



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
IONE SILVA BARROS

**POR QUE AS MULHERES NÃO FAZEM O EXAME PREVENTIVO? AS
ESTRATÉGIAS DAS MULHERES PARA ROMPEREM OS ESTIGMAS.**

Brasília

2013

IONE SILVA BARROS

**POR QUE AS MULHERES NÃO FAZEM O EXAME PREVENTIVO! AS
ESTRATÉGIAS DAS MULHERES PARA ROMPEREM OS ESTIGMAS.**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

Brasília

2013

IONE SILVA BARROS

**POR QUE AS MULHERES NÃO FAZEM O EXAME PREVENTIVO! AS
ESTRATÉGIAS DAS MULHERES PARA ROMPEREM OS ESTIGMAS.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

_____, ____ de _____ de 20_____,
Local dia mês ano

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Profa. Dra. Maria Inez Montagner
Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur
Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Dedico o esforço despendido neste estudo aos meus pais, Nilson e Elizete, sem os quais nada disso seria possível, aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado nesses anos de faculdade e, em especial aos meus professores.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por minha vida, família e amigos, e pela saúde, que o Senhor me concedeu durante toda a jornada de estudos.

A minha família, em especial aos meus pais, Nilson e Elizete, por todo apoio, sem eles eu não teria chegado até aqui e conseguido vencer as adversidades da vida universitária. Por toda paciência, incentivo, amor e carinho, que me deu confiança para alcançar os meus sonhos. A minha amiga Raimunda Pinheiro, por todo carinho e seu cuidado para comigo. Amo vocês!

Aos meus professores, M^a Inez Montagner e Miguel Ângelo Montagner, meus orientadores, educadores e amigos, por toda ajuda, dedicação e paciência para ensinar, por acreditar em mim e exigir sempre o melhor, guiando-me ao caminho para que me tornasse uma profissional comprometida com a excelência do meu trabalho.

Aos meus amigos do Curso de Saúde Coletiva, amigos para toda vida. Nós vivemos momentos inesquecíveis juntos, momentos de alegria, felicidade e comemoração e também de medo e insegurança antes de cada prova e apresentação de trabalhos. Obrigado pelo apoio e amizade!

Agradeço também a todos os professores da Faculdade de Ceilândia-FCE/UnB, que contribuíram direta e indiretamente para a minha formação acadêmica e profissional.

Agradeço também ao Dr. Fernando Natal, Sueli de Freitas Barbosa Otoni, Nayane Cabral e Vanessa de Castro, da Secretaria de Saúde – SES/DF, pelo grande apoio na concretização deste trabalho. E também as mulheres do Centro de Saúde 11, que gentilmente se dispuseram a participar das entrevistas, sem vocês a pesquisa não seria possível.

“As enfermidades são os resultados não só dos nossos atos como também dos nossos pensamentos”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

O câncer constitui um problema de Saúde Pública, cuja prevenção e controle deverão continuar a ser priorizados em todos os Estados, mesmo naqueles onde, aparentemente, a população ainda apresenta um menor risco de adoecimento. No Brasil, o câncer do colo do útero alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de extratos sociais e econômicos mais baixos. Estudos revelam que existe a associação entre o câncer de colo uterino e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo. O intuito deste trabalho é compreender os motivos que afastam as mulheres da procura por um diagnóstico precoce para o câncer do colo uterino. Assim buscaremos abarcar as estratégias que essas mulheres desenvolvem e como a falta de informação poderá ser um dos fomentadores do estigma sobre esse tipo de câncer. A pesquisa como um todo foi dividida em três momentos distintos. O primeiro momento compreende a leitura bibliográfica referente ao tema, que resultou numa revisão bibliográfica. O segundo momento foi dedicado à pesquisa de campo, entrevistas com as mulheres que realizaram o exame preventivo no Centro de Saúde 11 de Ceilândia, cidade que fica há 26 quilômetros de Brasília e também entrevistas nas residências das mulheres que não compareceram para realizar o exame preventivo previamente marcado, nessa mesma localidade entre os meses janeiro e fevereiro de 2013. O terceiro momento da pesquisa compreende a análise dos dados. As mulheres que foram realizar o exame preventivo reconheciam a necessidade de fazê-lo anualmente. Estas informantes tinham a consciência da necessidade exame quando se tem parentes com câncer. Sobre os locais que realizam o exame preventivo no Distrito Federal as mulheres foram unânimes ao responderem que poderiam fazer a coleta em qualquer Centro de Saúde. Mesmo as mulheres que não compareceram para realizar o exame preventivo previamente agendado reconhecem importância de sua realização, para essas mulheres o câncer do colo do útero é tido como algo perigoso e preocupante. Entender o universo coletivo dessas mulheres e os motivos que as levou a realizar o exame ou não é um desafio para as ações e serviços no que se refere à saúde da mulher. Os estigmas do não comparecimento no Centro de Saúde para realizar o exame preventivo. Enquanto profissional de Saúde Coletiva a nossa missão é procurar entender o universo desse coletivo para fornecer informações sobre o exame preventivo para que futuramente os estigmas sejam amenizados nesse grupo social.

