas, assim como para a busca tardia pelo serviço de saúde. Portanto, isso reafirma a importância dos métodos de rastreio regular e do diagnóstico precoce para traçar estadiamentos e definir tratamentos com maiores possibilidades de cura, demonstrando a importância de um enfoque das ações e intervenções de políticas públicas nesta faixa etária.

As limitações do estudo incluem o número de mulheres diagnosticadas durante a pandemia de COVID-19, visto que houve recusas, óbitos, e a dificuldade de localizar os contatos para a participação no estudo, resultando em uma amostra pequena, dessa forma, os dados levantados não podem ser generalizados.

A produção em relação às trajetórias de cuidados, apresenta grande potencial para o setor da saúde e para o campo de saberes e práticas em saúde coletiva, pois permite conhecer em seus percursos e práticas as diferentes lógicas que são expressas, através das quais os princípios da integralidade e da resolutividade em saúde podem ser questionados, subsidiando uma prática avaliativa em saúde que privilegia a experiência de saúde ou do adoecimento, bem como a busca de cuidados dos usuários.

As metas de diagnóstico precoce e a queda na taxa de mortalidade não alcançadas, refletem-se em necessidades não atendidas e faz-se necessária uma análise criteriosa das possíveis causas associadas. A identificação do perfil de mulheres com doença avançada pode levar à reformulações em programas com foco específico para esse perfil que, provavelmente, não está sendo atingido ou sensibilizado por campanhas atuais. A atualização dos protocolos de tratamento também é de fundamental importância para que sejam equiparados com diretrizes internacionais ou nacionais de sociedades médicas, que incluem tratamentos com comprovado ganho de sobrevida global.

A melhoria do acesso aos serviços de saúde e à informação é fundamental para o controle do CCU, pois apesar dos avanços na difusão de medidas preventivas, o CCU continua a ser um problema de saúde importante no país. Os gestores e profissionais de saúde devem ser responsáveis pela realização dessas ações e devem possibilitar a integralidade do cuidado, unindo as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade, sendo fundamental uma atenção básica qualificada e organizada para o controle desses tipos de câncer.

Diante dos resultados obtidos faz-se necessário pesquisas futuras sobre a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society, 2020. O que é câncer do colo do útero? Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html> Acesso em: setembro, 2021.
- American Cancer Society, 2020. Estágios do câncer do colo do útero. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html> Acesso em: setembro, 2021.
- American Cancer Society, 2021. Tratamento do Câncer Cervical. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/treating.html> Acesso em: setembro, 2021.
- ARAÚJO, C.M.; AGUIAR, V.C.M. Repercussões emocionais e comportamentais em mulheres com câncer no colo do útero. Revista Multidisciplinar Pey Këyo Científico. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/pkcroraima/article/view/4617/2121> Acesso em: novembro, 2022.
- ARAÚJO, L.S.; GOMES, L.R.C.M.; MELO, T.C.P.; COSTA, F.S. Religiosity, spirituality and the facing of cancer: a phenomenological study. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 30, e3203, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/FyCHYqdJPz9PKhBNRSkzhMM/?format=pdf&lang=en> Acesso em: novembro, 2022.
- ARRUDA, J.A. A influência da espiritualidade/religiosidade no apoio aos pacientes oncológicos em quimioterapia: um olhar a partir da avaliação do índice de religiosidade de Duke. Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020. Disponível em: <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/bitstream/prefix/366/1/TCC%20-%20J%20c3%a9ssica%20de%20Abreu%20Arruda.pdf> Acesso em: novembro, 2022.
- ARZUAGA, M.A.S.; SOUZA, M.L.; LIMA, V.L.A. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista Cubana de Enfermería. 2012;28(1):63-73. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf07112.pdf> Acesso em: 09 de fevereiro de 2023.
- BARBOSA, G.S.L.; SOUZA, A.T.S.; JÚNIOR, F.C.F.V.; OLIVEIRA, D.M.M.; MARTINS, F.L.R.; FREITAS, F.R.N. Realização do exame citopatológico em mulheres: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 9, n.11, e2339119006, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9006/8725> Acesso em: novembro, 2022.
- BARROS, Sabrina Sousa et al. Fatores de risco que levam o câncer do colo do útero: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e9610413873, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13873> Acesso em: novembro, 2022.
- BASU, Partha et al. Cancer Screening in the Coronavirus Pandemic Era: Adjusting to a New Situation . **JCO Global Oncology** nº. 7 (2021) 416-424 Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/GO.21.00033> Acesso em: 08 de setembro de 2021. DOI <https://doi.org/10.1200/GO.21.00033> Acesso em: outubro, 2022.

BHATLA, N.; AOKI, D.; SHARMA, D.N.; SANKARANARAYANAN, R. Câncer do colo do útero: atualização de 2021 . *Int J Gynecol Obstet* . 2021 ; 155 (Supl. 1): 28 – 44. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13865> Acesso em: janeiro, 2023.

BEREK, Jonathan S. **Tratado de Ginecologia** . [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2014. E-book. ISBN 978-85-277-2398-5. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2398-5/>. Acesso em: 10 out. 2022.

BICKERSTAFF, Helen; KENNY, Louise C. **Ginecologia: por TenTeachers** . [Digite o Local da Editora]: Thieme Brasil, 2019. E-book. ISBN 9788554651527. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788554651527/>. Acesso em: 10 out. 2022

BITTENCOURT, Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça et al. Signs and symptoms manifested by patients in palliative cancer care in homecare: integrative review. **Esc Anna Nery** 2021;25(4):e20200520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Wq5qyvSjgJwgjKcPwYpLWgk/?lang=en&format=pdf> Acesso em: 18 de outubro de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>

BONOW, C.T.; CEOLIN, T.; LOPES, C.V.; ZILLMER, J.G.V.; VARGAS, N.R.C.; HECK, R.M. Plantas medicinais utilizadas na autoatenção por pessoas com câncer em cuidado paliativo. **TEXTO & CONTEXTO ENFERM.** 2020; 29:E20190329. Acesso em: outubro, 2022.

BORGES, M.S.R.; RODRIGUEZ, A.P.S. Paineis oncológicos – Goiás: tempo do diagnóstico até o início do tratamento oncológico, 2013 a 2020. **Boletim Epidemiológico.** Volume 22, número 3 – Paineis oncológicos - Goiás: tempo do diagnóstico até o início do tratamento oncológico, 2013 a 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files//boletins/epidemiologicos/diversos/2021/Painel%20oncolog%20%20E2%80%93%20Goi%C3%A1s%20tempo%20do%20diagn%C3%B3stico%20at%C3%A9%20o%20in%C3%ADcio%20do%20tratamento%20oncol%C3%B3gico,%202013%20a%202020.pdf> Acesso em: dezembro, 2022.

BRANDÃO, A.M.R.; ANDRADE, F.W.R.; OLIVINDO, D.D.F. Atuação do enfermeiro da estratégia da saúde da família no manejo da mulher com resultado de colpocitologia alterado. **Research, Society and Development**, v. 9, n.10, e 5899108962, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8962/7963> Acesso em: dezembro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uter_2013.pdf Acesso em: 12 de setembro de 2021.

BRASIL. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf> Acesso em: 12 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.012/ 23 ago 2011**, estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2012_23_08_2011.html> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 931/ 10 mai 2012**, institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0931_10_05_2012.html> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 874/16 de maio de 2013**, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-874-16-maio-2013>> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 252/ 19 fev 2013**, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revogada pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1504/ 23 jul 2013**, institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1504_23_07_2013.html> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 176/29 jan de 2014** que altera dispositivos à Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0176_29_01_2014.html> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 189/31 jan de 2014**, institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-189-31-janeiro-2014>> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 140/ 27 fev de 2014**, redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-140-27-fev-2014>> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1220/ 03 jun de 2014**, altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/ms-gm-portaria-1220-03-jun-2014>> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Portaria GM/MS nº 94/ 21 de jan de 2016**, altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que trata da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0094_21_01_2016.html> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.522, de 27 de novembro de 2017**, altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para estabelecer que serão desenvolvidas estratégias intersectoriais específicas para mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113522.htm> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**, altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113896.htm> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/ MS nº 13999 de 17 dez de 2019**, redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de dezembro de 2020**, institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.712-de-22-de-dezembro-de-2020-295788198>> Acesso em: 01 de outubro de 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. – 3. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2012. Brasília Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/nomenclatura-brasileira-para-laudos-citopatologicos-cervicais>> Acesso em: 12 de setembro de 2021.

