

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

CRISTIANE DE MATOS NOGUEIRA

**Compreensão do itinerário terapêutico de mulheres com neoplasia do colo do útero
localmente avançada**

Ribeirão Preto
2022

CRISTIANE DE MATO NOGUEIRA

**Compreensão do itinerário terapêutico de mulheres com neoplasia do colo do útero
localmente avançada**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis

Ribeirão Preto
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nogueira, Cristiane de Matos.

Compreensão do itinerário terapêutico de mulheres com neoplasia do colo do útero localmente avançada /Cristiane de Matos Nogueira; orientador: Francisco José Candido dos Reis. - Ribeirão Preto - 2022; 81f: pp

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP – Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia.

1. Neoplasia do colo do útero; 2. Pesquisa qualitativa; 3. Itinerário terapêutico

NOGUEIRA, C. M. Compreensão do itinerário terapêutico de mulheres com neoplasia do colo do útero localmente avançada. 2022. 81f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2022.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr.

Instituição:

Julgamento:

DEDICATÓRIA

A dedicatória do estudo será ...

Para **Deus** por essa oportunidade de novas aprendizagens e por colocar pessoas incríveis ao longo desta minha jornada...

Para **todas as participantes** que tive a honra de conhecer e de escutar as suas histórias que levaram à construção do itinerário terapêutico.

Para os **meus amados familiares**: meus pais Ismael e Lindalva, minhas irmãs Leandra e Sulamita, pelo apoio incondicional em cada momento da minha vida e por estarem sempre ao meu lado nesta jornada de realização deste estudo.

Para o meu orientador **Dr Francisco José Cândido do Reis**, por grande dedicação, apoio, paciência e ensinamentos durante o desenvolvimento deste estudo. As lições deste incrível professor jamais serão esquecidas e sempre irão me inspirar em ser melhor nas atividades acadêmicas e no exercício profissional daqui para a frente.

Para minha querida professora **Dr^a Bruna Helena Mellado**, por seus momentos de orientação, pelo incentivo, apoio e pela motivação na realização deste estudo e por me inserir neste universo desafiador que é a pesquisa acadêmica.

Para minhas queridas amigas, Patrícia, Carolina, Amância e Daniela, pela força e pela motivação desde o início dessa jornada!

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Francisco José Cândido do Reis, pela grande contribuição nesta jornada acadêmica e científica, proporcionando um crescimento pessoal e profissional. Após ao término desta jornada, quero fazer diferença na vida das pessoas, proporcionando uma assistência humanizada com um olhar integral para os pacientes.

À Profª. Dra. Bruna Helena Mellado, pela força e incríveis aprendizagens e contribuição na formação acadêmica, sempre disposta a apoiar a realização de novas ideias.

Ao Grupo de pesquisa qualitativo, a aluna de iniciação científica Bruna Sena Reis e a doutoranda Aérica Figueiredo Pereira Menezes, pela colaboração, pelas ideias e pela sugestão durante a etapa de análise dos dados, pois todas as discussões do grupo foram muito enriquecedoras.

À Profª. Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos, pela participação da banca de qualificação, por suas considerações e críticas construtivas que contribuíram para o enriquecimento e desenvolvimento deste estudo.

À Banca de defesa final, por aceitarem o convite, cujas considerações e críticas contribuirão para o aprimoramento deste estudo como também em minha jornada acadêmica de grandes aprendizagens.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ), por disponibilizar a bolsa de mestrado, permitindo a dedicação exclusiva para o desenvolvimento deste estudo, nº do processo 130255/2020-3.

O presente estudo foi desenvolvido com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX).

Ao Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por realizar o meu sonho de estudar em uma das melhores instituições de ensino e pesquisa.

RESUMO

NOGUEIRA, C. M. **Compreensão do itinerário terapêutico de mulheres com neoplasia do colo do útero localmente avançada.** 2022. 81f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introdução: A neoplasia do colo do útero é um grande desafio para a saúde pública. Apesar das medidas estipuladas de prevenção e de controle da doença, é elevada a frequência dos casos de mulheres diagnosticadas em estágio avançado. **Objetivo:** Compreender a percepção das mulheres sobre os fatores que dificultam ou facilitam o percurso desde a ocorrência dos primeiros sintomas até o início do tratamento da neoplasia do colo do útero, diagnosticada em estágio avançado. **Material e Método:** Estudo qualitativo descritivo com 17 mulheres com neoplasia do colo uterino avançada. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e a análise das transcrições seguiu a sequência da análise temática. **Resultados:** Dois grandes temas resultaram da análise das entrevistas. Tema 1) Atitude pessoal: dos sintomas à busca de assistência à saúde, é constituído por três subtemas: a percepção dos sintomas como anormais leva à busca por esclarecimentos; a normalização dos sintomas retarda a busca de assistência à saúde; o agravamento progressivo dos sintomas leva à busca por assistência à saúde. Tema 2) As fragilidades do sistema de saúde: do acesso ao encaminhamento, é constituído por quatro subtemas: dificuldade de acesso à atenção básica de saúde, dificuldade na relação entre profissionais e pacientes, dificuldades dos profissionais de saúde de diagnosticar a neoplasia do colo do útero; fragilidades no encaminhamento das mulheres para a assistência oncológica. **Considerações Finais:** Predominaram percepções de fatores que dificultam o itinerário terapêutico. As dificuldades foram de natureza pessoal e relacionadas ao sistema de saúde. As percepções dos sintomas anormais e o agravamento progressivo levaram à busca por assistência.

Palavras-chave: Neoplasia do colo do útero. Pesquisa qualitativa. Itinerário terapêutico

ABSTRACT

NOGUEIRA, C.M. Understanding the therapeutic itinerary of women with locally advanced cervical cancer. 2022. 81f. Dissertation (Master's degree) – Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introduction: Cervical cancer is a major public health challenge. Despite the stipulated measures to prevent and control the disease, the frequency of case of women diagnosed at an advanced stage is high. **Objective:** To understand women's perception of the journey from the onset of the first symptoms to the start of treatment for locally advanced cervical cancer. **Material and Method:** Qualitative descriptive study with 17 women with advanced cervical cancer. Semi-structured interviews were conducted and the analysis of the transcripts followed the sequence of the thematic analysis. **Results:** Two major themes emerged from the analysis of the interviews. Theme 1) Personal attitude: from symptoms to the search for health care, is composed of three subthemes: perception of symptoms as abnormal leads to the search for clarification; normalization of symptoms delays the search for health care; progressive worsening of symptoms leads to the search for health care. Theme 2) The fragilities of the health system: from access to referral, is composed of four subthemes: difficulty in access to primary health care, difficulty in the relationship between professionals and patients, difficulties of health professionals to diagnose cervical cancer; fragilities in the referral of women for oncologic assistance. **Final Considerations:** There was a predominance of perceptions of factors that hinder the therapeutic itinerary. The difficulties were of a personal nature and related to the health system. The perceptions of abnormal symptoms and progressive worsening led to the search for assistance.

Key words: Cervical neoplasm. Qualitative research. Therapeutic itinerary.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Apêndice 2. Mapa do Tema 1	69
Apêndice 2. Mapa do Tema 2	70

LISTA DE SIGLAS

INCA	Instituto Nacional de Câncer
HPV	Papilomavírus humano
pRb	Proteína Rebinoblastoma
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
COVID-19	Corona Virus Disease 19
CMN	Cristiane de Matos Nogueira
BSR	Bruna Sena Reis
FJCR	Francisco José Candido dos Reis
BHM	Bruna Helena Mellado
QDA	Análise Qualitativa de Dados
RTF	Rich Text Format
HTML	Hyper Text Markup Language
PDF	Portable Document Format
CVS	Concurrent Version System
XLS	Extensible Style Language

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE SIGLAS	12
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Epidemiologia.....	16
1.2 A biologia da neoplasia do colo do útero	16
1.3 Lesão precursora e fatores de risco.....	17
1.4 Prevenção primária	17
1.5 Prevenção secundária.....	18
1.6 Prevenção terciária.....	20
1.6.1 Estadiamento da doença.....	20
1.7 Cuidado multiprofissional.....	20
1.8 A pesquisa qualitativa e o itinerário terapêutico.....	21
1.9 Justificativa do estudo.....	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3. MATERIAL E MÉTODO	25
3.1 Desenho do estudo	26
3.2 Critério de inclusão.....	26
3.3 Critérios de exclusão.....	26
3.4 Seleção e recrutamento das participantes	26
3.5 Caracterização do local do estudo	26
3.6 Procedimento de coleta de dados.....	27
3.6.1 Pesquisa documental	27
3.6.2 Entrevistas semiestruturadas	27
3.7 Transcrição das entrevistas	28
3.8 Análise Temática	28
3.9 Desenvolvimento metodológico	29
3.9.1 Familiarização com os dados	29

3.9.2 Geração dos códigos iniciais	29
3.9.3 Busca por temas	30
3.9.4 Revisão dos temas	30
3.9.5 Definição dos temas	31
3.9.6 Redação do estudo.....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 Caracterização das Participantes.....	33
4.2 Análise Qualitativa	34
4.2.1 Atitude pessoal: dos sintomas à busca de assistência à saúde.....	35
4.2.1.1 A percepção dos sintomas como anormais leva à busca por esclarecimentos .	35
4.2.1.2 A normalização dos sintomas retarda a busca de assistência à saúde	37
4.2.1.3 O agravamento progressivo dos sintomas leva à busca de assistência à saúde	39
4.2.2. As fragilidades do sistema de saúde: do acesso ao referenciamento	42
4.2.2.1 Dificuldade de acesso à atenção básicas de saúde.....	42
4.2.2.2 Dificuldade na relação entre profissionais e pacientes	44
4.2.2.3 Dificuldades dos profissionais de saúde de diagnosticar a neoplasia do colo do útero	46
4.2.2.4 Fragilidades no referenciamento das mulheres para a assistência oncológica .	54
4.3 Implicações Clínicas	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
5.1 Limitação do estudo.....	58
6. REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	60
APÊNDICE 1. Guia de entrevista semiestruturada com questão norteadora	68
APÊNDICE 2. Representações esquemáticas dos Temas	69
APÊNDICE 3. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	71
ANEXOS	75
ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP	76
ANEXO II – Consolidated criteria for reporting qualitative reseach (COREQ).....	79
ANEXO III – Critical Appraisal Skills Programme (CASP)	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia

O controle da neoplasia de colo uterino é um desafio para a saúde pública. Essa neoplasia maligna foi a quarta mais incidente nas mulheres após mama, pulmão e colorretal. Em 2020, foram registrados 604 mil novos casos da doença e 342 mil óbitos. A estimativa mundial da incidência e de mortalidade foram 13,1/100 mil e 6,9/100 mil mulheres. Aproximadamente, 90% de todas as mortes ocorreram nos países de baixa e de média renda (SUNG et al., 2021).

No Brasil, a neoplasia do colo uterino é a terceira mais incidente entre as mulheres e quarta causa de morte. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o triênio de 2020/2022 prevê a incidência de 16.710 casos, com o risco estimado de 16,35/100 mil mulheres. As taxas de mortalidade têm permanecido inalteradas há 40 anos, variando de 5/100 mil desde 1979 a 5,33/100 mil mulheres em 2019, tendo apresentado 6.529 mortes notificadas (INCA, 2019; TALLON et al., 2020).

Segundo American Cancer Society (2022), o diagnóstico da neoplasia do colo uterino ocorre mais em mulheres entre 35 e 44 anos, sendo a média da idade aos 50 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2022). A elevada frequência dos diagnósticos tardios revela carência no sistema de rastreamento, principalmente nos serviços públicos de saúde (RANGEL; LIMA; VARGAS, 2015). Aproximadamente, 50% das mulheres diagnosticadas com tumor invasor do colo uterino apresentam a doença em estadiamento avançado no momento do diagnóstico (THULER; MENDONÇA, 2005).

1.2 A biologia da neoplasia do colo do útero

A neoplasia do colo uterino é originária das alterações intraepiteliais da cérvix uterina que podem se transformar em um processo invasor (LIMA, 2012). A doença está associada a infecção persistente por um ou mais subtipos oncogênicos do *Papilomavírus humano* (HPV) (WHO, 2014). Considera-se que os subtipos oncogênicos do HPV 16 e 18 estão associados a 71% dos casos de lesão precursora e neoplasia do colo uterino, enquanto os subtipos 31, 33, 45, 52 e 58, por 19% (DE SANJOSE et al., 2010).

A transmissão do HPV ocorre pelo contato sexual pele a pele ou pele-mucosa. O HPV é uma das infecções sexuais mais prelevantes na população mundial. O vírus penetra no colo uterino pelas células metaplásticas e atinge as células das camadas profundas, infectando-as. Ao escapar da resposta imune do hospedeiro, podem permanecer latentes ou ascender às camadas superficiais pelo processo de maturação e de diferenciação sucessivas das camadas epiteliais, propagando-se para as células vizinhas (DIZ; MEDEIROS, 2009).

Nas lesões precursoras, o genoma viral se integra ao genoma da célula do hospedeiro. Para ocorrer a integração, deve haver a quebra do genoma viral, que resulte na perda do gene E2, responsável por regular a transcrição das proteínas E6 e E7 (SOUTO; FALHARI, 2005). O potencial oncogênico advém da expressão desregulada dessas proteínas que provocam a inativação das proteínas supressoras de tumores, a p53 e a proteína rebinoblastoma (pRb). A ação da proteína E6 degrada a p53, fundamental para o controle do ciclo celular, reparo do DNA e apoptose, cuja perda da função causa mutação e proliferação descontrolada das células. A ação da E7 inibe a atividade celular da pRb que tem a função de parada celular. O desenvolvimento da neoplasia do colo uterino provém da expressão das oncoproteínas E6 e E7 (MCLAUGHLIN-DRUBIN; MÜNGER, 2009).

1.3 Lesão precursora e fatores de risco

A maioria das lesões HPV induzidas pode ser transitórias e regride espontaneamente dentro de 2 anos, especialmente as lesões intraepiteliais de baixo grau em mulheres jovens (ROSA et al., 2009). O sistema imune eficiente impede a evolução da lesão precursora, mas a imunidade humoral após a infecção natural, não consegue prevenir novas infecções devido à baixa quantidade de anticorpos produzidos (ROTELI-MARTINS; NAUD; FRIDMAN, 2019). Em alguns casos, a infecção persistente de HPV progride em lesão precursora no período de 10 a 20 anos. O desenvolvimento lento da doença possibilita a oportunidade de detecção precoce e o tratamento de lesões precursoras (WHO, 2014).