Palavras-chaves: Câncer do colo do útero, Exame preventivo, Papanicolaou, Estigma, Estratégias.

ABSTRACT

Cancer is a public health problem, and its prevention and control should continue to be prioritized in all states, even those where, apparently, the population still has a lower risk of disease. In Brazil, cancer of the cervix reaches high rates of prevalence and mortality in women of social classes and economic lower. Studies show that there is an association between cervical cancer and low socioeconomic status in all regions of the world. The aim of this work is to understand the reasons which exclude women from looking for an early diagnosis for cancer of the cervix. So seek to embrace the strategies that these women and develop a lack of information may be one of the promoters of stigma about this kind of cancer. The survey as a whole was divided into three distinct periods. The first time includes reading literature on the topic, which resulted in a literature review. The second time was devoted to field research, interviews with women who were examined at Posto de Saúde Número 11 (Center for Preventive Health) in Ceilândia, a city that is 26 kilometers from Brasília (Distrito Federal) and also interviews at homes of women who did not attend the exam for preventative previously marked in the same location between the months of January and February in 2013. The third stage comprises the search data analysis. Women who were taking the exam preventive recognized the need to do it annually. These informants were aware of the need to take when the person has relatives with cancer. About the sites that perform the Pap smear in DF, women were unanimous in responding that could make collecting any Health Center. Even women who did not attend the exam previously scheduled preventive recognize the importance of their achievement. For these women cancer of the cervix is viewed as something dangerous and disturbing. Understanding the collective universe of these women and the reasons why led them to take the exam or not is a challenge for the actions and services in relation to women's health. The stigmas of non-attendance at the Health Center conduct the screening. While professional Public Health, our mission is trying to understand the universe of this collective to provide information about preventive screening for future stigmas are mitigated in this social group.

Keywords: Cancer of the Cervix, Preventive Exam, Pap, Stigma, Strategies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 - Fluxo do exame preventivo do câncer do colo do útero –

Ceilândia/DF.....42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de números de casos por câncer, segundo sexo e localização primária.....	40
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVO GERAL E ESPERCÍFICOS.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4. METODOLOGIA.....	18
5. CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA.....	21
6. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS.....	22
7. ASPECTOS BIOMÉDICOS.....	24
7.1 O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL.....	26
7.2 ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	31
7.2.1 Agentes Comunitários de Saúde - ACS.....	32
7.2.2 Médico.....	32
7.2.3 Enfermeiro.....	32
7.2.4 Auxiliar Técnico de Enfermagem.....	33
7.3 DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	33
7.3.1 Exame preventivo.....	33
7.3.2 Coleta do material.....	34
7.3.3 Protocolo de realização do exame preventivo.....	34
7.4 CAMPANHAS EDUCATIVAS.....	35
8. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	38
8.1 A MUDANÇA DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO OCORRIDA NO BRASIL....	39
8.2 O NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL.....	39
8.3 O DISTRITO FEDERAL E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	40
8.4 MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL.....	40
8.5 RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO DF: PRINCIPAIS PROBLEMAS.....	41
9. A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO ONCOLÓGICAS.....	42
9.1 ATENÇÃO BÁSICA/ ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	43

9.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE/ ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	44
9.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE/ ATENÇÃO TERCIÁRIA.....	44
9.4 DIRETRIZES PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	45
10. CONQUISTA POLÍTICA OU SOCIAL PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	45
10.1 AS POLÍTICAS GERAIS QUE SE APLICAM AO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL NO ÂMBITO DO SUS.....	46
10.2 AS POLÍTICAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL.....	46
11. PERCURSOS METODOLÓGICOS DO TRABALHO: CÂNCER COMO ENFERMIDADE.....	47
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE I - Questionário para identificação do perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa.....	58
APÊNDICE II - Questionário para identificação do perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa.....	60
ANEXO I - Termo de Consentimento livre e Esclarecimento.....	62

1. INTRODUÇÃO

O câncer constitui um problema de Saúde Pública, cuja prevenção e controle deverão continuar a ser priorizados em todos os Estados, mesmo naqueles onde, aparentemente, a população ainda apresenta um menor risco de adoecimento (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

No Brasil, o câncer do colo do útero alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de extratos sociais e econômicos mais baixos. Estudos revelam que existe a associação entre o câncer de colo uterino e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Os grupos mais vulneráveis estão onde existem barreiras de acesso à rede de serviços de saúde, para detecção e tratamento da patologia e de suas lesões precursoras, advindas das dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo, desconsideração de sintomas importantes e preconceito (CASARIN; PICCOLI, 2011).