BRUSTOLIN, Angela; FERRETTI, Fátima. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta Paul Enferm.** 2017; 30(1):47-59. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/cBn55k6MbLdXfm7Vfjq77gx/?lang=pt>> Acesso em: 20 de maio de 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700008>.

BRUZOS, E.R.; LUMBRERAS, S.G.; BUSCEMI, V.; BARBERÁ, V.C. Experiencia del paciente oncológico durante la pandemia por el COVID-19 y su opinión sobre la telemedicina. *Psicooncología* 2022; 19(1): 27-43. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/psic/article/view/80796/4564456559970> Acesso em: Dezembro, 2022.

CAMPOS, Nicole G. et al. A proposed new generation of evidence-based microsimulation models to inform global control of cervical cancer. **Preventive Medicine** 144 (2021) 106438. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521000220?via%3Dihub>> Acesso em: 08 de setembro de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106438>

CARDIAL, M.F.T.; MARTINS, C.M.R.; NAUD, P.; FRIDMAN, F.Z. Papilomavírus humano (HPV). *FEMINA* 2019;47(2): 94-100. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046496/femina-2019-472-94-100.pdf> Acesso em: outubro, 2022.

CASTANON, Alejandra et al. Cervical screening during the COVID-19 pandemic: optimising recovery strategies. **Lancet Public Health** 2021; 6: e522–27. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8087290/pdf/main.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2021.
Doi: [10.1016 / S2468-2667 \(21\) 00078-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00078-5)

CAYANA, E.G.; LUCENA, J.P.L.; ARENHARDT, R.C.; LEAL, F.L.A. Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer: Uma Revisão Narrativa de Estudos Qualitativos. v. 2 (2017): Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1275> Acesso em: dezembro, 2022.

CERQUEIRA, R.S.; SANTOS, H.L.P.C.; PRADO, N.M.B.L.; Bittencourt, R.G.; Biscarde, D.G.S.; SANTOS, A.M. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 46, 2022. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56249/v46e1072022.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: dezembro, 2022.

COSTA, J.O.; SANTOS, F.; LOHMANN, P.M.; BERNARDES, C. Enfermeiros e os cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, e35210310642, 2020. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10642/12065> Acesso em: 11 de setembro de 2022.

COSTA, W.A.; CARVALHO, N.C.; COELHO, P.A.B. Abordagem da automedicação contra COVID-19 pelo Médico de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam comunidade*. Rio de Janeiro, 2021 jan-dez. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2880/1666> Acesso em: dezembro, 2021.

COSTA, N.M.; BEZERRA, A.F.B.; SILVA, K.S.B. Life stories of elderly women with cervical cancer: a look beyond getting Sick. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310118, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/Q5h3XQV674rkr45xB3Vv4Xb/?format=pdf&lang=en> Acesso em: dezembro, 2021.

CORREIA, R.A.; BONFIM, C.V.; FEITOSA, K.M.A.; FURTADO, B.M.A.S.; FERREIRA, D.K.S.; SANTOS, S.L. Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero. *Rev Esc Enferm USP* · 2020;54:e03636. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/9gmkZ9KwzmxHhxdFKQPYm9M/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2021.

CUADRADO, C.; VIDAL, F.; PACHECO, J.; ALVARADO, S.F. Acceso a la atención del cáncer en los grupos vulnerables de Chile durante la pandemia de COVID-19*. *Rev Panam Salud Publica* 46, 2022. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56243/v46e772022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CUNHA, I.I.B.R.R.; VASCONCELOS, A.C.; BRITO, B.F.; FIGUEIREDO, B.Q.; SOARES, C.; SANTOS, D.L.R.; PRESOT, Q.I.; FREITAS, M.T.O.; MARQUES, P.R.C.N.; FRANÇA, L.A. Câncer cervical: fisiopatologia, manifestações clínicas e principais fatores de risco associados à patogênese. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 11, pág. e49111133992, 2022. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33992> Acesso em: dezembro, 2021.

DAMIANI, Elizabethe et al. Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino: Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.364-381 Jan/Feb. 2021 Disponível em:

<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22728/18215>>

Acesso em: 10 de setembro de 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n1-030

DEBUS, Paula dos Santos et al. “Entre uma consulta e outra”: itinerário terapêutico de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. **J. res.: fundam. care. online** 2018 out/dez 10(4): 1032-1040. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6309/pdf_1> Acesso em: 10 de setembro de 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1032-1040.

DEWAN, Abhinav et al. Management of cervical cancer during the corona virus disease-19 (COVID-19) era. **Br J Radiol**; 94:20200686. Disponível em:

<<https://www.birpublications.org/doi/epdf/10.1259/bjr.20200686>> Acesso em: 10 de setembro de 2021.
<https://doi.org/10.1259/bjr.20200686>

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde. **J. Health Biol Sci.** 2021;9(1):1-6. Disponível em:<
<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3472/1406>> Acesso em: 08 de maio de 2021. doi: 10.12662/23173206jhbs.v9i1.3472.p1-6.2021

DIAS, M.B.K., ALCÂNTARA, L.L.M., GIRIANELLI, V.R., MIGOWSKI, A., RIBEIRO, C.M., TOMAZELLI, J. Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos: Indicadores do Primeiro Exame Citopatológico Informado no Siscolo, 2007.- 2013. **Rev. Bras. Cancerol. (Online)**; 68(1)jan./fev./mar. 2022. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1370269>

DIAS, E.G.; MENDES, R.A.S.; ROCHA, R.S.; CAMPOS, L.M.; ARAÚJO, R.A. Conhecimento e sentimentos de mulheres acerca do exame preventivo do câncer do colo do útero. *Saúde em Redes*. 2021; v. 7, n.3. Disponível em:
<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3483> Acesso em: dezembro, 2021.

DUARTE, M.B.O.; ARGENTON, J.L.P.; CAVALHEIRA, J.B.C. Impact of COVID-19 in Cervical and Breast Cancer Screening and Systemic Treatment in São Paulo, Brazil: An Interrupted Time Series Analysis. *JCO Global Oncology* no. 8 (2022) e2100371. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/GO.21.00371?role=tab> Acesso em: dezembro, 2021.

DOUBOVA, S.V.; ARSENAULT, C.; CONTRERAS-SÁNCHEZ, S.E.; BORRAYO-SÁNCHEZ, G.; LESLIE, H.H. The road to recovery: an interrupted time series analysis of policy intervention to restore essential health services in Mexico during the COVID-19 pandemic. *J Glob Health*. 2022 Jul 23;12:05033. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9304921/> Acesso em: dezembro, 2021.

DRAHOSOVA, Lenka; JAROSOVA, Darja. Concept Caring In Nursing. **Cent Eur J Nurs Midw** 2016;7(2):453–460. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/304342792_Concept_caring_in_nursing> Acesso em: 10 de maio de 2021. doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0014

FACCO, Renata Luciana Coneglian et al. Prevenção de Neoplasias do Colo do Útero: Concepções e Práticas de Enfermeiras da Atenção Primária à Saúde. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 95, n. 34, 2021 e- 021077. Disponível em:

<<https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/972/905>> Acesso em: 13 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.972>

FAGUNDES, Thales Pardini et al. Dealing with cancer screening in the COVID-19 era. **Rev Assoc Med Bras** 2021;67(Supl 1):86-90. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/5cXbV6J5xSB6mnPCs68X4nz/?lang=en&format=pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.67.Suppl1.20200889>

Fast Medic: Gestão em Sistemas de Saúde. Disponível em: <https://www.fastmedic.com.br/prontu%C3%A1rio-eletr%C3%B4nico>

FEDEWA, S.A.; STAR, J.; BANDI, P.; MINIHAN, A.; HAN, X.; YABROFF, K.R.; JEMAL, A. Changes in Cancer Screening in the US During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2022 Jun 1;5(6):e2215490. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35657622/> Acesso em: dezembro, 2021.

FERREIRA, L.F.; FREIRE, A.P.; SILVEIRA, A.L.C.; SILVA, A.P.M.; SÁ, H.C.; SOUZA, I.S.; GARCIA, L.S.A.; PERALTA, R.S.; ARAUJO, L.M.B. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e-07422, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/422> Acesso em: dezembro, 2021.