A infecção persistente do HPV influencia a oncogênese cervical, em associação com outros fatores de risco, tais como início precoce da atividade sexual (NIU et al., 2020); múltiplos parceiros sexuais ao longo da vida (HUANG et al., 2020); uso de tabaco ou a exposição passiva à fumaça (ONO et al., 2019); múltiplas gestações (MUÑOZ et al., 2002); uso prolongado de contraceptivos orais (ROURA et al., 2016); estado imune (MYERS; AHMED, 2018) e a coinfeção por outros agentes sexualmente transmissíveis (OLIVEIRA et al., 2008).

1.4 Prevenção primária

A estratégia da prevenção primária é alcançar a redução do risco de infecção pelo HPV. Uma das metas estipuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a eliminação global da neoplasia do colo uterino, é a cobertura vacinal de 90% da população-alvo, principalmente de meninas e de adolescentes até os 15 anos. (OPAS/OMS, 2020). A

vacina mostrou eficácia de 95% na prevenção de doenças que envolvem o HPV, como condiloma, lesões precursoras, tumores cervicais e do trato anogenital (VAN DE VELDE et al., 2012).

O calendário vacinal brasileiro incluiu, em 2014, a vacina quadrivalente do HPV contra os subtipos 6, 11, 16 e 18. No início, a população-alvo eram meninas de 11 a 13 anos. O Programa Nacional de Imunização (PNI), em 2015, reajustou para a faixa etária de 9 a 13 anos. Em 2017, incluíram os meninos da faixa etária de 12 a 13 anos para receber a vacina (SANTOS; DIAS, 2018). Atualmente, a população abrangida são meninas de 9 a 14 anos e meninos, de 11 a 14 anos. O esquema de vacina corresponde à aplicação duas doses, com intervalo de 6 meses entre elas e preferencialmente, antes do início da atividade sexual (INCA, 2021).

O PNI, em 2017, ampliou a participação de outros grupos prioritários na estratégia de vacinação contra o HPV. A população contemplada foram os homens portadores de HIV de 9 a 26 anos, os transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e os portadores de outros cânceres (BRASIL, 2021). Em 2021, incluíram as mulheres imunossuprimidas de 26 a 45 anos (INCA, 2021). As pessoas imunodeprimidas apresentam maior risco de adquirir uma infecção persistente e complicações provocadas pelo HPV (MYERS; AHMED, 2018). A ampliação da imunização representou um avanço na proteção dos grupos vulneráveis mais propensos a desenvolver a neoplasia do colo do útero (ROTELI-MARTINS; NAUD; FRIDMAN, 2019).

As medidas educativas de saúde são meios sociais importantes para a redução da neoplasia do colo uterino. As ações educativas possibilitam a capacitação e a transformação, favorecendo mudanças de pensamentos, comunicação e troca de saberes (CECCIM, 2005; FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010) A prevenção da doença está associada aos esclarecimentos e aos avanços educacionais da população sobre os sintomas e os fatores de risco. Compete aos profissionais de saúde, disponibilizar informações sobre o modo de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, reforçar as práticas sexuais seguras com o uso de preservativos para as pessoas sexualmente ativas e combater o tabagismo (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010; GENZ et al., 2017).

1.5 Prevenção secundária

O rastreamento é uma prevenção secundária direcionada, a uma população-alvo assintomática, com a finalidade de identificar a lesão precursora ou de diagnosticar a doença em estágio mais precoce (WHO, 2014). A OMS, em 2020 estipulou a meta global de no

mínimo 70% da cobertura de rastreamento nas mulheres antes dos 35 anos e, novamente, antes dos 45 anos (OPAS/OMS, 2020). Os países desenvolvidos que conseguiram alcançar essa cobertura implantaram o controle de qualidade no rastreamento, a cobertura de base populacional, a garantia de tratamento e o seguimento das mulheres com exames alterados (WHO, 2007).

As diretrizes brasileiras recomendam a realização do rastreamento em mulheres assintomáticas de 25 a 64 anos que iniciaram a vida sexual. Conforme a rotina estabelecida, a mulher realizará a repetição do rastreamento a cada a três anos, após dois exames normais consecutivos, com o intervalo de um ano. Nas mulheres imunossuprimidas, o rastreamento é realizado a partir do início da atividade sexual; após dois exames semestrais, normais, será realizado anualmente. A interrupção do rastreio nas mulheres de 64 anos, só ocorrerá se os dois exames consecutivos constarem como normais nos últimos 5 anos (INCA, 2016).

O diagnóstico precoce é uma estratégia direcionada às mulheres com sintomas de neoplasia do colo uterino. Segundo o modelo da OMS (2007), é essencial que os sistemas de saúde facilitem o acesso dessas mulheres aos serviços, com recursos e infraestrutura adequadas para o diagnóstico e para o tratamento. Para a efetividade do modelo, é necessária a conscientização da população e dos profissionais de saúde para reconhecerem os sintomas da doença (WHO, 2007).

O tratamento da lesão precursora é meta prioritária para reduzir a incidência e a mortalidade da doença. Após a confirmação da lesão intraepitelial de alto grau, por meio da colposcopia e da histologia, o tratamento é excisional, por cirurgia por alta frequência (CAF) ou conização. A CAF é realizada ambulatorialmente pela prática “*ver e tratar*” que permite o tratamento imediato das lesões, sem confirmação diagnóstica. A conização é necessária para diagnosticar a doença microinvasiva, cuja extensão é determinada com o exame da lesão por inteiro. Esse procedimento é realizado em nível hospitalar, com o uso de leito-cirúrgico (BRASIL, 2013).

Após o tratamento da lesão precursora, é necessária a realização do seguimento devido à possibilidade de recidiva local. Esse seguimento envolve revisão, controle citopatológico com intervalo de 9 a 12 meses e colposcópico que dependerá dos exames histopatológicos. Na hipótese de confirmação da neoplasia maligna no laudo patológico, a mulher deve ser encaminhada para realizar o tratamento no serviço de referência (WHO, 2014).

1.6 Prevenção terciária

A prevenção terciária corresponde ao acesso ao tratamento e ao gerenciamento de cuidados para redução da mortalidade. Conforme estipulado pela OMS (2020), é imprescindível que 90% das mulheres diagnosticadas com neoplasia avançada ou com lesões precursoras recebam devidamente os tratamentos (OPAS/OMS, 2020). Infelizmente, nos casos incuráveis da doença, o cuidado paliativo torna-se essencial para proporcionar uma melhor qualidade de vida e dignidade diante do sofrimento (RODRIGUES; ABRAHÃO; LIMA, 2020).

1.6.1 Estadiamento da doença

O estadiamento determina a extensão da neoplasia do colo uterino. A disseminação da doença pode ocorrer por extensão e contiguidade com invasão do corpo uterino, da vagina, paramétrios, da bexiga e do reto ou disseminar-se indiretamente por via linfática ou hematogênica (metástases viscerais) (BHATLA et al., 2018). O estágio do tumor ajuda na definição dos tipos de tratamentos e na previsão do prognóstico das pacientes (RAMIREZ; SALVO, 2020).

O sistema de estadiamento mais utilizado pelos especialistas é da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (2018). Esse sistema possibilita que, quando disponíveis, exames de imagens mais sofisticados, como tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons, e exames patológicos complementem os achados clínicos em todos os estádios (BHATLA et al., 2018).

Resumidamente, a classificação FIGO (2018) apresenta quatro estádios: I) a neoplasia é restrita ao colo do útero (IA1, IA2, IB1, IB2 e IB3); II) dissemina-se para fora do útero até a parte superior da vagina ou paramétrio (IIA1, IIA2 e IIB); III) dissemina-se até a parte inferior da vagina ou paramétrio, podendo acometer os linfonodos pélvicos ou para-aórticos (IIIA, IIIB, IIIC1 e IIIC2); IV) disseminação da neoplasia para além da pelve que acomete outros órgãos ou tecidos distantes (IVA e IVB) (BHATLA et al., 2018).

1.7 Cuidado multiprofissional

A atuação da equipe multiprofissional é importante para a integralidade dos cuidados das mulheres com câncer ao proporcionar o atendimento holístico. Há um resgate da humanização no processo de trabalho buscando desconstruir o cuidado mecanizado e rotineiros. (WALDOW; BORGES, 2011). A equipe, geralmente é composta por assistente

social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (INCA, 2004). O grupo de profissionais atua de maneira interdependente e compartilha o mesmo ambiente de trabalho, sendo a comunicação o elo indispensável para articular ações colaborativas e complementares (ARAÚJO, 2004). A integração dos saberes supera as ações fragmentadas e reforça o atendimento integral ao considerar as necessidades biopsicossociais. (NASCIMENTO et al., 2014).

A equipe multiprofissional permite discutir cada situação e avaliar em conjunto o melhor plano terapêutico que possa atender às necessidades do paciente (XIMENES et al., 2020). O plano possibilita a integração de cuidados de diferentes áreas, desde a definição da dieta mais adequada, a escolha da terapia medicamentosa, o suporte psicoemocional, acolhimento humanizado da enfermagem, a identificação das carências sociais, a reabilitação física e o retorno às atividades cotidianas (BRASIL, 2013). Essa abordagem deve ser ampla para o bem-estar, não apenas da pessoa enferma, mas também da família ao proporcionar uma assistência adequada (RUTZ PORTO et al., 2014).

1.8 A pesquisa qualitativa e o itinerário terapêutico

A pesquisa qualitativa tem como base as ciências sociais e traz como diferencial a essência do local investigado conforme suas peculiaridades. As questões de investigação qualitativa procuram incessantemente entender e analisar os aspectos internos das pessoas e oferecer uma percepção sobre sua realidade (MINAYO, 2012). Aplicação da pesquisa qualitativa na área da saúde é necessária para esclarecer o fenômeno do adoecimento e estabelecer uma associação entre concepções e as condutas adotadas pelas pessoas (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

O itinerário terapêutico refere-se às experiências vividas pelas pessoas durante o processo de enfermidade. Reflete as diversidades de caminhos e de escolhas para solucionar os problemas de saúde. As experiências vividas contêm uma atribuição de significados, modificados a cada nova situação durante o processo. O itinerário terapêutico sofre influência de eventos cotidianos, de ordem situacional, econômica, social, cultural e psicológica (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Gerhardt (2007) o itinerário terapêutico parte da experiência pessoal de adoecimento e de sua busca por cuidados. Identificam-se nos percursos as diferentes práticas de cuidados, que podem incluir ou não a utilização dos serviços de saúde, as redes sociais de apoio formais e informais estabelecidas para enfrentar a situação de adoecimento

(GERHARDT, 2007). Baseado na perspectiva pessoal, o itinerário terapêutico é considerado um recurso que consegue mostrar as condições de acesso e da prestação de assistência nos serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2016).

1.9 Justificativa do estudo

O itinerário terapêutico, na neoplasia do colo do útero, é pouco conhecido e pouco utilizado nos serviços de saúde. As práticas assistenciais persistem centradas na doença, resultando em uma atenção à saúde reducionista e pouco resolutiva. Compreender como as mulheres identificam e buscam soluções para enfrentar a neoplasia do colo uterino, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para avançarmos no controle dessa doença em nosso meio (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Nesse contexto, o estudo qualitativo ganha importância. Esse tipo de estudo vai além da dimensão quantificável da realidade e explora os aspectos subjetivos e relacionais das pessoas em determinado contexto vivenciado (MINAYO et al., 2002; TAQUETTE; MINAYO, 2016). Há uma procura de significados, à medida que as manifestações, as ocorrências, as ideias e os sentimentos modelam as experiências humanas (RIBEIRO et al., 2016).

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral é compreender a percepção de mulheres sobre os fatores que dificultam ou facilitam o percurso desde a ocorrência dos primeiros sintomas até o início do tratamento da neoplasia do colo do útero diagnosticada no estágio avançado.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender a percepção das mulheres a respeito do aparecimento dos sintomas da doença.
- Compreender a percepção das mulheres a respeito da evolução dos sintomas da doença.
- Compreender as experiências das mulheres com o atendimento durante a fase de diagnóstico da doença.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

O desenho do estudo é qualitativo descritivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o processo 3.454.637 em 15 de julho de 2019, CAAE (10625119.1.0000.5440).

3.2 Critério de inclusão

Mulheres diagnosticadas com neoplasia do colo uterino em estágio avançado. Considera-se como tumores avançados, o estágio IB3 ou mais avançados, ou seja, mulheres que não foram candidatas à cirurgia como tratamento inicial.

3.3 Critérios de exclusão

Mulheres impossibilitadas de conceder entrevistas em consequência da progressão da doença ou de efeitos colaterais do tratamento.

3.4 Seleção e recrutamento das participantes

A seleção das participantes ocorreu mediante consulta ao prontuário eletrônico para averiguar a hipótese diagnóstica e o estadiamento da doença. O contato estabelecido com as mulheres ocorreu antes e após as consultas ambulatoriais.

O recrutamento das participantes foi por saturação teórica, ou seja, evoluiu até alcançar uma repetição dos dados nos temas provenientes da análise. A saturação é um momento da análise qualitativa em que o pesquisador decide suspender a inclusão de novos participantes, considerando que os dados não apresentam mais padrões emergentes (RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018). Todas as participantes recrutadas anuíram aos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.5 Caracterização do local do estudo

O local do estudo foi o Ambulatório de Oncologia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que presta assistência às mulheres diagnosticadas com neoplasias ginecológicas referenciadas pela rede de atenção à saúde no âmbito da Divisão Regional de Saúde XIII. O ambulatório funciona às quinta-feiras no período da manhã.

A Divisão Regional de Saúde XIII é composta por 26 municípios: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapar, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antnio, Monte Alto, Pitangueira, Pontal,

Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho (SÃO PAULO, 2021).

Antes de iniciar a coleta de dados, houve a necessidade de se familiarizar com o ambiente ambulatorial. A intenção era conhecer como ocorre o fluxo do atendimento para encontrar uma maneira de abordar as participantes elegíveis, sem haver prejuízo de seu atendimento médico ou resultasse na perda de transporte.

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Para alcançar a compreensão do itinerário terapêutico, foi realizada uma pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas.

3.6.1 Pesquisa documental

Realizou-se uma pesquisa documental no prontuário eletrônico para coletar os dados sociodemográficos e clínicos das participantes. Os dados sociodemográficos incluídos foram a idade e escolaridade, enquanto os dados clínicos, referem-se aos fatores predisponentes ao câncer como idade de início da atividade sexual, número de gestações, histórico de tabagismo e infecção sexualmente transmissível.

3.6.2 Entrevistas semiestruturadas

Dezenove participantes concordaram em conceder entrevistas, mas duas ficaram impossibilitadas devido à piora do quadro clínico e de efeito colateral do tratamento quimioterápico. Os TCLE assinados por elas foram retirados do estudo. A maioria das participantes optou em conceder entrevistas a distância pela praticidade de horários, pela comodidade e pela segurança por estarem em suas residências diante da situação da pandemia COVID-19 (Corona Virus Disease 19).

A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas semiestruturadas, concedidas no período de fevereiro de 2020 a março de 2021. As questões-chaves do roteiro de entrevista foram: *“Conte a sua experiência com a doença, desde a manifestação dos primeiros sintomas.”* e *“Conte a sua experiência com o atendimento durante a fase de diagnóstico.”* (Apêndice 1). Foram realizadas oito entrevistas face a face, em sala individual; três entrevistas por videochamada online e seis por ligação telefônica.

Antes de cada entrevista, realizou-se uma apresentação pessoal, sendo mencionado o nome e a instituição credenciada. As participantes foram informadas sobre o propósito da pesquisa que era conhecer o percurso desde a manifestação dos sintomas da doença até o início do tratamento no serviço de referência. Treze entrevistas foram conduzidas por CMN, enquanto quatro pelo grupo de pesquisa qualitativo (BSR, FJCR e BHM).

O grupo de pesquisa qualitativo foi composto por uma discente da graduação de medicina, por um médico e por duas enfermeiras (uma pós-doutoranda e uma mestranda do Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). A cada participante, foi explicado o anonimato e o sigilo de pesquisa e cada entrevista foi audiogravada, utilizando-se um gravador de voz MP3.

3.7 Transcrição das entrevistas

As transcrições foram realizadas no mesmo dia da entrevista. As falas de cada participante foram integralmente transcritas após a gravação. Para preservar o anonimato das entrevistadas, durante a análise do estudo, receberam a identificação de “*Participantes*”.

3.8 Análise Temática

A análise das transcrições foi feita pelo método de Braun e Clarke (2006). O processo de análise se inicia no momento em que o pesquisador procura padrões significativos nos dados. A escrita da análise envolve identificação e descrição de padrões, proporcionando uma organização sistemática dos dados. A análise temática busca capturar no conjunto de dados a ocorrência de ideias explícitas e implícitas. O processo de codificação possibilita a construção de temas, capturando os aspectos de interesses nos dados e codificando-os antes de serem interpretados (BRAUN; CLARKE, 2006).

As citações das falas foram representadas pela letra “*P*” relacionadas com a ordem de análise das entrevistas. Os nomes dos profissionais e das instituições de saúde não foram identificados, resguardando-os ao anonimato de pesquisa.

Resumidamente, a análise temática compreende as seguintes etapas:

- Etapa 1. Familiarização com os dados: transcrever, ler e reler os dados e anotar ideias iniciais;
- Etapa 2. Geração dos códigos: codificar os aspectos interessante dos dados;
- Etapa 3. Busca por temas: agrupar os códigos em temas e reunir os extratos em temas potenciais;

- Etapa 4. Revisão dos temas: verificar se os temas “*funcionam*” em relação aos extratos codificados, ao conjunto de dados e gerar mapas dos temas.
- Etapa 5. Definição dos temas: refinar as características específicas de cada tema e nomeá-los;
- Etapa 6. Redação do estudo: escrever a análise e selecionar exemplos para cada tema.

3.9 Desenvolvimento metodológico

A exploração, a organização, a revisão e a descrição dos dados obtidos pelas transcrições das entrevistas seguiram o desenvolvimento de cada etapa da análise temática.

3.9.1 Familiarização com os dados

Nesta etapa, realizou-se a transcrição e a revisão dos áudios para manter na íntegra os relatos das participantes. O aprofundamento dos dados abrangeu leituras e releituras exploratórias que permitiram assimilar os conteúdos e identificar as possíveis ideias e padrões para prosseguir com a codificação. Os dados qualitativos são os conteúdos das entrevistas transcritas e, quando exploradas, apresentam padrões e significados a respeito das experiências investigadas.

3.9.2 Geração dos códigos iniciais

A geração dos códigos envolveu a marcação dos aspectos interessantes das transcrições, permitindo reunir os extratos relevantes de cada código. Os extratos são fragmentos individuais de codificação de dados identificados e extraídos a partir do conjunto de dados. Antes de prosseguir com a codificação, foi preciso consolidar o conceito de códigos para reconhecê-los nos dados transcritos.

De acordo com Braun e Clarke (2018), os códigos produzem pequenas unidades de significados que, ao serem agrupados construirão, os temas e representarão a parte sistemática da análise de dados. O código seria como uma espécie de rótulo da captura de significados, podendo evidenciar os aspectos semânticos ou latentes dos dados. Quanto ao conteúdo semântico capturado pelo código, este comunica, de maneira direta e intencional para o pesquisador, o significado que a pessoa quer transmitir a partir de suas perspectivas. O conteúdo latente ou interpretativo do código transmite o significado implícito, ou seja, as suposições e as ideias subjacentes de como algo pode ser representado (BRAUN; CLARKE, 2018).

A codificação foi desenvolvida com o auxílio de um software para a análise de dados qualitativos, o Miner QDA (Análise Qualitativa de Dados) Lite. O software é uma versão gratuita para a análise de dados textuais que permite importar documentos no formato de texto simples; RTF (Rich Text Format); HTML (Hyper Text Markup Language); PDF (Portable Document Format); dados armazenados no Excel, Microsoft Access e CVS (Concurrent Version System). Além disso, acrescentar descrição dos códigos, adicionar comentários nos segmentos codificados, pesquisar e recuperar os segmentos de texto, analisar a frequência de códigos em gráficos e em nuvens de tags e exportar tabelas para o formato XLS (Extensible Style Language), CVS e no formato Word (PROVALIS RESEARCH, 2021).

3.9.3 Busca por temas

A busca por temas envolveu uma meticulosa triagem e agrupamento dos diferentes códigos em temas potenciais. Os temas representam o significado-padrão identificado no conjunto de dados. As representações visuais dos códigos no software permitiu agrupá-los, deslocá-los e classificá-los em temas potenciais. No entanto, alguns códigos não se encaixavam nos temas potenciais. Nesse caso, foi criado um tema à parte, denominado “*Miscelânea*” para abrigá-los provisoriamente até serem realocados.

Nessa etapa, iniciou-se a confecção dos “*mapas temáticos*” no Power Point. A representação esquemática do mapa temático permitiu avaliar o padrão dos códigos selecionados nos temas gerados e se os temas se relacionam entre si. Ao término do processo, obteve-se um conjunto de 7 temas potenciais que poderiam ser mantidos, combinados, refinados ou descartados na etapa seguinte.

3.9.4 Revisão dos temas

A revisão dos temas apresentou dois níveis de análise. O primeiro nível envolveu a revisão dos temas em relação aos extratos. Essa revisão foi desenvolvida com auxílio do software que apresenta uma aba de leitura, a qual facilitou a visualização e a leitura de todos os extratos selecionados em tabelas para detectar ou não um padrão coerente em cada tema. Houve a reorganização dos extratos identificados fora do padrão, buscando encaixar em outros temas que apresentassem coerência no conteúdo. Nesse nível, os mapas temáticos foram recursos visuais que favoreceram o agrupamento de temas aparentemente separados, formando temas mais abrangentes sobre o itinerário terapêutico.

O segundo nível permitiu verificar a funcionalidade dos temas no que se refere ao conjunto de dados. A releitura dos dados, nesse nível, permitiu averiguar se os temas “*funcionam*” e recodificar alguns extratos fora do padrão que foram perdidos nas etapas anteriores. A recodificação foi um reajuste fino para encaixar adequadamente os códigos aos temas. A revisão dos extratos no software possibilitou realocá-los nos respectivos temas. Ao término desse nível, os mapas temáticos refletiram os significados dos temas em todo o conjunto de dados.

3.9.5 Definição dos temas

A definição dos temas envolveu o refinamento das particularidades do conteúdo de cada um deles. O processo resultou na definição e na nomeação de duas grandes temáticas e de seus respectivos subtemas. Cada subtema apresentou uma “*história*” que articula com a “*história geral*” dos dados, resultando na construção do itinerário terapêutico das experiências vividas pelas participantes. Ao término dessa etapa, os mapas temáticos permitiram a visualização da estrutura hierárquica de sentido nos dados, constituído por tema, por subtemas e por códigos (Apêndice-2).

3.9.6 Redação do estudo

A escrita da análise final consistiu na seleção de exemplos convincentes dos extratos selecionados para proporcionar uma narrativa significativa e precisa das histórias contadas pelas participantes nos temas construídos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das Participantes

A Tabela 1 apresenta as características das participantes incluídas no estudo. A idade variou de 28 a 72 anos, com média de 49 anos. Houve o predomínio do ensino fundamental incompleto. As entrevistas duraram em média 32 minutos. Os tumores malignos de colo uterino ocorrem predominantemente entre 40 a 59 anos e em mulheres com o ensino fundamental incompleto (SILVA et al., 2018).

Tabela 1. Característica das participantes incluídas.

Participante	Idade (anos)	Escolaridade	Estádio do tumor	Número de gestações	Início da atividade sexual (anos)	Duração da entrevista (minutos)
P1	47	Fundamental incompleto	IIB	5	15	38
P2	43	Fundamental incompleto	IB3	3	16	47
P3	33	Médio completo	IIB	0	17	69
P4	43	Médio completo	IB3	3	16	32
P5	67	Fundamental incompleto	IIB	0	19	18
P6	63	Fundamental completo	IIB	6	18	35
P7	57	Médio completo	IIB	1	17	51
P8	43	Fundamental incompleto	IB3	6	16	27
P9	46	Médio completo	IIB	5	17	18
P10	60	Fundamental incompleto	IIB	6	21	35
P11	36	Médio completo	IIA	1	18	48
P12	45	Fundamental incompleto	IIIB	4	16	20
P13	28	Médio completo	IB3	1	17	25

P14	72	Analfabeta	IIB	6	18	18
P15	39	Fundamental incompleto	IIB	2	15	27
P16	54	Fundamental incompleto	IB3	4	16	21
P17	52	Fundamental incompleto	IIB	5	17	27

Os principais fatores de risco para a neoplasia do colo uterino identificado nesta casuística foram: início da atividade sexual na adolescência (15 participantes); multiparidade (9 participantes tiveram mais de 4 gestações); tabagismo (6 participantes) e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (uma participante).

Diversos estudos reforçam a associação da neoplasia do colo uterino com o início precoce da atividade sexual, com múltiplos parceiros e com múltiplas gestações (HUANG et al., 2020; MUÑOZ et al., 2002). O tabagismo ativo e passivo atuam como cofatores que promovem a oncogênese cervical (ONO et al., 2019; TRIMBLE et al., 2005). As mulheres portadoras de HIV apresentam maior propensão de desenvolver o carcinoma invasivo, em estadiamento avançado, por ocasião do diagnóstico (MYERS; AHMED, 2018).

Doze participantes residem em outros municípios aproximadamente até 101 km de distância do serviço de assistência oncológica. Nos relatos das participantes, não foram identificadas dificuldades relacionadas à acessibilidade geográfica que interferisse na realização do tratamento.

4.2 Análise Qualitativa

Os resultados da análise dos relatos das participantes possibilitou a compreensão de suas histórias e permitiu a construção de dois grandes temas:

1- Atitude pessoal: dos sintomas à busca de assistência à saúde: A percepção dos sintomas como anormais leva à busca por esclarecimentos; a normalização dos sintomas retarda a busca de assistência à saúde; o agravamento progressivo dos sintomas leva à busca de assistência à saúde.

2- As fragilidades do sistema de saúde: do acesso ao referenciamento: Dificuldade de acesso à atenção básica de saúde; dificuldade na relação entre profissionais e pacientes; dificuldades dos profissionais de saúde de

diagnosticar a neoplasia do colo do útero; fragilidades no referenciamento de mulheres para a assistência oncológica.

Os Temas 1 e 2 foram analisados e discutidos separadamente. A construção do itinerário terapêutico faz parte de um todo indissociável no campo da experiência vivenciada de cada mulher.

4.2.1 Atitude pessoal: dos sintomas à busca de assistência à saúde

O Tema 1 foi constituído por três subtemas que retratam como as diferentes percepções dos sintomas que contribuíram para levar ou para retardar a busca de assistência à saúde (Figura 1 – Apêndice 2).

4.2.1.1 A percepção dos sintomas como anormais leva à busca por esclarecimentos

Duas participantes (P7 e P8) relataram a ocorrência de sangramento vaginal pós-menopausa e de sangramento após a relação sexual. Esses sintomas iniciais foram percebidos com estranheza e despertaram sentimentos de anormalidades em seus corpos. As sensações desconfortáveis e o sentimento de medo levaram à busca por esclarecimentos.

Foi coisa de 2 semanas. Era pouquinha coisa, eu nem precisava pôr absorvente porque quando eu menstruava não era muito, sabe? Eu estranhei porque já fazia quase 9 anos [da ocorrência da menopausa], de 45 pra 55, 10[anos], né? Isso, eu estranhei porque já fazia muito tempo que não vinha, que não sangrava nada, quando parou de tudo aos 45. P7

De repente eu comecei anotar que quando eu tinha relação, no prazo de vir a menstruação, sangrava um pouquinho, quando eu ia no banheiro limpar estava lá aquele sanguinho. Aí eu peguei e comentei com o meu marido, falei: uai, não é normal né. O que me intrigava mesmo, que me deixava assim, com medo era que sangrava um pouquinho e, era sangue mesmo, limpinho. Isso foi uma semana que aconteceu, e aí na outra semana, já marquei consulta, já fui no postinho [unidade básica de saúde] aqui que eu pertença. P8

Três participantes (P4, P15 e P16) relataram que recorreram às opiniões de familiares e de amigos próximos, sobre dos sintomas apresentados. Essa interação permitiu que reconhecessem os sintomas como anormais, motivando a busca de assistência.

... em relação ao sangramento era isso Minha mãe sempre vai ao médico”. Meus amigos falavam assim: “nossa, isso não é normal” ...

P4

... eu falei para ela [referindo-se a irmã] o que estava acontecendo, falei que tive relação e sangrou muito e perguntei: “o que você acha, o que você acha que pode ter sido?” E ela respondeu: “não sei né, será que você está machucada? Ou alguma coisa assim no seu útero?” E eu peguei e falei assim: então vou no médico e ela: “não deveria ter ido para saber do que se tratava?” Tanto é que ela me acompanha até hoje.” P15

... foi durante duas semanas eu tive uma secreção rosada, comentei com a minha filha e ela puxou lá, na internet para ver né, e aí ela pegou e falou assim: “mãe, aqui fala que pode ser né [câncer] ...” P16

A participante 11 mencionou que o cônjuge foi importante para identificar os sinais de anormalidade durante a relação sexual, antes mesmo que ela percebesse algo errado com o corpo. O olhar atento do cônjuge e sua suspeita de uma doença grave foi determinante para a busca de assistência.

Porque quem tomou atitude mesmo em ver que eu não estava bem, foi o meu esposo. Ele falava: “você não está bem...” porque ele identificou e eu não, porque quando a gente ia, foi ter relação sexual, ele olhou em mim e falou: “tem alguma coisa errada com você!” Aí ele ficou preocupado, acho que ele ligou alguma coisa com a outra e teve essa atitude... P11

... aí foi onde que ele falou: “vamos ao médico, você não está legal, você não está certa, você está esquisita” ..., aí foi onde tudo começou...