FRANÇAA, Brenda da Silva et al. Lesões precursoras do câncer do colo do útero: Uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e52910615896, 2021 Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15896>

FRANÇAB, Andréa Ferreira Ouchi et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira. **Rev Bras Enferm**. 2021;74(6):e20200936. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/WMThRr9czsfQRhtFwThTMKh/?lang=en>> Acesso em: 15 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0936>

FREITAS, R.A.; MENEZES, T.M.O.; SANTOS, L.B.; MOURA, H.C.G.B.; SALES, M.G.S.; MOREIRA, F.A. Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with câncer. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Supl 3):e20190034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jtKMXx3PpNRDdBRLZHdyMZC/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

FREITAS, A.S.; SILVEIRA, E.F.S.; AZEVEDO, F.H.C. Câncer de colo do útero e os cuidados de Enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 10, n.13, e 305101321268, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21268/18943> Acesso em: 11 de setembro de 2022.

FUNSTON, G.; O'FLYNN, H.; RYAN, N. A.J.; HAMILTON, W.; CROSBIE, E. J. Recognizing Gynecological Cancer in Primary Care: Risk Factors, Red Flags, and Referrals. *Adv Ther*, 35, (4), 577-589. 10.1007/s12325-018-0683-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29516408/> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

GALVÃO, R.O. Adenocarcinoma cervical: diagnóstico na atenção primária e secundária à saúde. **Femina**; 47(4): 245-252, 20190430. *Ilus. Disponível em:*

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046515> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

GALVÃO, Jôse Ribas et al. Trajetórias assistenciais de usuárias pela aps em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(4), e290404, 2019 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/TVJXDMCvKxCMwRRGMr6b7bL/?lang=pt>> Acesso em: 15 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290404>

GALVÃO, J.R.; ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. BOUSQUAT, A. percursos e obstáculos na rede de atenção à saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(12):E00004119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xwslqqqbfxfvhq6mb4jtr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

GAO, X.S.; BOERE, I.A.; BEEKHUIZEN, H.J.; FRANCKENA, M.; NOUT, R.; KRUIP, M.J.H.A.; KULAWSKA, M.D.; DOORN, H.C. Toxicidade aguda e de longo prazo em pacientes submetidos à quimioterapia de indução seguido de termorradioterapia para câncer cervical avançado. *REVISTA INTERNACIONAL DE HIPERTERMIA* 2022, VOL. 39, Nº. 1, 1440–1448. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/02656736.2022.2146213?needAccess=true&role=button> Acesso em: dezembro, 2021.

GARCIA, M.; CAMPOS, G.K.P.; PATRICIO, J.A.L.; RODRIGUES, L.A.; RODRIGUES, A.F.M. Identificação dos fatores que interferem na baixa cobertura do rastreamento do câncer de colo uterino através das representações sociais de usuárias dos serviços públicos. *Brazilian Journal Of Health Review*, Curitiba, V.4, N.1, P1462-1477 JAN./FEB. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/bjhr/article/view/23271/18706> Acesso em: dezembro, 2021.

Global Cancer Observatory- GLOBOCAN (2022). Estimativas para o câncer do colo do útero. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/> Acesso em: dezembro, 2021.

GUERRERO, G.P.; ZAGO, M.M.F.; SAWADA, N.O.; PINTO, M.H. relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *ras Enferm*, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 53-9. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 53-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yzr7ZMVcnnYGTSt7xXGGBrL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

GINSBURG, O., BASU, P., KAPAMBWE, S., CANFELL, K. **Eliminating cervical cancer in the COVID-19 era**. *Nature Cancer* | VOL 2 | February 2021 | 133–134. <Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s43018-021-00178-9.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2021
Acesso em: dezembro, 2021.

HAAR, Joris Van et al. Caring for patients with cancer in the COVID-19 era. **NATURE MEDICINE** 26:665-671, 2020 Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0874-8>> Acesso em: 10 de maio de 2021. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0874-8>

HE, C., REN, L., YUAN, M., LIU, M., LIU, K., QIAN, X., LI, J. Identification of cervical squamous cell carcinoma feature genes and construction of a prognostic model based on immune-related features. *BMC WOMENS HEALTH*. 2022; 22: 365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc9441064/> Acesso em: dezembro, 2021.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Guarapuava, 2021. Disponível em:** <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guarapuava/panorama>> Acesso em: 12 de junho de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Controle do Câncer do Colo do Útero – Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/utero>> Acesso em: 18 de maio de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>> Acesso em: 13 de setembro de 2021

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. 1 base de dados. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>> Acesso em: 18 de maio de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **O que é câncer?** – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>> Acesso em: 13 de setembro de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sistema_de_informacao_do_controle_do_cancer_de_mama.pdf Acesso em: fevereiro, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2023- Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: janeiro, 2023.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cancer today**. Lyon: WHO, 2020. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/today/home>> Acesso em: 03 de maio de 2021.

JAKOBCZYNSKI, J.; FRIGHETTO, M.; PERAZZOLI, M.; DAMBRÓS, B.P.; DALLAZEM, B.; KIRSCHNICK, A. Capacitação dos profissionais de saúde e seu impacto no rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino. *RBAC*. 2018;50(1):80-5. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/912016/rbac12018p80.pdf> Acesso em: dezembro, 2021.

JAZIEH, Abdul Rahman et al.. Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Care: A Global Collaborative Study. American Society of Clinical Oncology. **JCO Global Oncology**. 2021. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/GO.20.00351> Acesso em: 10 de maio de 2021. DOI <https://doi.org/10.1200/GO.20.00351>

JÚNIOR, José Antonio da Silva et al. O conhecimento dos discentes de enfermagem acerca do câncer de colo do útero. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM Santa Maria, RS**, v. 11, e7, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41938/html> Acesso em: 10 de maio de 2021. DOI:10.5902/2179769241938ISSN 2179-7692

KFOURI, C.F.A., LOMBARDI, M.C., ROMANIA, F.N., PULS, M.L., FERREIRA, R.A.M., LOMBARDI, L.B., ANDRADE, J.M. Fatores prognósticos de resposta à quimioterapia em tumores avançados do colo uterino: o papel da neoangiogênese. *Rev. Col. Bras. Cir.* 46 (1) • 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/rThFFzSkg3cW3cCBfnfwNHp/?lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

KIARIE, H.; TEMMERMAN, M.; NYAMAI, M.; LIKU, N.; THUO, W.; ORAMISI, V.; NYAGA, L.; KARIMI, J.; WAMALWA, P.; GATHECA, G.; MWENDA, V.; OMBAGO, L.A.; THUMBI, S.M. Essential Health Services Data Monitoring and Evaluation sub-working group. The COVID-19 pandemic and disruptions to essential health services in Kenya: a retrospective time-series analysis. *Lancet Glob Health*. 2022 Sep;10(9):e1257-e1267. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35961349/> Acesso em: dezembro, 2021.

KRAKAUER, Eric L. et al. Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/GO.21.00026> Acesso em: 18 de outubro de 2021. DOI <https://doi.org/10.1200/GO.21.00026>

KRAKAUER, Eric L. et al. Cervical Cancer-Associated Suffering: Estimating the Palliative Care Needs of a Highly Vulnerable Population. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/GO.21.00025> Acesso em: 18 de outubro de 2021. DOI <https://doi.org/10.1200/GO.21.00025>

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 9ª ed.- São Paulo: Atlas, 2021.

LEE, K.; LEE, Y.Y.; SUH, M.; JUN, J.K.; PARK, B.; KIM, Y.; CHOI, K.S. Impact of COVID-19 on cancer screening in South Korea. *Scientific Reports* | (2022) 12:11380. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9255521/> Acesso em: dezembro, 2021.

LI, X.; PANG, S.; SHEN, Y.; QU, P. Using Silva pattern system to predict prognosis and plan treatment of invasive endocervical adenocarcinoma: a single-center retrospective analysis. *BMC Women's Health* (2022) 22:488. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-02090-5> Acesso em: dezembro, 2021.

LIMA, R.S., CARDOSO, S.O., BUSSMANN, A.J.C., GUALTIERI, K.A., MACHADO, R.A., SILVA, T.C. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS E AS ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM. *Rev. Terra & Cult.*, Londrina, v. 37,n. especial, 2021. Disponível em:

<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatestes/article/view/2441/1875> Acesso em: dezembro, 2021.

LIMA, Bruna da Conceição et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018;39:e20180004..