P11

A percepção de sintomas como anormais esteve presente nas experiências de algumas sobreviventes de neoplasia do colo do útero na Carolina do Norte nos Estados Unidos. No

momento em que surgiram os sintomas, elas tiveram a sensação de que algo estava errado com o corpo e, intuitivamente, procuraram pelos serviços de saúde (RICHMAN; TROUTMAN; TORRES, 2016).

Os achados dos estudos realizados em Uganda e na África do Sul comprovam que, mediante a ocorrência dos sintomas, as mulheres primeiramente consultavam as opiniões leigas dos cônjuges e de familiares de confiança (MWAKA et al., 2015; VAN SCHALKWYK; MAREE; WRIGHT, 2008). O apoio familiar é um suporte emocional imprescindível para motivar a buscar por cuidados de saúde e para superar o sentimento de medo e de angústia provocada pela doença (PANOBIANCO et al., 2012). Percebe-se que os cônjuges são importantes para identificar os sintomas anormais, já que ocorrem durante ou após as relações sexuais (RANGEL; LIMA; VARGAS, 2015).

4.2.1.2 A normalização dos sintomas retarda a busca de assistência à saúde

O desconhecimento da associação entre os sintomas iniciais e o risco de neoplasia do colo uterino levou sete participantes (P2, P3, P5, P6, P7, P11 e P15) a normalizar os sintomas iniciais. Consideraram como sinais da menopausa, de infecção ginecológica, de sangramento vaginal como menstruação e da dor abdominal como cólica menstrual.

Porque para mim eu achava que estava sangrando, porque estava na menopausa, então era por causa da menopausa, porque fiquei muitos anos sem sangrar para mim era efeito da menopausa. P2

... não ... não sentia nada, não sentia dor, não sentia nada. Aí, depois que eles viram que era o câncer, ainda falei assim e ainda pensei comigo falei: eu não sentia dor, ah, sentia uns desconfortos na barriga né, aquela dorzinha enjoada na barriga assim, mas eu pensava que era uma coisa normal, que era infecção assim, mas não era, era o câncer.

P5

... eu fiquei esses 2 meses tendo hemorragia, eu achava que era menstruação e falei: nossa, um monte de tempo não desceu pra mim, e agora tá vindo, sem parar... P3

... os meus ciclos menstruais, eles sempre foram muito irregulares, irregulares e quando eu tinha o ciclo era hemorrágico, sempre a aquela questão assim, vinha muito, parecia uma hemorragia. Então, se nesse meio tempo eu tive esse problema, então eu nem me atentei, como eu já tinha frequência desses quadros de hemorragia, então eu não me atentei, eu fui assim, ligar mesmo uma coisa com outra, quando eu já estava próximo de descobrir o tumor. P11

... eu comecei a sentir umas dores, mas o que acontece, eu não dei muita importância para essas dores, achava que era uma cólica ou uma coisa desse tipo. P15

Apesar de perceberem os sintomas iniciais, duas participantes (P6 e P7) acreditaram que não correspondiam a uma situação de risco. Essa atitude retardou a busca de assistência à saúde.

Para mim parou com 45 anos, eu estou com 63 [anos] agora, e aí começou a vir [sangramento pós-menopausa], eu fui sentir umas dores na barriga, umas dores na barriga, mas não, eu achava que não era nada ... P6

E com 55 anos, teve um dia que desceu um sangramento [pós-menopausa], foi só um pouquinho, mas só que estava com um odor muito forte. Como eu cheguei aos 55 [anos] e nunca tive infecção, nada, eu estranhei o odor forte, mas aí não dei bola não ... P7

Os achados dos estudos realizados em Uganda e Etiópia mostram que algumas mulheres foram incapazes de relacionar os sintomas apresentados a uma doença potencialmente grave. Elas associavam a doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis e gonorreia, adquiridas dos seus parceiros. Atribuíaam o sangramento vaginal a mudanças fisiológicas da menopausa ou provenientes das alterações hormonais pelo uso prolongado de anticoncepcionais. Esse comportamento atrasa o atendimento, o diagnóstico e o tratamento da doença (MWAKA et al., 2015; SHRESTHA et al., 2020).

4.2.1.3 O agravamento progressivo dos sintomas leva à busca de assistência à saúde

A percepção do agravamento progressivo dos sintomas levou a maioria das participantes a buscar por cuidados de saúde. Prevaleceu a concepção de que os serviços de saúde são lugares apenas para o tratamento de doença. Onze participantes (P2, P3, P4, P6, P9, P10, P11, P13, P14, P15 e P17) apenas buscaram o atendimento com a evolução dos sintomas. Notou-se o agravamento progressivo no quadro de algumas participantes com os sintomas, tornando-se insuportáveis.

... comecei a passar mal por causa da hemorragia ... P2

Fiquei 2 meses com sangramento intenso, muito mesmo ... aí começou muita dor, dor, dor na barriga, minha barriga inchada, eu sentia muita dor até que no dia da consulta com a ginecologista, eu chorei e pedi pelo amor de Deus, para elas veem o que eu tinha, porque eu não aguentava de dor e essa hemorragia. P3

... começou a aumentar demais a minha menstruação. Tinha mês que eu menstruava normal, menstruava uma semana inteira e parava e aí foi passando. Conforme foi passando foi aumentando, tinha mês que eu passei a menstruar duas vezes por mês, tinha mês que eu menstruava o mês inteiro. Comecei a perceber a base da minha menstruação. P4

... eu fiquei cinco meses de 2018 pra 2019 ..., aí começou a vir pra mim, vinha vermelho, depois vinha cor de rosa, depois parava um pouco, vinha cor de rosa de novo e aí começou a vir preto, preto, preto, uma espuma preta, aí... eu falava.... “meu Deus do céu o que será?” ... P6

... eu sentia bastante cólicas, muita dor ... eu usava, tinha dia que eu usava aqueles moldes noturno no dia a dia. Eu gastava 24 moldes durante o dia e a noite precisava por aquela toalhinha, precisei comprar aquelas toalhinhas pras coisas, eu usava ... colocava uma ponta na outra, uma ponta na outra, era uma água preta fedida ... fedida que nem carniça P6

... tinha vezes que eu sangrava tanto que eu achava que era hemorragia. Eu tinha que colocar toalha, o absorvente, eu colocava e o sangue já descia de uma vez e escorria para as pernas, não segurava.

P9

Eu fiquei com o sangramento durante uns 2 meses antes de procurar o médico. Quando eu vi que estava saindo bastante sangue, eu pensei “agora eu vou”. Cada dia que passava, era mais intenso o sangramento: começou com pouco sangue e depois foi aumentando. Se não fosse o sangramento, eu descobriria somente quando fosse ir fazer um exame de rotina [Papanicolau]. P10

Então nesse meio tempo eu comecei a ter muito inchaço no meu corpo, coisa que eu não tinha, um cansaço físico, assim que nada conseguia, é compensar esse cansaço físico, né... e aí eu comecei a ter muitas infecções de urinas, muitas infecções de urina frequentes. P11

... eu tive sangramento e descia um líquido muito fétido, muito fétido, um líquido podre da minha vagina e aí fui ligando uma coisa com a outra ... P11

Eu sempre fui magrinha, né, eu achava que estava engordando, só com a barriga muito inchada. Era tempo de vim a menstruação que a minha barriga ficava muito inchada e aquilo me incomodava e começou a incomodar. Eu falava assim: mas não é de gordura isso daqui, não é gordura. Eu achava que era no começo, né e aí depois eu fui vendo que aquilo não era uma gordura, como que fala, era um inchaço, né, me incomodava no colo do útero. Então, a minha barriga estava inchada nesses 6 meses, teve meses que ela ficava muito inchada, muito fora do normal e aí eu fui percebendo. P13

... e depois passei a perder líquido e tive muita hemorragia... P13

Fiquei dois meses com sangramento, descia, descia era uma hemorragia, eu fiquei apavorada e corri para o hospital... P14

... e comecei a sentir dor nas costas, muita dor nas costas. P15

Eu tive um sangramento de três meses, começou dia 29 de março [2019] ..., foi três meses, foi um sangramento muito intenso, sem parar... tiveram momentos que eu achei que nem estava fazendo mais xixi, só estava sangrando. P15

... eu estava com hemorragia, fazia um ano e meio e agora na pandemia [COVID-19] foi prolongando mais ainda.” P17

Para cinco participantes (P2, P3, P4, P13 e P15) a situação de agravamento dos sintomas marcaram períodos difíceis, dolorosos e angustiantes. Houve relatos de incapacitação progressiva do estado geral de saúde, como parada respiratória, anemia, fraqueza e perda excessiva de peso.

... na hora que entrei na sala [serviço de urgência] que eu fiquei esperando muito tempo ... e eu sangrando demais, eu cheguei até dar uma parada respiratória. P2

... é ... muito tempo tendo a hemorragia, deu anemia ... e, aí eu já estava bem fraca mesmo, vivia passando mal ... P3

... perdendo muito sangue, eu estava com fraqueza ... é eu cheguei pegar até anemia ... porque eu perdia muito sangue ... P4

... depois da hemorragia e aí eu tive, é ... como se chama meu Deus o problema no sangue, anemia ... desde tudo isso, eu fui bem prejudicada na verdade, né ... P13

Eu senti que já ia morrer, eu tive perda de peso muito rápido ... não sei, se é pela dor que eu vinha passando, era muita dor mesmo. Então, quando a gente tem dor você não se alimenta, não dorme, não faz nada bem. P15

Diversos estudos destacam que, na maioria das vezes, as mulheres procuram os serviços de saúde devido ao agravamento dos sintomas, já com a neoplasia do colo uterino em estágio avançado, em situações críticas e intoleráveis, quando a piora da condição representou uma ameaça à saúde (MESAFINT; BERHANE; DESALEGN, 2018; PIMENTEL et al., 2011; VAN SCHALKWYK; MAREE; WRIGHT, 2008). Essa conduta adotada é comum e expressa a concepção generalizada de que os cuidados à saúde são pautados apenas na manifestação da doença (CARVALHO; O'DWER; RODRIGUES, 2018).

A partir desse contexto, discute-se que a cultura modela o que a pessoa entende, sente e pensa sobre “*estar doente*” (SCORSOLINI-COMIN; FIGUEIREDO, 2018). Entende-se a cultura como um conjunto de conhecimentos, de conceitos, de crenças e de ideias adquiridas

por um grupo de pessoas para interpretar experiências e gerar comportamentos (GODOY, 1995). A cultura exerce influência significativa e direta em muitos aspectos relacionados ao modo de vida das pessoas, sobretudo em suas crenças e condutas perante a doença (LANGDON; WIIK, 2010).

4.2.2 As fragilidades do sistema de saúde: do acesso ao referenciamento

O Tema 2 foi constituído por quatro subtemas que retratam diversas fragilidades percebidas no sistema de saúde que contribuíram para o atraso no efetivo início de tratamento para as mulheres com neoplasia avançada do colo uterino (Figura 2 - Apêndice 2).

4.2.2.1 Dificuldade de acesso à atenção básicas de saúde

Cinco participantes (P1, P3, P6, P11 e P17) relataram dificuldades para ter acesso à atenção inicial nas unidades básicas de saúde. Houve relatos de demora no agendamento da primeira consulta para mais de três meses. Outro limitante é a falta de profissionais de saúde para o atendimento.

*O agendamento é, pra passar com o médico, é assim uma vez no mês abre, vamos supor, amanhã abre a agenda do médico, você vai lá [unidade básica de saúde] amanhã de madrugada pra poder marcar daqui três ou quatro meses pra passar com ele ... toda vez que ia lá [unidade básica de saúde], eu não conseguia vaga pra marcar com a enfermeira ... **P1***

*Ah, no postinho [unidade básica de saúde] sempre demora muito, né... Demora nossa, muito mesmo, você vê de 6 meses para você conseguir uma consulta, marcar uma consulta ginecológica e quando consegue... eu consegui ainda é, de encaixe, de última hora ... senão...” **P3***

*Aí marcou a consulta para mim daqui três meses, aí falei para o médico: daqui três meses eu vou morrer. **P6***

As secretárias lá [unidade básica de saúde] falavam: eles [os médicos] estão afastados, estavam afastados. Eu falava que estava vindo muito [sangramento vaginal] e elas falavam: “então, vai procurar o pronto

atendimento, porque eles estão afastados, eu acho que deve ser uma menstruação normal.” P17

... tem médico que está lotado, é um mês, outros dois meses, as outras vezes espera lá [unidade básica de saúde], para conseguir um encaixe e passar ... então” P11

Houve uma restrição adicional de acesso aos atendimentos em função da pandemia Covid-19.

... eu procurei a unidade de pronto atendimento, né e depois me mandaram ir para o postinho [unidade básica de saúde], só que como estava na pandemia [COVID-19] foi prolongando e prolongando e um dia eu vi que não estava mais aguentando, estava sangrando muito, aí eu falei: olha eu não vou morrer por causa da pandemia, eu vou morrer com a minha outra doença mais forte...” P17

A atenção básica é considerada a “*porta de entrada*” para o sistema de saúde. É responsável por ações de promoção, prevenção e continuidade dos cuidados de saúde para alcançar uma atenção integral (BRASIL, 2012). Cabe à atenção básica, articular os cuidados das pessoas aos diferentes níveis da rede de atenção à saúde para a confirmação diagnóstica e para o tratamento adequado (BRASIL, 2013). Apesar de desempenhar um papel central na garantia de acesso, muitas pessoas ainda vivenciam dificuldades para conseguir um atendimento inicial (DIAS et al., 2016).

O termo acesso, relacionado aos serviços de saúde, pode ser entendido como um espaço para acolher a pessoa no momento de sua necessidade. O acesso refere-se à maneira como as pessoas percebem as facilidades ou as dificuldades com que obtêm assistência de saúde (STARFIELD, 2002). Para Assis e Jesus (2012), o acesso está relacionado a aspectos multidimensionais dos serviços de saúde para proporcionar uma resposta resolutiva para as demandas de saúde das pessoas. Consideram-se como pré-requisitos para atenção à saúde os aspectos políticos, sociais, econômicos, organizacionais e culturais (ASSIS; JESUS, 2012).

As trajetórias assistenciais de mulheres com neoplasia do colo uterino são marcadas por dificuldade de acesso inicial aos serviços de saúde. A maioria das mulheres que busca assistência na atenção básica se depara com a falta de profissionais de saúde e com o excesso de burocracia. Os atendimentos médicos ocorrem somente por agendamento e com longo

período de espera (BRITO-SILVA et al., 2014; LOPES, 2021; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Essas dificuldades vivenciadas pelas pessoas são motivos de insatisfação, de modo que se sintam prejudicadas com relação ao direito de obterem acesso aos serviços de saúde (QUEVEDO et al., 2016).

A pandemia COVID-19 leva a consequências negativas nas linhas de cuidados de diversas doenças. Em especial, nas neoplasias genitais, tem havido substancial atraso no diagnóstico e no tratamento. Como consequência, tem-se observado acúmulo de casos que provavelmente irão se refletir em estádios mais avançados nos diagnósticos e em prejuízos na sobrevida (CANDIDO DOS REIS, 2021).

4.2.2.2 Dificuldades na relação entre profissionais e pacientes

Algumas participantes reportaram dificuldades nas relações com os profissionais de saúde, dentre as quais, três (P2, P10 e P13) relataram que não se sentiram ouvidas durante os atendimentos. Houve relatos (P4, P10 e P11) de sentimentos de falta de envolvimento e de responsabilização dos profissionais em busca de uma solução para as demandas apresentadas.

Cheguei até pedir para ele [o médico] fazer um Papanicolau e ele não fazia, e eu não sei se ele tinha nojo, eu não entendo e com isso foi agravando. P2

... eu pedi várias vezes para me examinar, se tivesse feito, se tivesse, sim ... teria descoberto [o câncer] antes, né... P2

Lá [unidade básica de saúde] tem dois médicos, um dos médicos eu contei meu problema e ele não me deu atenção. P10

Comecei a sentir muita dor na minha barriga e aí foi quando eu procurei um ginecologista aqui na minha cidade e aí eu fiquei 4 meses com ele. Eu falei que não estava boa e ele falou que não tinha o que fazer, porque eu tinha feito todo tipo de exame de sangue. Foi bem difícil para mim conseguir ir para o [serviço de referência]. No começo o médico daqui falava que eu estava bem, bem, bem e eu atrás de ... Eu sabia que não estava, porque eu me conheço, a gente conhece o nosso

corpo. Eu falando que não estava bem, e ele falando que eu estava bem.

P13

O médico tem que querer descobrir o que a gente tem, porque eu fui lá [unidade básica de saúde] sangrando e ele não fez nada, nem me examinou, nem quis saber o que eu tinha, porque não é normal você estar sangrando assim. P10

Na verdade, ele [o médico] não me tocou, não me chegou a fazer um exame mais aproximado é... aquele que se aproxima mais do paciente, não chegou a indicar um ginecologista... P11

E aí chega nas unidades para fazer os exames e não faz os exames que o médico pede, porque você está sangrando. “Você está sangrando hoje?” a médica falava, e eu falava: estou. “Ah então, não dá para fazer, a gente vai marcar retorno daqui 15 dias de novo, daqui 20 dias para você voltar e fazer os exames”. E eu: beleza. Eu chegava depois para fazer os exames e eles remaravam novamente. P4

A participante 2 relatou desinteresse e inflexibilidade do profissional ao atender somente por consulta agendada. A falta de uma atitude empática por parte do profissional, diante do sofrimento da participante, gerou sentimento de revolta

Cheguei lá [unidade básica de saúde], ele [o médico] correu de mim, e não quis me atender e falou: se eu quisesse. Ele falou desse jeito e eu sangrando, se eu quisesse, era para eu marcar uma consulta, que ele não ia me atender... “Se você quiser”, falou pra minha filha “se ela quiser amanhã, ela vem e marcar uma consulta, porque hoje eu não vou atender ela”. Eu sangrando e se eu tivesse de morrer ali, eu já tinha morrido. Aí ele não fez importância nenhuma, foi um momento muito revoltante... P2

Pela atitude sabe e na hora assim, que eu vi ele [o médico] correndo, por que ele passou no postinho [unidade básica de saúde], chamaram ele, eu estava com muita hemorragia, ele veio e aí ele viu a situação, praticamente ele fugiu, ele fugiu do problema, ele escondeu, ele entrou dentro da sala e ele não quis sair mais, foi aonde aí que eu peguei a

situação que eu estava, falei: não vou ficar pior do que eu estou, por que se eu continuasse ali eu ia ficar pior... P2

A falta de empatia por parte do profissional de saúde é causa comum de insatisfação e de frustração para a paciente. Atitudes de indiferenças se associam à má qualidade na atenção à saúde (RANGEL; LIMA; VARGAS, 2015; SOARES et al., 2011). Há estudos que associam a redução da empatia por parte dos profissionais de saúde ao desgaste na capacidade inter-relacional, à conduta impessoal adotada nos atendimentos e à insatisfação com o trabalho (BORDIN et al., 2019; WAKIUCHI; MARCON; SALES, 2016).

A empatia é considerada um recurso terapêutico que proporciona melhoria na qualidade da assistência. A atitude empática está associada à maior satisfação do paciente, à redução de erros médicos, a menos reclamações de negligência, a melhores resultados de cuidados e de bem-estar para o profissional (KIM; KAPLOWITZ; JOHNSTON, 2004; RIESS et al., 2012). Diversos estudos mostram a necessidade do resgate da empatia em profissionais e em estudantes da área da saúde para o desenvolvimento de uma comunicação efetiva e de um olhar integral de cuidado para com o paciente (COSTA; AZEVEDO, 2010; KERASIDOU et al., 2021; NASCIMENTO et al., 2018).

A ideia de humanizar o atendimento é procurar respostas diante das angústias ou dos pedidos de ajuda do paciente. A responsabilidade do profissional de saúde é escutar o apelo, entender e sentir empatia para responder com uma ação adequada. (KANAANE, 2014). A escuta qualificada por parte do profissional permite a valorização das queixas, a identificação das necessidades e a construção de vínculos solidários. O atendimento humanizado deve envolver atenção, cuidado, postura ética, abertura humana e empática (BRASIL, 2017).

4.2.2.3 Dificuldades dos profissionais de saúde de diagnosticar a neoplasia do colo do útero

Sete participantes (P1, P2, P3, P6, P11, P12 e P13) reportaram subestimação dos sintomas pelos profissionais de saúde nos primeiros atendimentos. Os sintomas não foram considerados suficientemente graves a ponto de despertar atenção para uma investigação mais aprofundada.

... passava lá [unidade básica de saúde] na minha cidade, eu passava toda vez lá no ginecologista que tinha lá, ele falava que não era nada, que era só uma infecçõzinha de urina. P1

... eu cheguei até fazer uma ultravaginal, “não deu nada na ultravaginal” assim diz ele [o médico] né, ele falou que tinha dado um “tumorzinho” ... **P2**

... eu falei para ginecologista: olha, já faz um mês que eu estou sangrando, e aí ela pegou, ela colocou um tampão e mandou eu ir para casa, disse que ia parar, aí ela falou quando chegar à noite, para eu tirar o tampão. E ela deixou assim um pedacinho para fora, né, a noite fui tirei o tampão, mais de um mês sangrando e não passou. **P3**

Mas eu desconfiava viu, eu falei para ele [o médico], eu perguntei, ele falou: “não é nada não, pode ficar tranquila”. **P6**

... é, a pessoa começa a apresentar um quadro, você vai por mim, que você pega uma infecção de urina e você está tendo infecção de urina frequente e você não investiga, isso mais afundo... “ah, você não tem nada, ah não é nada...” **P11**

Eu desconfiava, né, porque tinha muito sangramento, né, e eles [os médicos] falavam que era normal, né. Para mim não era normal. **P12**

Quando eu comecei já estava tendo, né, o quadro das hemorragias e aí ele [o médico] falou para mim que já estava bem também ... falou para mim que: não era nada, que é coisa da minha cabeça, que era coisa da minha cabeça, que nem tudo agora é coisa do meu útero ... E aí eu falei: doutor, eu estou perdendo líquido, como que não é do meu útero? **P13**

Oito participantes (P1, P2, P3, P5, P11, P12, P13 e P16) mencionaram que receberam o diagnóstico inicial de menopausa, síndrome do ovário policístico, menstruação acumulada, infecção de urina crônica, infecção no sangue, mioma e lesão no colo uterino. Os médicos não souberam distinguir nem associar os sintomas da neoplasia do colo uterino.

Eu falava e ele [médico] falava que não, era que eu estava na menopausa e era assim mesmo. **P1**

... quase dois anos que comecei com hemorragia e fui no médico né o tempo todo e ele falou para mim que eu estava na menopausa. **P2.**

... falei para ele, o ginecologista, falei que eu tinha uma secreção e aí ele falou para mim que é da menopausa, deve que está chegando à menopausa...” P16

O que me falavam muito que era ovário policístico, sabe, essas coisas, tanto que eu nem imaginava, que poderia ser câncer, nem imaginava mesmo... P3

Voltei lá [unidade básica de saúde], conversei com a médica e aí ela falou pra mim que não era nada, que era menstruação acumulada, que fazia tempo que parou pra mim... P5

... ah, você está com infecção de urina crônica ... P11

Aí ele [médico] falou que eu estava com o que? Com infecção, com infecção no sangue, mas eu não sabia o quê que era. P12

Eu não sou a primeira vítima. É horrível porque eu não sou a primeira vítima. Já morreu duas pessoas que eu conheço lá [unidade básica de saúde] com o mesmo problema meu de diagnóstico falho. Entendeu? P12

Ele [médico] falou que poderia ser que eu estava com mioma, aí ele falou: “não é um câncer, é um pré-câncer, entendeu”. P13

Ele [o médico] fez uma biópsia e, em seguida, ele pegou e me chamou e falou assim: “oh, deu sim, uma lesão no seu útero, mas vamos ver ... aí vamos vê me retorna daqui dois meses”. Ele não falou nada para mim, ele falou que era uma lesão, que era para eu retornar daqui a dois meses. Mas ele não esperou dois meses, ele me chamou na semana seguinte e retornei lá [serviços de média complexidade], e aí ele fez outra biópsia, ele falou: “quero tirar as minhas dúvidas para está te passando o diagnóstico, né” ... aí ele falou: “olha, como eu pensava não é nada grave”, falei: é câncer, doutor? Ele falou: “não, não é câncer” ... é uma lesão, ele falou para mim: “pode ficar tranquila, você está de alta do atendimento médico”, falei: então tá. P16

A participante 2 relatou que o profissional não se importou com a presença do tumor no resultado de ultrassom transvaginal, dando-lhe alta médica. Nesse caso, o profissional se mostrou negligente ao subestimar o achado do exame, não se preocupando com sua conduta de dispensar a participante do atendimento.

... trouxe o exame [ultrassom transvaginal] para ele [médico] e olhou e tudo e falava só deu um tumor, mas não é para se preocupar. Falei para ele: como que não doutor, um tumor é uma preocupação”. Ele falou: “não, é do tamanho de um limão, você não precisa se preocupar”. Eu mesmo com sangramento, o tempo todo... Ele já me deu alta. Um tumorzinho do tamanho de um limão é o que ele falou, não deu importância, para mim um tumor é uma coisa muito séria, né, nem retorno ele marcou. P2

Duas participantes (P2 e P13) ficaram indignadas com os médicos durante o atendimento. Elas se sentiram negligenciadas pela subestimação da gravidade do problema e ao receberem alta do atendimento médico.

Eu senti uma vontade de matar ele [o médico], assim, não no fundo da minha alma, mais uma revolta ali. Falei: nossa... e aí sim ... uma coisa é falar para você não se preocupar com o câncer, pra mim um tumor é um câncer, pode ser benigno, pode ser maligno, mais para mim no meu entender é, não sei, se esse não é ... P2

E aí foi quando eu fiquei muito nervosa, acabei ficando até brava e eu falei: oh, doutor eu me conheço e sei que eu não estou boa. Eu falei: realmente você me deu alta, beleza, tranquilo. Eu saí de lá revoltada, saí de lá muito revoltada, porque eu falei: como eu estou bem? sendo que eu não estou bem ... sabe. P13

Houve relatos de persistência em busca de uma resposta diagnóstica. A insistente busca das participantes (P2 e P12) pelos serviços de saúde significou a busca do resgate da sua condição de sujeito, com direito de receber uma assistência adequada e de obter uma solução diante do problema vivenciado.

Sem cessar [sangramento vaginal] ... é muito difícil, assim dar uma cortada... eu... aí fui mais ou menos em um ano fui umas 10 vezes no

posto ou mais no GO [ginecologista]... que eu ia marcado, eu ia sem marcar o tempo todo, estava ficando desesperada... P2

Ah! Se for buscar lá no computador, se for constar no computador, no meu cartão, eu te falo para você que eu fui o ano inteiro. P12

Duas participantes (P2 e P12) relataram que, ao serem diagnosticadas no serviço de urgência e no atendimento particular, perceberam que os profissionais das unidades básica de saúde não conseguiram identificar a neoplasia do colo uterino.

Eu desmaiei de tanto sangrar, desmaiei e fui parar lá na U.E [urgência e emergência]. Cheguei lá, ela a ginecologista já me atendeu na hora. Cheguei com muita hemorragia e assim que ela já, achou uma coisa muito estranha, porque assim que ela já me examinou e já viu o câncer. Na primeira olhada que ela deu, não precisou de muito esforço para ela já achar, uma coisa que o outro ginecologista do postinho [unidade básica de saúde] não achou, né, porque era para ter visto que era uma coisa de 5 cm, não estava escondido. P2

Ela [a médica do particular] só de pôr a mão, ela sentiu. Ela falou para mim: “menina, olha tem 99% de chance de você estar com câncer. E ele está duro, ele está rígido no seu útero. Que perigo. Que maldade que fizeram com você no posto de saúde [unidade básica de saúde]”.
P12

Quatro participantes (P1, P4, P11 e P12) tiveram a sensação de atraso no diagnóstico da neoplasia do colo do útero.

... nossa menina muito tempo... P1

... durou durante três anos até o meu GO [ginecologista] descobrir, tanto é que ele me encaminhava para outros especialistas, para ver o que era, o que não era, mas nunca achava... P4

Sabe eu acho que é tudo muito complicado, é para você ser direcionado para um especialista, demora muito, é coisa de meses... P11

Era um câncer de anos, de meses. Isso. Com o tumor mesmo. P12

Os relatos das participantes 13 e 15 apontaram diagnósticos falhos e realização de tratamento inadequados de conização e de cauterização de ferida no colo uterino.