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/g3Vn77V6wzsBSvbMB8cRCRF/?lang=pt>> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180004>

LIMA, Lisete Teixeira Palma; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves do Oliveira. Itinerário terapêutico de brasileiros na atenção primária na tríplice fronteira. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 40, n. 1, p. 37-46, jan./jun. 2019. Disponível em:

<<https://www.researchgate.net/publication/335832518> Itinerario terapeutico de brasileiros na atencao primaria na triplice fronteira> Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI:[10.5433/1679-0367.2019v40n1p37](https://doi.org/10.5433/1679-0367.2019v40n1p37)

LOPES, V.A.S.; RIBEIRO, J.M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9):3431-3442, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/wKH88LkHg3qq87tCLQtqvTp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

LOPES, V.A.S. ACESSO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO. *Sociedade em Debate* (Pelotas), v. 27, n. 2, p. 231-243 maio/ago. Disponível em:

<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2901/1792> Acesso em: dezembro, 2021.

LOPES, Viviane Aparecida Siqueira. Acesso e continuidade assistencial na atenção ao câncer de colo de útero. **Sociedade em Debate** (Pelotas), v. 27, n. 2, p. 231-243 maio/ago.

Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2901/1792>> Acesso em: 12 de junho de 2021.

DOI: <https://dx.doi.org/10.47208/sd.v27i2.2901>.

LOPES, V.A.S.; RIBEIRO, J.M. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: a literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9):3431-3442, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/wKH88LkHg3qq87tCLQtqvTp/?format=pdf&lang=en> Acesso em: dezembro, 2021.

LOPEZ, A.Q.; IBARRA, C.A.B.; GOMEZ, M.M.H.; ESCATE, R.Q. Self-medication practices to prevent or manage COVID-19: A systematic review. *PLoS One*. 2021; 16(11): e0259317. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8562851/pdf/pone.0259317.pdf> Acesso em: dezembro, 2021.

LUZ, Roberta de Oliveira et al. Itinerário terapêutico de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Rene**. 2019;20:e 33937. Disponível em:

<<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33937/pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI: 10.15253/2175-6783.20192033937

MADEIRO, A.; RUFINO, A.C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. *J. Health Biol Sci.* 2022; 10(1):1-9. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3521/1596> Acesso em: dezembro, 2021.

MATA, Sara et al. P16 and HPV Genotype Significance in HPV-Associated Cervical Cancer—A Large Cohort of Two Tertiary Referral Centers. *Int. J. Mol. Sci.* 2021, 22, 2294. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1422-0067/22/5/2294/htm>> Acesso em: setembro, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijms22052294>

MARQUES, C.M.; PINTO, M.B.; SIMÕES, M.M.S.S.; LOPES, G.S. Competências da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos em pacientes com câncer de colo de útero. *Research, Society and Development*, v. 10, n.16, e379101623981, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23981/21026> Acesso em: 11 de setembro de 2020.

MATOS, L.A. Vivências de mulheres com câncer de colo de útero: do diagnóstico ao tratamento. Dissertação (Mestrado- Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2019. Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2334/1/liliam_alkmim_matos.pdf Acesso em: dezembro, 2021.

MASSON, Hannah. Cervical pap smears and pandemics: The effect of COVID-19 on screening uptake & opportunities to improve. *Women's Health* Volume 17: 1–5 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8155746/pdf/10.1177_17455065211017070.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI: 10.1177/17455065211017070

MELO, J.R.R.; DUARTE, E.C.; MORAES, M.V.; FLECK, K.; ARRAIS, P.S.D. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(4):E00053221. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ttzxtm86ywcwbgnavbhkmrq/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

MENIN, S.P.; ORSO, Z.A. Benefícios no tratamento do câncer atrelado ao uso das Práticas Integrativas e Complementares. *Rev Perspectiva Ciênc Saúde.* 2020; 5(1):12-18. Acesso em: dezembro, 2021.

MINUTO, J.C.; CEOLIN, T.; MERCALI, L.M.F.; BONOW, C.T.; LOPES, C.V.; AZEVEDO, N.A. Práticas de cuidado realizadas por pessoas que convivem com o câncer. *Journal Health Npeps.* 2021 JUL-DEZ; 6(2):185-201. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5387/4484> Acesso em: dezembro, 2021.

MONTEIRO, A.S.; SEHNEM, G.D.; BUGS, C.V.M.; COGO, S.B.; DIAS, E.F.R.; LEMOS, S.M.; REGIS, D.O.H.; SCHANNE, F.F.; DISCONSI, F.M.; ANDRADE, B.M. Mulher jovem com câncer: o receber do diagnóstico e suas Repercussões. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* Vol.15(11). Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11226/6677> Acesso em: dezembro, 2021.

MOMBERG, M.; BOTHA, M. H.; VAN DER MERWE, F. H.; MOODLEY, J. Women's experiences with cervical cancer screening in a colposcopy referral clinic in Cape Town, South Africa: a qualitative analysis. *BMJ Open*, 7, (2), e013914. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28213603/> Acesso em: dezembro, 2021.

MOREIRA, D.P.; SANTOS, M.A.C.; PILECCO, F.B.; PENNA, E.D.; REIS, I.A.; CHERCHIGLIA, M.L. Tratamento ambulatorial do câncer do colo do útero em tempo oportuno: a influência da região de residência de mulheres no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(10):e00277521. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/M5f4sNRyxpLsN84rBHNCkdB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

MORSE, J.M. et al. Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 23, n. 2, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x> Acesso em: 20 de setembro de 2021. DOI: [10.1111 / j.1547-5069.1991.tb00655.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x)

MOURA, Gabriela Vasconcelos et al. Mulheres e câncer: corpos femininos são mais que mamas e colo de útero. Estudo dos novos diagnósticos de câncer entre mulheres, no Brasil, de 2016 a 2020. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.4, p.15794-15813 jul./aug. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/33497/pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n4-111

NASCIMENTO, A.F.S.; PAIVA, A.C.P.C.; FORTES, F.L.S.; FARÃO, E.M.D.; AMORIM, T.V.; NASCIMENTO, M.S. Trajetórias terapêuticas de mulheres com câncer do colo do útero: o estado da arte. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210303616.pdf> Acesso em: dezembro, 2021.

NEUJAHR, T. S.; PORTO, A. R.; GONÇALVES, K. D.; THOFEHRN, M. B.; HAMMES, H. R.; GEPPERT, A. K. Enredos na trajetória percorrida por mulheres até o tratamento quimioterápico. *Revista Enfermagem Contemporânea, [S. l.]*, v. 9, n. 1, p. 73–84, 2020. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v9i1.2596. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2596>. Acesso em: dezembro, 2021.

NOGUEZ, P.T. Experiência do adoecimento e práticas de autoatenção de pessoas com câncer em cuidados paliativos. 2017. 148f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/3815> Acesso em: dezembro, 2021.

NUNES, R.R.; FEITOSA, E.S.; FERREIRA, M. A.C.; SILVA, R.M.; BRILHANTE, A.V.M.; CATRIB, A.M.F.; SANTOS, Z.M.S.A.; AMORIM, R.F. Compreender como a espiritualidade e a religiosidade influenciam a experiência dos pacientes com câncer. *REVER • São Paulo • v. 20 • n. 2 • mai/ago 2020*. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/rever/article/view/50679/33086> Acesso em: dezembro, 2021.

Instituto Nacional do Câncer- INCA. Estimativa 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa> Acesso em: janeiro, 2020.

OLIVEIRA, A.D.T., CASTRO, C.E.R., FILHO, J.O.T., AMARO, K.D.S., TRAJANO, V.N., COSTA, H.F. ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA DO ADENOCARCINOMA INVASIVO DE COLO UTERINO. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança v.17 n. 1(2019). Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/138> Acesso em: dezembro, 2021.

PERGO, L.S., MAFFINI, C.F., ZANINE, R.M., COLLAÇO, L.M., SEBASTIÃO, A.N.M. Intraepitelial Escamosa de Alto Grau nas Lesões do Colo Uterino Interobserver Agreement in Cytological Diagnosis of Atypical Squamous Cell, Cannot Exclude a High-Grade Lesion and High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion in Cervical Lesions. **Rev. Bras. Cancerol. (Online)**; 68(1)jan./fev./mar. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1370248> Acesso em: dezembro, 2021.

PAHO. Considerations for the Reorganization of Cancer Services during the COVID-19 Pandemic. Pan American Health Organization (PAHO); 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52263>> Acesso em: 02 de setembro de 2021.

PAHO. Pan American Health Organization. **Folha Informativa Sobre COVID-19 2021.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>> Acesso em: 02 de setembro de 2021.
PITTA, M.G.R.; LIMA, R.P.; CARVALHO, J.S.; TEIXEIRA, D.R.C.; NUNES, T.R.S.; MOURA, J.A.S.; VIANA, D.C.F.; PITTA, I.R. Análise do perfil de automedicação em tempos de COVID-19 no Brasil. Research, Society and Development, v. 10, n. 11, e28101119296, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19296/17233>

PILKINGTON, F.Beryl. The Concept of Intentionality in Human Science Nursing Theories. **Nursing Science Quarterly**, v.18, n. 2, p. 98-104, 2005. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318405274807>> Acesso em: 20 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.1177/0894318405274807>

PONIEWIERZA, P.; PANEK, G. Cervical Cancer Prevention in the Era of the COVID-19 Pandemic. Medicina (Kaunas). 2022 May 29;58(6):732. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9229337/>

PREFEITURA DE GUARAPUAVA. Administração Direta/ Saúde. Guarapuava. Disponível em: <<https://www.guarapuava.pr.gov.br/administracao-direta/saude/>> Acesso em: 18 de outubro de 2021.

PRUDÊNCIO, J.V.L.; MARQUES, J.H.M. RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO DURANTE A COVID-19 . v. 1 n. 1 (2021): Revista Científica. Disponível em: <http://189.112.117.16/index.php/revista-cientifica/article/view/585>

RAMESH, K., AGARWAL, P., AHUJA, V., MIR, B.A., YURY, S., ALTUWAIRIQI, M., NUAGAH, S.J. Biomedical application of identified biomarkers gene expression based early diagnosis and detection in cervical cancer with modified probabilistic neural network.

HINDAWI CONTRAST MEDIA & MOLECULAR IMAGING VOLUME 2022, ARTICLE ID 4946154, 10 pages. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc9482500/> Acesso em: dezembro, 2021.

ROCHA, P.T.; LIMA, C.A.; DIAS, O.V.; PAIVA, P.A.; ROCHA, J.F.D. A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis., 2016; 8(4): 2031-2036. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf#page=33> Acesso em: dezembro, 2021.

ROCHA, I.E.S.; SILVA, V.F.; GUIMARÃES, T.M.M. Evidências científicas da assistência de enfermagem na realização do exame Papanicolau. Research, Society and Development, v. 10, n.6, e6410615580, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15580/13864> Acesso em: dezembro, 2021.

RODRIGUES, D.M.V. Começo ao Fim, Caminhos que Segui: Itinerações no Cuidado Paliativo Oncológico. Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, 2019. Disponível em: Acesso em: 15 de setembro de 2021.

ROMAN, Cassiela; CAMPOS, Marina da Silva; BUENO, Denise. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COMO BUSCA DO CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA FALCIFORME. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 523-538 jul./set. 2019. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2762/2795>> Acesso em: 15 de setembro de 2021. _____ DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2762.

ROZARIO, S.; SILVA, I.F.; KOIFMAN, R.J.; SILVA, I.F. Characterization of women with cervical cancer assisted at Inca by histological type. Rev Saude Publica. 2019;53:88. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2019.v53/88/en> Acesso em: dezembro, 2021.

SANTOS, J.R.M.; MONTEIRO, L.; SOUSA, S.G.; ARAÚJO, B.G. Os riscos da automedicação por hidroxiclороquina frente a Pandemia de COVID-19 . Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.3, p. 11185-11204 may./jun. 2021 . Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Bruno-Gedeon-De-Araujo-2/publication/353776426_Brazilian_Journal_of_Health_Review_Os_riscos_da_automedicacao_por_hidroxiclороquina_frente_a_Pandemia_de_COVID-19_The_risks_of_hydroxychloroquine_self-medication_in_front_of_the_COVID-19_Pandemic/links/611144001ca20f6f860bc337/Brazilian-Journal-of-Health-Review-Os-riscos-da-automedicacao-por-hidroxiclороquina-frente-a-Pandemia-de-COVID-19-The-risks-of-hydroxychloroquine-self-medication-in-front-of-the-COVID-19-Pandemic.pdf Acesso em: dezembro, 2021.

SANTOS, J. N.; GOMES, R.S. Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2022; 68(2): e-031632. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378742/art3_final.pdf Acesso em: dezembro, 2021.

SARDINHA, A.H.L., VERZARO, P.M., ROLIM, N.C.O.O., SOUSA, S.M.F., SILVA, A.P.F.D., LOPES, A.R.S. Association between demographic variables and cervical cancer staging in elderly women: a retrospective study. **Online braz. j. nurs. (Online)**; 2005 maio 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224610> Acesso em: dezembro, 2021.

SCHNEIDER, A.P.H.; GAEDKE, M.A.; KOEPP, J.; REUTER, E.M.; DARSIE, C.; POSSUELO, L.G.; VALIM, A.R.M.; CARNEIRO, M. Medidas de distanciamento social como fator de proteção contra a COVID-19 no interior do Rio Grande Do Sul, BRASIL. *Rev Panam Salud Publica* 45, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55178/v45e1452021.pdf?sequence=1&isallowed=y> Acesso em: dezembro, 2021.

SCHRAG, Deborah; HERSHMAN, Dawn .L.; BASCH, Ethan. Oncology practice during the COVID-19 pandemic. **JAMA** 323:2005-2006, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764728> Acesso em: 12 de maio de 2021 doi: 10.1001 / jama.2020.6236

SILVA, Brenda Luzia Aragão de Oliveira; BARROS, Rafaela Alves de Andrade; LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares. The impact of the COVID- 19 pandemic on cervical cancer screening in Teresina- PI. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e2091010118768, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18768> Acesso em: 02 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18768>

SILVA, Liliane Faria et al. Itinerário terapêutico dos profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2021;29:e3413. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gNRNgrLT9tgffZNMWGbpbz6v/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.4691.3413.

SILVA, N.F.C.P.; SILVA, C.M.; POMPEU, A.B.G.; SANTOS, T.L.; PINTO, K.H.M.; FONSECA, E.C.A. Capacitação dos Enfermeiros da Atenção Básica a Respeito do Exame Citopatológico do Colo do Útero. *Braz. J. of Develop., Curitiba*, v. 6, n.6,p.41141-41160jun.2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12290/10312> Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, M.D.T.; MARQUES, R.B.; COSTA, L.O. Câncer de colo de útero: barreiras preventivas no século 21. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.2, p. 7610-7626mar./apr.2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27818/22017> Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, A.F.; JESUS, J.S.P.; RODRIGUES, J.L.G. AUTOMEDICAÇÃO NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. São Paulo, v.7.n.4. Abr.2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1038/496> Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, D.S.; PINTO, M.C.; FIGUEIREDO, M.A.A. Factors associated with delay in specialized treatment after diagnosis of cervical cancer in Bahia state, Brazil . *Cad. Saúde*

Pública 2022; 38(5):E00022421. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/csp/2022.v38n5/e00022421/en> Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, R.C.G.; SILVA, A.M.O.; PERES, A.L.; OLIVEIRA, S.R. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 18 (4): 703-710 out-dez., 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PgGpzdL6HqQTsk8RPLVD9JR/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, I.M.L.; SCHUMACHER, B. Conhecimento e sentimentos das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero. Redes | N. III | Ano III | 2020. Disponível em:
<http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/60/70> Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, R.C.G.; SILVA, A.C.O.; PERES, A.L.P.; OLIVEIRA, S.R. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 18 (4): 703-710 out-dez., 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PgGpzdL6HqQTsk8RPLVD9JR/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em: dezembro, 2021.

SILVA, T.G.; OLIVEIRA, K.M.L.; MORAIS, S.C.R.M., PERRELI, J.G.A.; SOUSA, S.M.A.; LINHARES, F.M.P. Disfunção sexual em mulheres com câncer do colo do útero submetidas à radioterapia: análise de conceito. REVISÃO • Esc. Anna. Nery 25 (4) • 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/jvh9b4tx7fdvcq5rlt4nrxs/abstract/?lang=pt> Acesso em: dezembro, 2021.

SANTOS, J. N.; GOMES, R.S. Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2022; 68(2): e-031632. Disponível em:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378742/art3_final.pdf Acesso em: dezembro, 2021.