*Ele [o médico] falou para mim que não sabia certinho o que era, ele falou que poderia ser que eu estava com ... ah eu esqueci o nome, como que fala também que é um problema, mas não é um câncer ... é mioma ... aí ele falou: “a gente vai fazer certinho, uma conização, não é um câncer, é um pré-câncer, entendeu” ..., mas acredito que aí piorou ... né. **P13***

*... teve um sangramento, sim, na relação, eu tive um sangramento, e aí corri no médico, procurei ele e falou que era devido a essa ferida e a onde que tratou, falando que era uma ferida. Agora, pelos médicos que eu estou tratando aqui no [serviço de referência], eles [os médicos], né falaram: a gente não pode confirmar, pelo fato assim, mas um câncer dessa maneira, pelo grau [estádio avançado] que ele estava, o tamanho, que estava em 3º já... né; ele [o tumor]. Não é de um dia para o outro que um câncer vai ficar desse tamanho, que não vai desenvolver assim, né. Então eu acho, na minha opinião, às vezes eu já estava [com câncer] e ele tratou como uma ferida.” **P15***

Seis participantes (P2, P4, P6, P10, P11 e P12) reportaram que, durante os atendimentos, os médicos prescreviam medicamentos sem realizar o exame físico. Os profissionais prescreveram o uso de anticoncepcionais e de hormônios para diminuir os sangramentos associados à menopausa e ao distúrbio hormonal, além de uso de antibióticos para os episódios frequentes de infecção urinária e outros medicamentos para doença sexualmente transmissível.

*... eu falava: doutor, estou assim, está acontecendo isso...isso, e aí ele falou assim para mim: “está com menopausa, toma é anticoncepcional”. No começo eu cheguei até tomar e não adiantou, não cessava, não parava e aí eu peguei não tomei mais. Voltei nele, falei para ele: não está cortando, não está resolvendo e ele: “não, você tem que continuar tomando, que vai diminuir, vai diminuir o sangramento.” **P2***

*Eles [os médicos] só me passavam o anticoncepcional, injeção, mais até então, antes eu de descobrir [o câncer] eles não chegaram a fazer nenhum exame, tanto é que o médico chegou a falar por eu ter feito a laqueadura, que eu estava com distúrbio hormonal. Eu cheguei a tomar hormônios, eles queriam que eu tomasse hormônio pela laqueadura que eu fiz, para poder ver se parava. Eu cheguei a tomar hormônios, ah eles falavam assim: “deve ser porque você não está produzindo muito hormônio, porque fez cirurgia”, mas mesmo assim, não adiantou. **P4***

*Eles falavam para mim, só o doutor: “não é nada, isso não é nada, você vai tomar um remedinho logo passa” ... Passa nada... deu um remédio para tomar, disse que ia cortar [sangramento vaginal]... não cortou continuou... Passei, passei por dois médicos lá [unidade básica de saúde], nenhum dos dois descobriu o que eu tinha. Nenhum. Cada um me receitava uma coisa para eu tomar: uma era na veia outro era na boca, até meu marido chegou a tomar comprimidos falando que era doença sexualmente transmissível. Misericórdia, nem isso era. **P6***

*... eu sei que ele [o médico] passou uma pomada para eu usar, acho que ele não fez exame não, passou só uma pomada e uns comprimidos e mandou eu ir usando e depois voltar lá [na unidade básica de saúde] ...” **P10***

*Ninguém me falava nada, eu estava com infecção de urina e vamos tomar antibiótico, está com infecção de urina e vamos tomar antibiótico. Eles [os médicos] ficavam me empurrando antibióticos ... **P11***

*Eu fui para a unidade básica de saúde para fazer tratamento, aí eles [os médicos] me receitaram uns remédios para mim na veia, remédios orais, mas não fizeram nenhum exame de toque em mim para saber o que eu tinha no útero, né. **P12***

O diagnóstico tardio da neoplasia do colo do útero está associado ao conhecimento inadequado e ao despreparo dos profissionais de saúde em identificar os sintomas da doença.

São comuns diagnósticos como doenças benignas e infecções sexualmente transmissíveis. Sem obter melhora do problema, as mulheres retornavam constantemente aos serviços de saúde em busca de diagnóstico e de tratamento efetivos (BENEMARIYA et al., 2018; CHADZA et al., 2012; MWAKA et al., 2015; VAN SCHALKWYK; MAREE; WRIGHT, 2008).

As causas de negligência são elevadas entre as denúncias recebidas nos Conselhos Regionais de Medicina. A negligência está entre as principais falhas no exercício dos profissionais de saúde devido à omissão ou à passividade quanto à prestação de cuidados necessários aos pacientes fragilizados pela enfermidade (BITENCOURT et al., 2007). Aponta-se que o aumento de processos por erros médicos está associado à precarização dos locais de trabalho, à deterioração no relacionamento com o paciente e à insuficiente formação ética (BUB, 2005; RIBEIRO; JULIO, 2011).

A maior prevalência de erros médicos ocorre nas emergências e nas cirurgias, principalmente nas especialidades de Obstetrícia e de Ginecologia. Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2004), baseado no levantamento de 12 mil denúncias apuradas entre os anos de 1996 a 2002, 86% dos casos ocorreram na área de Obstetrícia, relacionadas à falta de assistência no parto e no pré-natal, à medicação errada, à falta de realização de exames, à infecção puerperal e a corpo estranho, seguida da área de Ginecologia, com 14%, relacionadas a complicações de histerectomia, a tratamentos clínicos ginecológicos inadequados, a complicações cirúrgicas, a falhas nos diagnósticos de tumores de mama e à cauterização de colo uterino (CREMESP, 2004).

Nesses resultados, inferem-se falhas no processo de raciocínio clínico, sobretudo nos atendimentos da atenção básica de saúde. Nos diversos relatos, os profissionais não realizaram as etapas básicas da avaliação das pacientes de maneira adequada, havendo falhas na comunicação e ausência de exame físico. Houve decisão terapêutica sem haver uma tomada de decisão diagnóstica suficientemente clara e definida resultando em atraso do início do tratamento.

Os achados de Singh et al. (2013) sobre as causas de erros diagnósticos na atenção primária apontam que 78,9 % estavam relacionadas a problemas com a anamnese (SINGH et al., 2013). Outro estudo que avaliou cerca de 583 casos de erros diagnósticos relatados por médicos mostrou, que 20% envolveram falhas na anamnese e na desvalorização dos achados clínicos (SCHIFF et al., 2009). A quebra das etapas do raciocínio clínico resulta em erros

diagnósticos, em intervenções terapêuticas inadequadas e em resultados insatisfatórios (RODRIGUES; MACHADO, 2016).

4.2.2.4 Fragilidades no referenciamento das mulheres para a assistência oncológica

Algumas participantes reportaram dificuldades para iniciar o tratamento no serviço de referência. A participante 1 relatou recusa da carta de encaminhamento pela exigência de laudos específicos de diagnóstico de câncer. Essa burocracia, presente no processo de encaminhamento, gerou transtorno e sentimento de desespero.

*... o médico me deu uma carta eu levei para Secretaria de Saúde da minha cidade, só que aí foi recusada. A primeira carta que o médico me deu, ele não pôs o ..., mas acho que não foi erro dele também, coitado, ele quis me ajudar, é que ele não tinha colocado algumas coisas certas. Aí o hospital recusou essa carta, que voltou pra trás, eu entrei em desespero [choro]. Falei: meu Deus do céu, não me aceitaram no [serviço de referência]. Aí voltei no consultório do médico e ele disse: “olha, eu vou pôr o laudo específico aqui que você está ...” **P1***

A participante 3 mencionou a demora na marcação de consulta no serviço de referência. Para reduzir o tempo de espera, foi preciso recorrer ao serviço de urgência.

*Os médicos que peguei lá [serviços de urgência] foram muito bons, sempre tentando é ajudar. É que a consulta estava marcada, muito longe e aí eles ligavam [no serviço de referência] e brigavam pra poder adiantar. Adiantaram porque ia demorar para eu começar o tratamento no [serviço de referência] eles falaram assim: “não, ela não pode esperar” ... Adiantaram bastante o tratamento graças a Deus, né. **P3**.*

Três participantes (P1, P12 e P6) reportaram o uso de meios informais para “facilitar” o acesso ao serviço de referência, por intermédio de contatos pessoais de profissionais de saúde e influência de políticos nos serviços de saúde.

Foi na minha cidade a consulta, a gente tem o convênio de saúde, né... só que quando o médico descobriu que estava com isso, ele falou pra mim: “não vou te mandar pelo convênio vou ver se te encaixo no [serviço de referência] lá é muito melhor”. Aí ele falou que tinha uma cunhada que trabalha no [serviço de referência] que é médica, ele falou que tinha conversado com ela sobre o meu caso. P1

Ela ficou com muito dó de mim. A mulher ficou muito sensibilizada com a minha história. Ela falou: “eu não costumo fazer isso para ninguém, mas eu vou abrir uma exceção para você. Você está sofrendo. Eu vou fazer uma carta para você e você vai levar essa carta e eles vão te atender, eles vão fazer um exame, uma biópsia em você e você vai ser encaminhada para o [serviço de referência]. Lá você vai estar em boas mãos”. Foi o que eu fiz. P12

Não tinha vaga, só daqui a seis meses, eu não podia ficar, né, seis meses esperando, e aí eu fui procurei o vereador e meu marido conversou com ele. O vereador já ligou lá [serviço de média complexidade], conversou e marcou para mim. No outro dia, eu passei rápido com o médico, quando ele fez o exame falou para mim: “vou te marcar tal dia e você vai tratar lá [no serviço de referência]” P6

As fragilidades no sistema de referenciamento retardam o início do tratamento. São comuns a demora na marcação de consulta, a recusa do encaminhamento por falta de documentação e a obtenção irregular de vagas por uso de mecanismos informais. A presença de informalidade no sistema de referenciamento distorce os procedimentos normatizados e prejudica a equidade de acesso (BENEMARIYA et al., 2018; NASCIMENTO; AZEVEDO E SILVA, 2015; SILVA et al., 2016).

Acordos informais com políticos são considerados “meios extraoficiais” para a população obter acesso e benefícios nos serviços públicos. A mídia tem divulgado irregularidades e escândalos políticos no sistema de referenciamento/regulação de usuários. A rede de contato estabelecida por eles nos serviços de saúde buscam regular a autorização, o agendamento, o controle de procedimento e o tratamento para atenderem aos interesses pessoais ou obterem vantagens indevidas (CORRÊA, 2018; PIRES; MOTA; VIEIRA, 2020; SINDSAÚDE, 2018).

4.3 Implicações Clínicas

Para antecipar o diagnóstico da neoplasia do colo do útero, é essencial a intervenção sobre os fatores de atraso identificados no estudo. São necessárias ações de conscientização das mulheres sobre os sintomas da neoplasia do colo do útero, o aprimoramento da relação profissional e paciente, o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde, o aperfeiçoamento das práticas e das técnicas clínicas para diagnosticar a doença e a desburocratização do acesso aos serviços de referências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção das mulheres diagnosticadas com tumores avançados no colo do útero, predominaram os fatores que dificultam o itinerário terapêutico. As dificuldades foram de natureza pessoal e relacionadas à prestação de assistência no sistema de saúde. Por outro lado, a percepção dos sintomas como anormais e o agravamento motivaram a busca por assistência.

Identificamos que algumas mulheres perceberam os sintomas iniciais como anormais. Outra parte acreditava que os sintomas iniciais não correspondiam às situações de risco e normalizaram a condição apresentada. Nesse segundo caso, essa percepção retardou a busca por assistência. A maioria das mulheres apenas buscou assistência com o agravamento progressivo dos sintomas.

As mulheres perceberam diversas dificuldades na prestação de assistência durante a fase diagnóstica. Houve dificuldades de acesso aos atendimentos na atenção básica de saúde, dificuldades no relacionamento com os profissionais de saúde, dificuldades dos profissionais em diagnosticar a doença e dificuldades relacionadas ao referenciamento.

5.1 Limitação do estudo

O estudo se limitou em estudar as percepções das participantes. Há aspectos não explorados sobre as condições e estruturas nos serviços de saúde que podem interferir na prestação de uma assistência adequada. Tal questão seria mais explorada por estudos etnográficos. Em função da natureza qualitativa do estudo, é difícil generalizar as conclusões para outras localidades. Novos estudos desta natureza podem colaborar para a identificação outros fatores e guiar ações específicas.

6 REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cervical Cancer Statistics | Key Facts About Cervical Cancer**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ARAUJO, M. D. DE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 388–391, set. 2004.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.

BENEMARIYA, E. et al. Perceived factors for delayed consultation of cervical cancer among women at a selected hospital in Rwanda: An exploratory qualitative study. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 9, p. 129–135, 2018.

BHATLA, N. et al. Cancer of the cervix uteri. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 143 Suppl 2, p. 22–36, out. 2018.

BORDIN, D. et al. Relação entre empatia e qualidade de vida: um estudo com profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. e-1253, p. 1–8, 2019.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Caderno de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/informes-tecnicos>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Talks related to thematic analysis**. Talks related to thematic analysis. Disponível em: <<https://www.thematicanalysis.net/understanding-ta/>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BRITO-SILVA, K. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 240–248, 2014.

BUB, M. B. C. Ética e prática profissional em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, p. 65–74, mar. 2005.

CANDIDO DOS REIS, F. J. Impact of COVID-19 pandemic on gynecologic oncology surgery in Brasil. **Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia**, v. 43, n. 11, p. 803–804, nov. 2021.

CARVALHO, P. G. DE; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 687–701, 2018.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161–168, fev. 2005.

CHADZA, E. et al. Factors that contribute to delay in seeking cervical cancer diagnosis and treatment among women in Malawi. **Health**, v. 04, n. 11, p. 1015–1022, 2012.

CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 126–134, 03 2010.

CORRÊA, B. **MP instaura inquérito para apurar irregularidades no gerenciamento de leitos de UTI do SUS em Goiânia**. Ministério Público de Goiás. Disponível em: <<http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/mp-instaura-inquerito-para-apurar-irregularidades-no-gerenciamento-de-leitos-de-uti-do-sus-em-goiania>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

COSTA, F. D. DA; AZEVEDO, R. C. S. DE. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, p. 261–269, jun. 2010.

CREMESP. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 3. ed. Sao Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de Sao Paulo, 2004.

DE SANJOSE, S. et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. **The Lancet. Oncology**, v. 11, n. 11, p. 1048–1056, nov. 2010.

DIAS, O. V. et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–13, nov. 2016.

DIZ, M. D. P. E.; MEDEIROS, R. B. DE. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina**, v. 88, n. 1, p. 7–15, mar. 2009.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207–215, jun. 2010.

GENZ, N. et al. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. e5100015, 2017.

GERHARDT, T. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Eds.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Série Cidadania do cuidado. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPES : IMS/UERJ : ABRASCO, 2007. p. 279–300.

HUANG, Y. et al. Multiple sexual partners and vaginal microecological disorder are associated with HPV infection and cervical carcinoma development. **Oncology Letters**, v. 20, n. 2, p. 1915–1921, 2020.

INCA. **Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2004.

INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2 ed. rev. atual. ed. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2016.

INCA. **Estimativa 2020: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2019.