SARDINHA, A.H.L.; VERZARO, P.M.; ROLIM, N.C.O.P.; SOUSA, S.M.F.; LOPES, A.R.S. Association between demographic variables and cervical cancer staging in elderly women: a retrospective study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2021. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1224610/6479-pt.pdf> Acesso em: dezembro, 2021.

SOARES, Daniela Arruda et al. **Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero na Bahia, Brasil.** Av Enferm. 2019;37(3): 333-342. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n3/0121-4500-aven-37-03-333.pdf> > Acesso em: 15 de setembro de 2021. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149>

Sociedade Brasileira De Cirurgia Oncológica- SBCO (2022). Quais os sintomas do câncer de colo de útero? Disponível em: <https://sbco.org.br/quais-os-sintomas-do-cancer-de-colo-de-uterio/> Acesso em: dezembro, 2021.

SOMANNA, S. N.; MURTHY, S. N.; CHALUVARAYASWAMY, R.; MALILA, N. Time from Self-Detection of Symptoms to Seeking Definitive Care among Cervical Cancer Patients. Asian Pac J Cancer Prev, 21, (11), 3301-3307. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8033105/> Acesso em: dezembro, 2021.

SOUZA, A.F.; PINHEIRO, A.C.; PORTO, J.M.; COSTA, J.S.C.; DIAS, R.C.N.; ARAÚJO, L.M.B.; AMÂNCIO, N.F.G. COVID-19: Automedicação de indivíduos psicologicamente afetados. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, n. 1, pág. 2721–2731, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22836>. Acesso em: dezembro, 2021.

SOUSA, M.L.; CANTINHO, K.M.C.R.; ALENCAR, L.N.; ANDRADE, I.L.X.C.; COSTA, L.M.O.; BRABOSA, S.M.M.L.; MOURA, E.H.; SERRA, L.R.C.; SOUZA, M.V.C.; MELO, S.M. Câncer de colo do útero: sinais e sintomas na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 13, e591111335891, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/franc/Downloads/35891-Article-396261-1-10-20221016.pdf> Acesso em: dezembro, 2021.

SOUSA, K.R.; MIRANDA, M.A.L. Câncer do colo do útero: percepção das mulheres frente ao exame preventivo. *Com. Ciências Saúde*. 2018; 29(3):183-190. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/269/180> Acesso em: dezembro, 2021.

SOUSA, G. A.; VIANA, J. N.; SOUZA, C. S. M.; MOYSÉS, R. P. C. Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero no Amazonas: uma Análise da Prevenção ao Tratamento de Lesões Precursoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 67, n. 3, p. e–161282, 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1282>. Acesso em: dezembro, 2021.

TESTON, E.F.; FUKUMORI, E.F.C.; BENEDETTI, G.M.S.; SPIGOLON, D.N.; COSTA, M.A.R.; MARCON, S.S. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. *Escola Anna Nery* 22(4) 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hD37vTgiP7zMmJnPbJNCG9G/?format=pdf&lang=en> Acesso em: dezembro, 2021.

TOLENTINO, R.M., BRANDÃO, M.N., GARCIA, P.P. Achados citopatológicos relacionados ao câncer de colo uterino e aspectos clínicos de pacientes do serviço de ginecologia do ambulatório de uma instituição de ensino. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas - 2021 5(2): 21-25**. Disponível em: <http://200.169.1.56/ojs/index.php/ricm/article/view/539/121> Acesso em: dezembro, 2021.

TONIN, Luana et al. A evolução da Teoria do Cuidado Humano para a Ciência do Cuidado Unitário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e621997658, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7658> . Acesso em: 20 de setembro de 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7658>

TRIFANESCU, Oana Gabriela et al. Long-term oncological outcome in patients with cervical cancer after 3 trimodality treatment (radiotherapy, platinum-based chemotherapy, and robotic surgery). **Medicine** (2021) 100:13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8021375/pdf/medi-100-e25271.pdf> Acesso em: 12 de maio de 2021. doi: [10.1097/MD.00000000000025271](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025271)

TSUCHIYA, C.T.; LAWRENCE, T.; KLEN, M.S.; FERNANDES, R.A.; ALVES, M.R. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. *J Bras Econ Saúde* 2017;9(1): 137-47. Disponível em: <http://www.jbes.com.br/images/v9n1/137.pdf> Acesso em: dezembro, 2021.

WALDOW, Vera Regina. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig. Enferm. Imagen Desarr.** v. 17, n.1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516002.pdf> Acesso em: 20 de setembro de 2021. doi:10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc

WALKER, M.J.; WANG, J.; MAZURYK, J. Prestação de cuidados com o câncer em Ontário, Canadá, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19. *JAMA Netw Open.* 2022;5(4):e228855. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2791281> Acesso em: dezembro, 2021.

WIROWSKI, N.; MELO, C.S.; VIEIRA, I.S. MOREIRA, F.P. Prevalência de automedicação para COVID-19 entre adultos jovens durante a pandemia no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 11, n.7, e29011729955, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29955/25875> Acesso em: dezembro, 2021.

WHO. World Health Organization. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. World Health Organization (WHO); 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantlyimpacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> Acesso em: 30 de setembro de 2021.

WHO. World Health Organization. Coronavirus 2021. Disponível em: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1 Acesso em: 30 de setembro de 2021.

WHO. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> Acesso em: 30 de setembro de 2021.

WHO. World Health Organization. Atualização Epidemiológica Semanal No Covid-19 - 13 de Outubro de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-october-2021> Acesso em: 18/10/2021.

Yin, Robert K. Estudo de caso : planejamento e métodos [recurso eletrônico] / Robert K. Yin ; [tradução: Cristhian Matheus Herrera]. – 5.ed – Porto Alegre : Bookman, 2015.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim.** Porto Alegre: Penso: 2016.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

Código identificador: _____

Data: ____/____/____.

Data de registro no SISCOLO: _____

1 Dados de identificação:

Nome _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Cor da pele (autorreferida): _____

Estado civil: (solteira/casada/divorciada/viúva/união estável): _____

Nº. de filhos: _____

Religião: _____ Profissão/Ocupação: _____

Aposentada: () Sim () Não Data: _____

Afastamento para tratamento: _____

Renda individual/ _____ Renda familiar: _____

Benefício social: _____ Rede de apoio: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Escolaridade: Grau de instrução:

Analfabeta: () Sim () Não

Ensino fundamental: Completo () Incompleto()

Ensino médio Completo () Incompleto()

Ensino Superior Completo () Incompleto()

Outro: _____

Endereço completo: Av/R: _____

Nº/compl. _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone: _____ Cel/WhatsApp: _____

E-mail: _____

2 Dados clínicos:

Estilo de Vida: Tabagismo: início _____ Término: _____ tipo: _____ Nº/dia: _____

Álcool: Início: _____ Término: _____ Tipo: _____ nº/vezes/semana: _____

Uso de substâncias psicoativas: Início: _____ Término: _____ Tipo: _____

Atividade física: Sim () Não () Frequência: _____ Quando parou: _____
 Tipo: _____

Início da atividade sexual: _____

Parceiros sexuais: Único: _____ Multiplicidade de parceiros: _____

Uso de contraceptivos orais Início _____ Término: _____ Qual: _____

Outro tipo de contraceptivo Início _____ Término: _____ Qual: _____

Atividade sexual atual Sim () Não () Frequência: _____ Quando parou: _____

Uso de preservativo: Sim () Não () Qual: _____ Frequência de uso: _____

Exame citopatológico: Início: _____ Frequência: _____

Data: Alterações/tipo/quando: _____ Tratamento: _____

Data: Alterações/tipo/quando: _____ Tratamento: _____

Data: Alterações/tipo/quando: _____ Tratamento: _____

Vacina p/ HPV: Quando: _____ SUS () Privado () Não vacinada ()

Nº de gestações: _____

A termo: _____ Prematuridade: _____

Parto vaginal: _____ Parto a fórceps: _____ Parto cirúrgico/cesáreos: _____

Intercorrências: _____

Parto humanizado/natural/domiciliar, outro: _____

Intercorrências: _____

Nº Aborto: _____ espontâneos. Quando: _____ Curetagem: _____

Provocados. Quando: _____ como (medicamentos/agulhas, outros): _____ Curetagem: _____

Intercorrências: _____

Presença de infecções sexualmente transmissíveis: () Sim () Não

Quando: _____ Qual: _____ Tratamento: _____

Quando: _____ Qual: _____ Tratamento: _____

Quando: _____ Qual: _____ Tratamento: _____

Leucorreia/infecções/outras: () Sim () Não

Quando: _____ Qual: _____ Tratamento: _____

Quando: _____ Qual: _____ Tratamento: _____

Doenças anteriores (Diabetes mellitus/HAS/Câncer/outras): _____

Ca do colo do útero

Início dos sintomas: _____ Sintomas: _____

Diagnóstico clínico

Data do diagnóstico: _____ Serviço: _____

Tipo/Laudo: _____

Estadiamento (TNM) _____

Início do tratamento:

Data: _____ Serviço: _____

Tratamento atual: _____ Serviço: _____

Tratamentos anteriores/atuais:

Cirurgia/Tipo: _____ Datas: _____

Serviço: _____

Cirurgia/Tipo: _____ Datas: _____

Serviço: _____

Quimioterapia: _____ Datas: _____

Protocolo/ N° de ciclos: _____ Serviço: _____

Radioterapia: _____ Datas: _____

Teleterapia/N° de sessões: _____ Serviço: _____

Braquiterapia Data: _____ Serviço: _____

Outras terapias: _____

Data: _____ Qual: _____ Local/Serviço: _____

COVID

Data: _____ Complicações: _____

Acompanhamento: _____ Serviço: _____

Tratamento realizado: _____

Observação: a coleta de dados – SISCOLO, Fast Medic e complementado com a participante.

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questão disparadora

1) Conte-me como a Senhora descobriu que estava doente (problema ginecológico)?

Tópicos completos:

A senhora poderia contar como percebeu os primeiros sintomas da doença?

- ✓ Quais foram os primeiros sintomas?
- ✓ Quando ocorreu (período: dia, mês, ano)?
- ✓ Qual foi o tempo entre os primeiros sintomas e a confirmação diagnóstica
- ✓ Qual/quais o(s) serviços de saúde procurou ou foi encaminhada?
- ✓ Quem contou o diagnóstico? (data, profissional, serviço, soube ao ler o resultado)
- ✓ Compartilhou o diagnóstico com familiares e amigos ou não?
- ✓ Sentimentos experienciados a partir do momento do diagnóstico?
- ✓ Intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica?
- ✓ Que exames realizou?
- ✓ Dificuldades encontradas (pandemia, serviços de saúde, financeiras, familiares, trabalho, outras)?
- ✓ Facilidades encontradas (serviços de saúde, financeiras, familiares, trabalho, outras)?

Questão disparadora

1) Conte-me como a Senhora vem percorrendo o caminho para tratar e cuidar da doença

Tópicos completos:

- ✓ Qual/quais o(s) serviços de saúde procurou ou foi encaminhada?
- ✓ Que tratamento(s) e cuidado(s) realizou e vêm realizando (datas/Serviços/tipos de tratamentos)?
- ✓ Qual foi o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento?
- ✓ Houve atraso no tratamento (motivo, quando)?
- ✓ Que sinais e sintomas incomodaram e incomodam provocados pela doença/ tratamento?
- ✓ Expectativas em relação ao tratamento?
- ✓ Quais as fontes de apoio (família, igreja, outros)?
- ✓ Dificuldades encontradas (pandemia, serviços de saúde, atraso no tratamento, financeiras, familiares, trabalho, outras)?
- ✓ Facilidades encontradas (de saúde, financeiras, familiares, trabalho, outras)?
- ✓ Houve busca por ajuda espiritual (religiões, igrejas, outros)?
- ✓ Preciso trocar de instituição de saúde (data/motivo, instituição)?

- ✓ Buscou tratamento ou ajuda complementar (quem indicou, fez ou faz uso de chás/ervas medicinais/outros, buscou/busca curandeiras, benzedeiras, simpatias, pais de santo, xamã, outros, buscou cirurgia espiritual, outros)?

Questão disparadora

- 2) Como a Senhora. se sente/sentiu em relação a pandemia de COVID-19?

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu Nen Nalú Alves das Mercês, professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná e Eu Francine Meira da Cruz, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde- da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a senhora, acometida pelo câncer do colo do útero a participar de um estudo intitulado Trajetória de Cuidados de Mulheres com Câncer de Colo de Útero durante a Pandemia de COVID-19. Diante da perspectiva da Estratégia Global lançada em agosto de 2020 que visa a erradicação do câncer do colo do útero, que é totalmente prevenível e curável, a realização deste projeto de pesquisa se justifica em conhecer o percurso realizado desde o diagnóstico até o momento atual, de pandemia, haja vista diante das altas taxas de incidência e mortalidade de mulheres que são acometidas pela doença, tornando-se um problema de saúde pública de relevância.

- a) O objetivo desta pesquisa é conhecer a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero durante a pandemia de Covid-19 a partir do tratamento, na cidade de Guarapuava/PR.
- b) Caso a senhora concorde em participar da pesquisa, será necessário a realização de entrevista audiogravada pela pesquisadora, onde posteriormente as respostas serão transcritas para a análise dos resultados. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, tendo você a liberdade de recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, e exigir a retirada de sua participação da pesquisa sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.
- c) A pesquisa será realizada no domicílio da participante ou local de sua escolha, conforme o contato prévio via telefone. As entrevistas podem ter duração de 30 a 40 minutos e no máximo 60 minutos, caso ultrapasse o horário, será marcado um novo encontro conforme vontade e disponibilidade da participante. Durante a realização da entrevista, será permitido a presença de um acompanhante, caso a participante sinta-se à vontade.
- d) Em relação aos riscos e desconfortos, é possível que a senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao procedimento utilizado (entrevista audiogravada) poderá trazer algum desconforto como desorganização emocional devido ao retorno a possíveis lembranças dolorosas, como diagnóstico da doença e o percurso percorrido durante o tratamento, caso necessário a entrevista será pausada, a pesquisadora poderá desenvolver uma

intervenção em crise utilizando técnicas de relaxamento ou outros métodos que auxiliem nesse momento até a reestabilização emocional da participante, sendo a primeira intervenção e se necessário encaminhará a mesma ao serviço de saúde realizando o seguimento através de contato telefônico. Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, a pesquisadora se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita e também tem direito a buscar indenização, caso sinta que houve qualquer tipo de abuso por parte da pesquisadora.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que a pesquisa possibilitará a identificação dos aspectos que serão citados como dificultadores e que foram impostos pelo de COVID- 19, que impactam de forma negativa em toda a trajetória de cuidado percorrida no sistema de saúde durante o momento pandêmico que vivenciamos no país.

f) As pesquisadoras Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês, tem o endereço institucional: Av. Lothario Meissner, 632 - Bloco Didático II - 4º andar Jardim Botânico - Curitiba/PR CEP: 80210-170 (Campi Jardim Botânico, da Universidade Federal do Paraná), contato telefônico: (41)3361-3775. A pesquisadora Francine Meira da Cruz, no endereço eletrônico e-mail: mcruzfran@gmail.com, que poderão ser encontradas para esclarecer eventuais dúvidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) O material obtido através entrevista audiogravada, será transcrito e enviado para a Senhora chancelar, via e-mail ou de forma impressa, conforme as condições da Senhora. O mesmo será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado, ao término do estudo, dentro de 12 meses os áudios coletados serão apagados.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, sendo a enfermeira Francine a responsável pelo armazenamento dos dados sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

() Permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa;

() Não permito a revelação da minha identidade durante a fase de análise dos dados no decorrer da pesquisa .

j) A senhora terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, não aparecerá seu nome, a menos que seja seu desejo ter sua identidade revelada.

- () Permito a revelação da minha identidade na publicação dos resultados da pesquisa;
- () Não permito a revelação da minha identidade na publicação dos resultados da pesquisa ;
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo (caso seja escolhido outro local que não o domicílio da participante) os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, subitem g, Resol. 466/2012).
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se a senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, a senhora pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

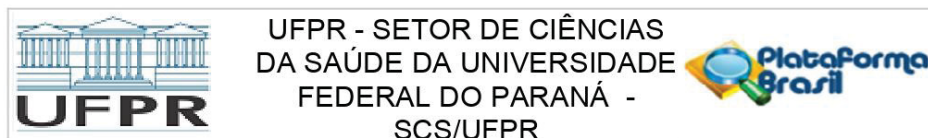
Guarapuava, ____ de _____ de ____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRAJETÓRIA DE CUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53156321.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.153.955

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR que visa conhecer a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero, durante a pandemia de COVID-19.