INCA. **Existe vacina contra o HPV?** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/existe-vacina-contr-o-hpv>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

KANAANE, R. **A relação profissionais de saúde e clientes - tendências e perspectivas**. Disponível em: <<https://iph.org.br/revista-iph/materia/a-relacao-profissionais-de-saude-e-clientes-tendencias-e-perspectivas-2014>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

KERASIDOU, A. et al. The need for empathetic healthcare systems. **Journal of Medical Ethics**, v. 47, n. 12, p. e27–e27, 1 dez. 2021.

KIM, S. S.; KAPLOWITZ, S.; JOHNSTON, M. V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. **Evaluation & the Health Professions**, v. 27, n. 3, p. 237–251, set. 2004.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459–466, jun. 2010.

LIMA, D. **Atlas de citopatologia ginecológica**. Brasília: Ministério da Saude, 2012.

LOPES, V. A. S. Acesso e continuidade assistencial na atenção ao câncer de colo de útero. **Sociedade em Debate**, v. 27, n. 2, p. 231–243, ago. 2021.

MCLAUGHLIN-DRUBIN, M. E.; MÜNGER, K. Oncogenic activities of human papillomaviruses. **Virus Research**, v. 143, n. 2, p. 195–208, ago. 2009.

MESAFINT, Z.; BERHANE, Y.; DESALEGN, D. Health seeking behavior of patients diagnosed with cervical cancer in Addis Ababa, Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 28, n. 2, p. 111–116, 2018.

MINAYO, C. et al. **Pesquisa social**. 21. ed. Pretrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MORRIS, S. **Human Papillomavirus (HPV) Infection - Infections**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/home/infections/sexually-transmitted-diseases-stds/human-papillomavirus-hpv-infection>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MUÑOZ, N. et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. **Lancet (London, England)**, v. 359, n. 9312, p. 1093–1101, mar. 2002.

MWAKA, A. D. et al. Symptomatic presentation with cervical cancer in Uganda: a qualitative study assessing the pathways to diagnosis in a low-income country. **BMC Women's Health**, v. 15, n. 15, fev. 2015.

MYERS, K. O.; AHMED, N. U. The role of HIV in the progression through the stages of the human Papillomavirus to cervical cancer pathway. **AIDS reviews**, v. 20, n. 2, p. 94–1043, 06 2018.

NASCIMENTO, K. T. S. DO et al. Multi-professional team care: discourse of women in preoperative mastectomy. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 435–440, 2014.

NASCIMENTO, M. I. DO; AZEVEDO E SILVA, G. Efeito do tempo de espera para radioterapia na sobrevida geral em cinco anos de mulheres com câncer do colo do útero, 1995-2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2437–2448, nov. 2015.

NASCIMENTO, H. C. F. et al. Análise dos níveis de empatia de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 152–160, mar. 2018.

NIU, L. et al. The interaction between pubertal timing and childhood maltreatment on the risk of human papillomavirus infection among adolescent girls and young women. **Preventive Medicine**, v. 138, p. 106126, set. 2020.

OLIVEIRA, M. DE L. et al. Chlamydia infection in patients with and without cervical intra-epithelial lesions. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 6, p. 506–512, dez. 2008.

ONO, A. et al. Relationship between tobacco smoking and cervical cancer. **Women's Health – Open Journal**, v. 5, n. 1, p. 19–21, nov. 2019.

OPAS/OMS. **Por um futuro sem câncer de colo do útero: o primeiro compromisso global para eliminar um câncer - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-11-2020-por-um-futuro-sem-cancer-colo-do-utero-primeiro-compromisso-global-para>>. Acesso em: 29 jun. 2021.

PANOBIANCO, M. S. et al. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 517–523, 28 set. 2012.

PIMENTEL, A. V. et al. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 255–62, 2011.

PINHEIRO, R. et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/ IMS/UERJ/ ABRASCO, 2016. p. 13-23 p.

PIRES, V.; MOTA, E.; VIEIRA, F. Vereadores de Araguari são alvo da Operação “Fura Fila” do Gaeco. **G1**, 2020.

PROVALIS RESEARCH. **Free Qualitative Data Analysis Software | QDA Miner LiteProvalis Research**, 2021. Disponível em:

<<https://provalisresearch.com/products/qualitative-data-analysis-software/freeware/>>. Acesso em: 13 abr. 2021

QUEVEDO, A. L. A. DE et al. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. **Revista de APS**, v. 19, n. 1, p. 47–57, out. 2016.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: **Experiência de doença e narrativa**. Coleção Antropologia e saúde. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1999. p. 125–138.

RAMIREZ, P.; SALVO, G. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetrícia/neoplasias-ginecológicas/câncer-do-colo-do-útero>>. Acesso em: 1 fev. 2022.

RANGEL, G.; LIMA, L. D. DE; VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1065–1078, dez. 2015.

RIBEIRO, J. et al. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2324–2324, ago. 2016.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N. DE; LOBÃO, C. Editorial: saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 1–5, 18 abr. 2018.

RIBEIRO, W. C.; JULIO, R. S. Reflexões sobre erro e educação médica em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, p. 263–267, jun. 2011.

RICHMAN, A. R.; TROUTMAN, J. L.; TORRES, E. Experiences of cervical cancer survivors in rural eastern North Carolina: a qualitative assessment. **Journal of Cancer Education**, v. 31, n. 2, p. 314–321, 2016.

RIESS, H. et al. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. **Journal of General Internal Medicine**, v. 27, n. 10, p. 1280–1286, out. 2012.

RODRIGUES, D. M. DE V.; ABRAHÃO, A. L.; LIMA, F. L. T. DE. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinações no cuidado paliativo oncológico. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 349–361, jun. 2020.

ROTELI-MARTINS, C. M.; NAUD, P.; FRIDMAN, F. Z. Papilomavírus humano (HPV). **Femina**, v. 47, n. 2, p. 94–100, 2019.

ROURA, E. et al. The influence of hormonal factors on the risk of developing cervical cancer and pre-cancer: results from the EPIC cohort. **PLoS One**, v. 11, n. 1, p. 1–17, jan. 2016.

RUTZ PORTO, A. et al. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. **Avances en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 72–79, 2014.

SANTOS, J. G. C.; DIAS, J. M. G. Vacinação pública contra o Papilomavirus humano no Brasil. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 28, n. 1, p. 1–7, 2018.

SÃO PAULO. **DRS XIII - Ribeirão Preto - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SCHIFF, G. D. et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 20, p. 1881–1887, 9 nov. 2009.

SCORSOLINI-COMIN, F.; FIGUEIREDO, I. A. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras estórias, de Guimarães Rosa. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 883–897, set. 2018.

SHRESTHA, G. et al. Experiences of cervical cancer survivors in Chitwan, Nepal: a qualitative study. **PLoS ONE**, v. 15, n. 11, p. 1–29, 2020.

SILVA, M. R. F. DA et al. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 107–119, 2016.

SILVA, R. C. G. DA et al. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 695–702, dez. 2018.

SINDSAÚDE. **Governo Federal encontra irregularidades no tratamento de câncer no DF**. Disponível em: <<https://sindsaude.org.br/noticias/sindsaude-df/ministerio-da-saude-encontra-irregularidades-no-tratamento-de-cancer-no-df/>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

SINGH, H. et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. **JAMA Intern Med**, v. 176, n. 6, p. 418–425, 2013.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 502–508, set. 2011.

SOUTO, R.; FALHARI, J. P. B. O Papilomavírus humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 155–160, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TALLON, B. et al. Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012–2016). **Saúde em Debate**, v. 44, p. 362–371, 27 jul. 2020.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 417–434, jun. 2016.

THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 656–660, 2005.

TRIMBLE, C. L. et al. Active and passive cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 105, n. 1, p. 174–181, jan. 2005.

VAN DE VELDE, N. et al. Population-level impact of the bivalent, quadrivalent, and nonavalent human papillomavirus vaccines: a model-based analysis. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 104, n. 22, p. 1712–1723, 21 nov. 2012.

VAN SCHALKWYK, S. L.; MAREE, J. E.; WRIGHT, S. C. D. Cervical cancer: the route from signs and symptoms to treatment in South Africa. **Reproductive Health Matters**, v. 16, n. 32, p. 9–17, 2008.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. DA. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 100–112, mar. 2015.

WAKIUCHI, J.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. e54088, 2016.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414–418, 2011.

WHO. **Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection**. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**. Geneva: World Health Organization, 2014.

XIMENES, V. DE S. et al. Sistematização da Assistência Multidisciplinar ao Paciente em Unidade Oncológica de Manaus: Um Relato de Experiência / Systematization of Multidisciplinary Patient Care in Oncology Units in Manaus: An Experience Report. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9762–9770, 2020.

APÊNDICE 1. Guia de entrevista semiestruturada

Estudo: Compreensão do itinerário terapêutico em mulheres com neoplasia do colo do útero localmente avançada.

1. Introdução

Visão Geral

Apresentação da participante

Antes de iniciar, me fale sobre você.

2. Discussão para a entrevista***2.1 Questões-chaves***

Conte a sua experiência com a doença, desde a manifestação dos primeiros sintomas.

Conte a sua sua experiência com o atendimento durante a fase de diagnóstico.

2.2 Questões intervencionistas

Como você percebe...?

O que você quer dizer quando fala que...?

Como assim...?

Você poderia detalhar...?

3. Conclusão

Esclarecimento de alguma dúvida da entrevistada e o agradecimento por participar do estudo.

APÊNDICE 2. Representações esquemáticas dos Temas

Figura 1 - Mapa do Tema 1

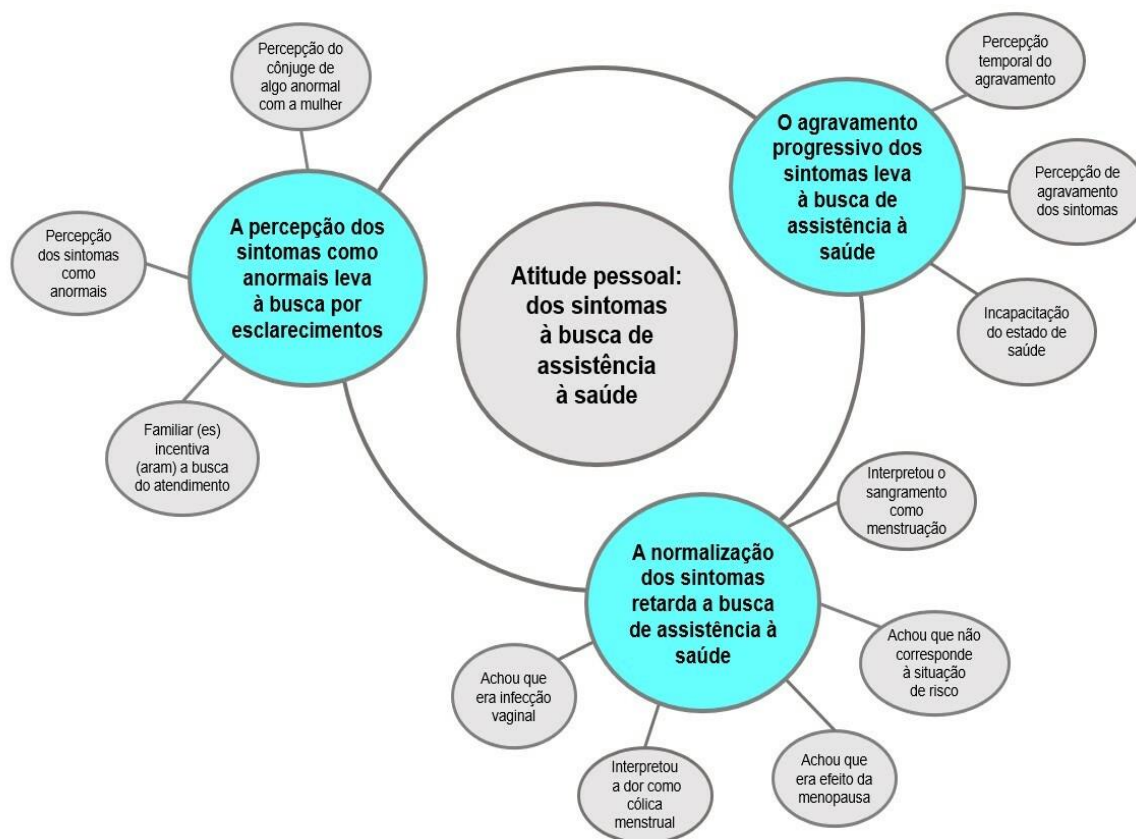
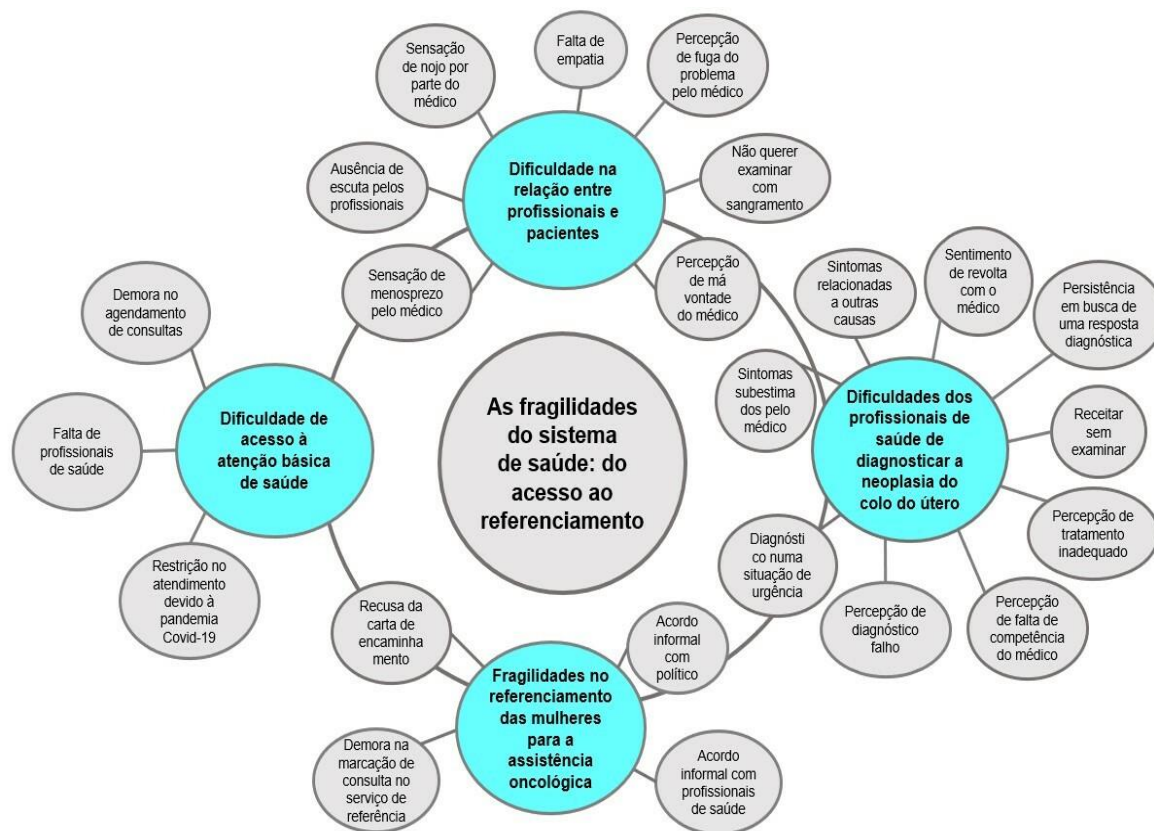


Figura 2 - Mapa do Tema 2



APÊNDICE 3. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Título do estudo: “Avaliação do Itinerário Terapêutico em Mulheres com Câncer de Colo Uterino Localmente Avançado”.