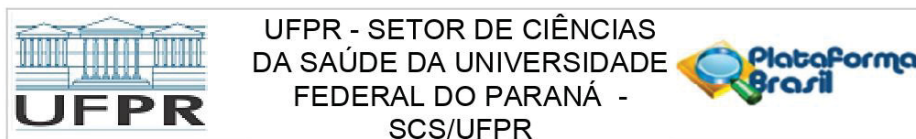
Será realizado um estudo de natureza qualitativa com abordagem descritiva e exploratória, para o alcance do objetivo proposto de conhecer a trajetória de cuidado de mulheres com câncer do colo do útero, durante a pandemia de COVID-19.

O estudo será desenvolvido no Município de Guarapuava.

As participantes do estudo serão mulheres residentes no Município de Guarapuava/Paraná, com diagnóstico de câncer do colo do útero, registradas no Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, a partir de fevereiro de 2020 a dezembro de 2021, sendo previsto um número de 21 participantes.

Após a seleção, o recrutamento será feito via telefone para um primeiro contato com realização do

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.153.955

convite e explicação da pesquisa.

A coleta de dados está prevista para o período de janeiro de 2022 a maio de 2022. Será realizada em duas etapas:

1ª etapa: a coleta de dados do SISCOLO e do prontuário eletrônico no sistema FastMedic utilizado pelo Município, será realizada através de um instrumento criado pela mestranda pesquisadora para levantamento das informações de identificação pessoal e dados clínicos existentes no sistema.

2ª etapa: realização de entrevista semiestruturada (Apêndice B), será audiogravada com as participantes, por meio da aplicação de um roteiro semiestruturado elaborado pela mestranda pesquisadora.

A entrevista será agendada em data, horário e local, em comum acordo entre a participante e mestranda pesquisadora.

Os dados serão organizados e formatados com o auxílio do programa computacional Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ); e, posteriormente os dados serão processados e codificados em classes.

Objetivo da Pesquisa:

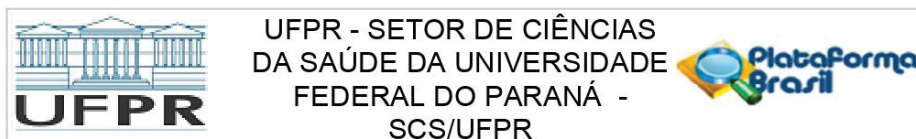
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero;
- Traçar a trajetória de cuidado a partir do primeiro sinal/sintoma percebido ao diagnóstico de câncer do colo do útero, tratamento e momento pandêmico atual;
- Identificar os Serviços de Saúde, procurados pelas mulheres com câncer do colo do útero, durante a pandemia de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios imediatos as participantes, mas contribuirá para o conhecimento através dos resultados.

A coleta de dados através de entrevista audiogravada poderá trazer algum desconforto como desorganização emocional devido ao retorno a possíveis lembranças dolorosas, como diagnóstico da doença e o percurso percorrido durante o tratamento.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.153.955

Caso necessário a entrevista será pausada, a pesquisadora utilizará técnicas de relaxamento ou outros métodos que auxiliem nesse momento até o restabelecimento emocional da participante. Se a participante necessitar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento, por se sentir prejudicada por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, a mestrandia pesquisadora se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita,

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados a contento

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa bem escrita e delineada, na verifica-se que os pesquisadores descrevem em detalhes todos os cuidados éticos a serem tomados no recrutamento e aplicação da pesquisa.

Considerando que todos os pontos indicados por este colegiado foram atendidos, sou de parecer favorável a aprovação ética do projeto.

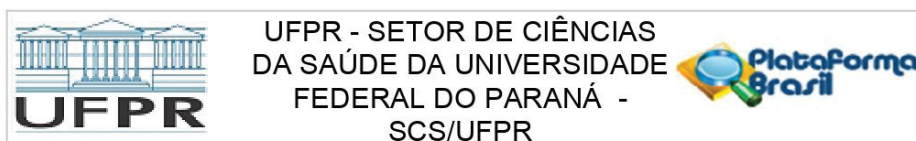
Favor inserir em seu TCLE e TALEo número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos para novos projetos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.153.955

deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1852812.pdf	02/12/2021 15:11:20		Aceito
Outros	CONCORDANCIA_COPARTICIPACAO_1.pdf	02/12/2021 15:08:29	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIA.docx	02/12/2021 14:26:48	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CEP_MODIFICADO1.docx	02/12/2021 14:26:02	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_COPARTICIPACAO.pdf	09/11/2021 15:27:31	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS.pdf	08/11/2021 16:26:49	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CEP_MODIFICADO.docx	08/11/2021 08:58:09	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	SOLICITACAO_DE_ACESSO_AOS_DADOS_DE_ARQUIVO.pdf	04/11/2021 17:21:37	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	CHECK_LIST_DOCUMENTAL.pdf	04/11/2021 14:54:54	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PARA_MANIPULACAO_DOS_DADOS.pdf	04/11/2021 14:44:47	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_COMPROMISSOS_DA_EQUIPE_DA_PESQUISA.pdf	04/11/2021 09:09:37	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	Ata_aprovacao_projeto.pdf	04/11/2021 09:08:56	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/11/2021 09:06:59	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	USO_IMAGEM_E_VOZ.pdf	04/11/2021 09:04:14	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	04/11/2021 09:00:07	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	04/11/2021 08:59:45	FRANCINE MEIRA DA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR	04/11/2021	FRANCINE MEIRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

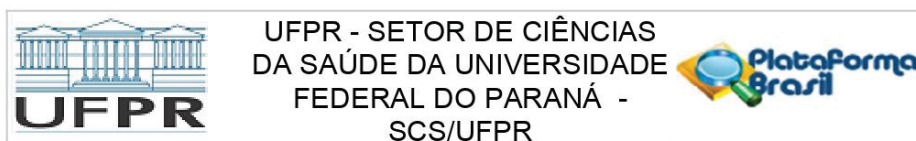
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.153.955

Assentimento / Justificativa de Ausência	E_ESCLARECIDO.docx	08:58:37	DA CRUZ	Aceito
--	--------------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 08 de Dezembro de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Observar orientação, memória e fala.

Mini Exame do Estado Mental	<i>Total</i>
Orientação Data (que dia é hoje? Registre os itens omitidos) Dia (), mês (), ano (), dia da semana (), manhã / tarde ()	
Orientação Local (onde você está? Pergunte os itens omitidos) País (), estado (), cidade (), local (), andar ()	
Registro de objetos (nomeie clara e lentamente 3 objetos e peça ao paciente para repetir) Janela (), casaco (), relógio ()	
Sete Seriado (diminuir 7 de 100 sucessivamente ou soletrar MUNDO ao contrário) 93 (), 86 (), 79 (), 72 (), 65 () ou O (), D (), N (), U (), M ()	
Recordar Objetos (relembrar os 3 objetos citados anteriormente) Janela (), casaco (), relógio ()	
Denominação (aponte para o relógio e pergunte “O que é isto?” Repita com um lápis) Relógio (), lápis ()	
Repetição (repetir a frase “casa de Ferreiro, espeto de pau” ou “nem aqui, nem ali, nem lá”) Repetição correta na 1ª tentativa ()	

Comando Verbal (pegue o pedaço de papel, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa) Pegar o papel (), dobrar ao meio (), colocar sobre a mesa ()	
Comando Escrito (mostrar um pedaço de papel com a frase “Feche os olhos”) Fechou os olhos ()	
Escrita (escrever uma frase) Sentença com sujeito + verbo e que faça sentido ()	
Desenho (copiar o desenho da interseção de 2 pentágonos) Figura com 10 cantos e 2 linhas de interseção ()	
TOTAL	

Fonte: (BRASIL, 2006).

As notas de corte sugeridas são:

- Analfabetos = 19
- 1 a 3 anos de escolaridade = 23
- 4 a 7 anos de escolaridade = 24
- > 7 anos de escolaridade = 28

Somar um 1 ponto para cada um dos itens respondidos corretamente e registrar o total na coluna da direita. O escore final é a soma dos pontos, sendo considerado normal quando superior a 24.