Investigadores principais:

Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis

Bruna Helena Mellado

Informação ao paciente

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de um estudo chamado “Avaliação do Itinerário Terapêutico em Mulheres com Câncer de Colo Uterino Localmente Avançado”. Antes de decidir a participar deste estudo, é importante que você leia e compreenda os procedimentos envolvidos. Este termo de consentimento informado descreve o motivo, os procedimentos, os benefícios e os riscos do estudo. Por favor, sinta-se à vontade para fazer quantas perguntas quiser. É necessário ler e assinar este termo de consentimento antes que você possa participar. Sua decisão de participar ou não neste estudo não terá qualquer interferência sobre o seu tratamento clínico.

Por que você está sendo convidado a participar?

Este estudo será realizado em mulheres com o diagnóstico de câncer do colo do útero localmente avançado. O tamanho da amostra será definido na medida que for respondido os problemas da pesquisa, e as mulheres serão abordadas através de contato pessoal e individual e quando necessário por contato telefônico para agendamento de entrevista, qual será realizado no Ambulatório de Oncologia Ginecológica. O tempo da entrevista para responder as perguntas será por volta de 30 minutos, em média.

Serão excluídas as mulheres com condição médica ou psicológica que não permitam a aderência ao estudo ou o fornecimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

Objetivo do estudo

O objetivo do estudo é avaliar a percepção das mulheres relacionada ao itinerário terapêutico, período compreendido desde a obtenção do diagnóstico da doença até o término do tratamento.

O que envolve a sua participação?

Sua participação neste estudo será em responder algumas perguntas relacionadas a como é o dia a dia com o câncer e como você enfrenta a rotina com as adversidades da doença. Você irá participar de uma entrevista individual com a pesquisadora principal Bruna Helena Mellado. A entrevista será guiada por um roteiro composto por questões relacionadas a como que é viver com o câncer, como que é para lidar com os problemas do dia a dia com a doença. Durante todo o seu tratamento, você irá de três entrevistas visando atender o começo, o meio e o final do tratamento. A entrevista será gravada e os dados coletados serão transcritos e analisados. Depois de transcrita a entrevista será deletada. Esse procedimento não gerará risco para você. A qualquer momento você poderá dizer sobre possíveis incômodos e dúvidas durante ou após a entrevista.

Possíveis riscos ao participar deste estudo?

Esse procedimento não gerará riscos a você. Durante todo período de sua participação, estará devidamente acompanhada e assistida por um profissional de nível superior capacitado, terá esclarecimento de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, bem como lhe será garantido o acesso aos resultados da avaliação, após a conclusão do trabalho.

Possíveis benefícios

A sua participação não trará benefícios para você, porém poderá contribuir para a melhor compreensão do seu problema de saúde no futuro.

O que acontece se você não quiser participar?

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você decidir não participar, não haverá penalidade, perda de benefícios ou redução na qualidade dos cuidados médicos. Se forem disponíveis novas informações que possam afetar a sua vontade de continuar nesta pesquisa, você terá conhecimento destas informações.

E se você quiser sair do estudo após ter aceitado participar?

Você pode descontinuar sua participação neste estudo a qualquer momento sem penalidade ou perda dos benefícios que de outra forma você teria direito. Caso você deseje retirar o seu consentimento, favor notificar o investigador, através do número de telefone (16) 991423911 ou (16) 36022589.

Vale lembrar este estudo poderá ser interrompido caso o pesquisador responsável perceba qualquer risco ou dano significativo a sua participação na pesquisa.

Sigilo e divulgação de informações pessoais

Todas as informações coletadas, durante este estudo, incluindo os seus registros médicos, dados pessoais e dados de pesquisa, serão mantidos em sigilo. No entanto, um representante autorizado irá analisar essas informações. Você será identificado por um número em toda documentação e avaliação, estando seu nome guardado em segredo absoluto. Seu nome ou material que o identifique como um participante do estudo não será liberado sem a sua permissão por escrito, exceto quando for exigido por lei.

Registro do estudo

A pesquisa será registrada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Custo e remuneração

Sua participação não terá custos e você não terá que pagar por nenhum procedimento que será realizado neste estudo. Você não será pago por sua participação; entretanto, planejamos cobrir custos relacionados com viagem e alimentação.

No caso de dano relacionado à pesquisa

Caso você sofra algum dano como resultado de qualquer atividade da pesquisa, os pesquisadores e o centro irão tentar providenciar assistência integral, dentro do padrão internacional de boas práticas clínicas e resolução vigente no Brasil (Resolução 466/2012). De forma alguma, o presente termo renuncia os direitos legais do participante ou insenta o pesquisador, a instituição, o patrocinador ou seus representantes das responsabilidades legais caso haja algum dano.

Contato para mais informações

Os pesquisadores estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas que você possa ter em relação ao tratamento descrito ou os procedimentos do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com o **Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis** – CRM: 65.062 – SP. Telefones de contato: (16) 3602-2589 (8º Andar) ou (16) 3602-2311. E-mail: fjcreis@fmrp.usp.br. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – 2º andar – Ribeirão Preto – SP. CEP 1409900, ou com **Bruna Helena Mellado** – COREN: 209.203 – SP. Telefones de contato: (16) 33075015 ou 991423911. E-mail: bru.mell@usp.br. Endereço: Rua Francisco Fiorentino, 959 – São Carlos – CEP: 13574-007. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos

como um participante de pesquisa ou em caso de julgamento relacionado com uma lesão, entre em contato com o médico do estudo ou o seu médico de confiança. Caso você quiser falar com alguém não diretamente envolvido neste estudo sobre os seus direitos, preocupações, danos relacionados à pesquisa, você pode encaminhar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no campus universitário, S/N, Monte Alegre, Prédio Central, Subsolo – 14048-900 – Ribeirão Preto/SP, em (16) 3602-2228, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08 hrs 00 min às 17 hrs 00 min. Você também poderá entrar em contato, se caso se sentir coagido para aceitar ou continuar a participar da pesquisa.

Consentimento pós-informação

Eu, _____, após a leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

Ribeirão Preto, _____ de _____ 20__

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

1ª via: Pesquisador

2ª via: Voluntário

ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação do Itinerário Terapêutico em Mulheres com Câncer de Colo Uterino Localmente Avançado

Pesquisador: Bruna Helena Mellado

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10625119.1.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.454.637

Apresentação do Projeto

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-compreensivo com abordagem qualitativa temática. Ele será desenvolvido em paralelo ao Estudo Clínico Randomizado (RCT) fase III de Quimioterapia Neoadjuvante nos Estádios IB2, IB3, IIB, em Câncer de Colo Uterino, no que concerne ao recrutamento da amostra randomizado pelo RCT, no Ambulatório de Ginecologia Oncológica (ONG), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), no município de Ribeirão Preto – SP. Outros centros que serão colaboradores de pesquisa, mas a nossa proposta não se restringe a coleta de dados das pacientes em elegibilidade no ONG, qual é o centro regulador do RCT. Está prevista a participação de 50 mulheres no estudo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste estudo será retratar e compreender a percepção das mulheres sobre o caminho percorrido desde o diagnóstico da doença até o término do tratamento no que concerne aos impactos gerados durante este percurso terapêutico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação na pesquisa através da concessão na entrevista não gerará riscos as participantes. Durante todo o período de participação, a mulher estará devidamente acompanhada e assistida por profissional de nível superior capacitado, terá esclarecimento de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, bem como lhe será garantido.

Comentário e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem descrito, contendo os principais aspectos metodológicos de um estudo científico com seres humanos.

Consideração sobre os Termos de Apresentação Obrigatória:

A pesquisadora respondeu as pendências solicitadas no parecer anterior.

Recomendações

Não se aplica

Conclusão ou Pendências e Lista de Inadequações

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa alterado em 17.06.2019, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 17.06.2019, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a Critério do CEP

Projeto Aprovado: Tendo em vista à legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais, anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Quaisquer modificações do projeto original devem ser apresentadas a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados.

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315025.pdf	24/06/2019 19:30:16		Aceito
Outros	TCLE_CEPjunho.pdf	24/06/2019 19:29:55		Aceito
Outros	respostas_cep_junho.pdf	17/06/2019 12:06:04	Bruna Helena Mellado	Aceito
Outros	projeto_alterado_cep.pdf	17/06/2019 12:05:24	Bruna Helena Mellado	Aceito
Outros	projeto_20maio.pdf	20/05/2019 14:56:04	Bruna Helena Mellado	Aceito
Outros	TCLE_CEP.pdf	20/05/2019 14:40:06	Bruna Helena Mellado	Aceito
Outros	respostas_cep.pdf	17/05/2019 20:03:51	Bruna Helena Mellado	Aceito
Outros	Parecer_UPC.pdf	01/04/2019 11:19:32	Bruna Helena Mellado	Aceito
Outros	Parecer_de_pesquisa.pdf	28/03/2019 20:08:08	Bruna Helena Mellado	Aceito
Projeto Detalhado /Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	26/03/2019 13:58:49	Bruna Helena Mellado	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	26/03/2019 13:58:19	Bruna Helena Mellado	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	25/03/2019 15:26:33	Bruna Helena Mellado	Aceito

Situação do parecer:

Aprovado

Necessidade Apreciação do CONEP:

RIBEIRÃO PRETO, 15 de julho de 2019

Assinado por

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA

ANEXO II – Consolidated criteria for reporting qualitative reseach (COREQ)

Lista de verificação de 32 itens - Critérios consolidados para relatar estudos qualitativos (COREQ)

	No item	Guias de Perguntas/Descrição	
	<i>Domínio 1</i> <i>Equipe de Pesquisa e Reflexividade</i>		
	<i>Características pessoais</i>		
1.	Entrevistador/Facilitador	Qual (is) autor (es) conduziu (m) a entrevista?	(x) sim (pg.27) () não
2.	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador?	(x) sim (pg. 27) () não
3.	Ocupação	Qual era ocupação na época do estudo?	() sim (x) não
4.	Gênero sexual	O pesquisador era homem ou mulher?	(x) sim (pg.27) () não
5.	Experiência e treinamento	Experiência e treinamento o pesquisador teve?	() sim (x) não
	<i>Relacionamento com as Participantes</i>		
6.	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes ou no início do estudo?	(x) sim (pg.27) () não
7.	Conhecimento do participante do entrevistador	O que os participantes sabiam do pesquisador? por ex. objetivos pessoais, motivos para fazer pesquisa	() sim (x) não
8.	Características do entrevistador	Quais características relatadas sobre o entrevistador/facilitador? viés, razões e interesse no tópico de pesquisa	(x) sim (pg.27) () não
9.	<i>Domínio 2</i> <i>Desenho do Estudo</i>		
	<i>Quadro Teórico</i>		
10.	Orientação metodológica e teoria	Que orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo?	(x) sim (pg.28) () não
11.	Amostragem	Como os participantes foram selecionados?	(x) sim (pg.26) () não
12.	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados?	(x) sim (pg.26) () não
13.	Tamanho da amostra	Quantos participantes estavam no estudo?	(x) sim (pg.27) () não
14.	Configuração de não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Razões?	(x) sim (pg.27) () não
15.	Configuração da coleta de dados	Onde os dados foram coletados?	(x) sim (pg.26) () não
16.	Presença de não participantes	Mais alguém estava presente além dos participantes e pesquisadores?	() sim (x) não

17.	Descrição da amostra	Quais as características da amostra?	(x) sim (pg.26) () não
	<i>Coleção de Dados</i>		
18.	Guia de entrevista	As perguntas e instruções e guias foram fornecidos pelos autores? Foi testado no piloto?	(x) sim (pg.27) () não
19.	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas.	() sim (x) não
20.	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após das entrevistas?	() sim (x) não
21.	Duração	Qual foi a duração das entrevistas?	(x) sim (pg.33) () não
22.	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	(x) sim (pg.26) () não
23.	Transcrições devolvidas	As transcrições foram devolvidas aos participantes e/ou correção?	() sim (x) não
	Domínio 3 Análise e Descobertas		
	<i>Análise de Dados</i>		
24.	Número de codificadores de dados	Quantos codificadores de dados codificaram os dados?	() sim (x) não
25.	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	() sim (x) não
26.	Derivação dos temas	Os temas foram identificados com antecedência ou derivados dos dados?	(x) sim () não
27.	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	(x) sim (pg.29) () não
28.	Verificação de participante	Os participantes forneceram feedback sobre as descobertas?	() sim (x) não
	<i>Comunicando</i>		
29.	Citações apresentada	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/descobertas?	(x) sim (pg.365 a 55) () não
30.	Dados e descobertas consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados nas descobertas?	(x) sim (pg. 35 a 55) () não
31.	Clareza dos temas principais	Os principais temas foram claramente apresentados nas descobertas?	(x) sim (pg. 35 e 42) () não
32.	Clareza dos temas menores	Existe uma descrição de diversos casos ou discussão de temas menores	(x) sim (pg. 35 a 42 e pg. 42 a 55) () não

ANEXO III – Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Lista de verificação CASP (programa de habilidades de avaliação crítica): 10 questões para ajudá-lo a entender uma pesquisa qualitativa

	<i>Seção A: Os resultados são válidos?</i>
1.	Houve declaração clara dos objetivos da pesquisa? (x) sim () não posso contar () não
2.	É uma metodologia qualitativa apropriada? (x) sim () não posso contar () não
3.	Vale a pena continuar? (x) sim () não posso contar () não
4.	A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa? (x) sim () não posso contar () não
5.	Os dados foram coletados de forma a abordar a questão de pesquisa? (x) sim () não posso contar () não
6.	A relação entre pesquisador e participantes foi considerada de forma adequada? (x) sim () não posso contar () não
	<i>Seção B: Quais são os resultados?</i>
7.	As questões éticas foram levadas em consideração? (x) sim () não posso contar () não
8.	A análise dos dados foi suficientemente rigorosa? (x) sim () não posso contar () não
9.	Existe uma declaração clara dos resultados? (x) sim () não posso contar () não
	<i>Seção C: Os resultados ajudarão localmente?</i>
10.	Quão valiosa é a pesquisa? (x) sim () não posso contar () não