No que se refere à etiologia, sabe-se atualmente que, para o surgimento do câncer do colo do útero, a condição necessária é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Em geral, os cânceres de colo são ocasionados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV, sendo que os mais comuns são HPV 16 e o HPV 18. Além do HPV existem outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor: tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais (SILVA, 2010).

No Brasil (INCA, 2011), a estimativa atual deste tipo de câncer é de 17.540 casos novos por ano, com um risco estimado de 17,5 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este é o tipo de câncer mais incidente na Região Norte (24/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (28/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupam a terceira posição e nas regiões Sudeste (16/100.000) e Sul (14/100.000), a quarta.

O câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente, podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. O controle dessa doença dispõe de

tecnologia de baixo custo para a prevenção e detecção através do esfregaço do citopatológico, porém para a obtenção de um impacto epidemiológico na frequência do câncer uterino é necessário 85% de abrangência da população feminina. Porém, estima-se que cerca de 40% das mulheres nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Esta monografia foi constituída por um olhar mais voltado para as ciências sociais, ou seja, busca entender como as mulheres utilizam os serviços de saúde preventivos e o significado do câncer para a procura e adesão a uma determinada prática de saúde.

A pesquisa que resultou nesta problematização foi motivada pela constatação de que a principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença é através da realização do exame citopatológico preventivo do câncer do colo do útero, conhecido popularmente como exame de Papanicolau. As mulheres com idade entre 25 e 64 anos, que já tiveram atividade sexual, estão mais sujeitas à ocorrência de lesões que podem evoluir para o câncer quando não tratadas. É possível reduzir a ocorrência de novos casos com o diagnóstico e tratamento adequado das lesões iniciais. Com isso buscamos compreender o que pensam as mulheres que fazem o exame preventivo e também as que não fazem esse exame.

A relevância do estudo se pauta na asserção de que uma das maiores preocupações ao se falar do câncer de colo de útero é que ele é previsível e pode ser prevenido, ou seja, quando se consegue diagnosticar as lesões precursoras e realizar o tratamento adequado não há o risco de morte por câncer de colo de útero. Os dados sobre a morte por câncer são alarmantes, de 2006 a 2011 ocorreram no Distrito Federal 85 mortes por ano, numa média de uma morte por semana, de mulheres pobres e de prole numerosa (Inca). Mesmo que as mulheres não morram, uma vez diagnosticadas com câncer, a qualidade de suas vidas torna-se ruim, e para essas mulheres, percebemos que a informação e a intervenção chegaram tarde.

A morte por câncer de colo de útero é sofrida, o aparelho urinário e excretor para de funcionar e a solução é ministrar remédios para que a dor seja “suportável”. Pensamos então que a falta de informações e o estigma que as doenças denominadas câncer, indiferente sua localização, fazem com que um número expressivo de mulheres fuja do diagnóstico, talvez por crer que não importa o estadio da doença, a morte será o desfecho final.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico, realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA et al, 2009; ARBYN et al, 2009; INCA, 2011).

Quanto mais mulheres compreenderem a importância e os benefícios de se fazer o exame, mais precoce será a detecção das lesões precursoras e conseqüentemente maiores chances de tratamento.

A pesquisa trará grandes contribuições para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pois o estudo se propõe mostrar o que pensam as usuárias que fazem o exame, os motivos da não adesão ao exame preventivo e também apresentaremos a descrição do fluxograma do exame. Com isso a Secretaria de Saúde/ DF (gestor de saúde), poderá repensar a forma como esses serviços estão sendo ofertado pela rede, ou seja, se de fato a prática contempla o universo social das mulheres.

2. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral da pesquisa é compreender os motivos que afastam as mulheres da procura por um diagnóstico precoce para o câncer do colo uterino. Assim buscaremos abarcar as estratégias que essas mulheres desenvolvem e como a falta de informação poderá ser um dos fomentadores do estigma sobre esse tipo de câncer.

Enquanto que os objetivos específicos são: descrever o fluxograma do exame preventivo (Papanicolaou) da Rede de Saúde na qual o Centro de Saúde 11 da Regional de Ceilândia está inserido; mostrar o que pensam as mulheres que realizam o exame preventivo do câncer do colo do útero no Centro de Saúde 11; identificar o que afastam as mulheres da Expansão do Setor “O” Ceilândia Norte/DF, com exame previamente agendado a faltarem no dia do exame preventivo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Montagner e Montagner (2011, p.203), o conceito de doença faz parte do conhecimento biomédico e por essa razão optou-se por usar o termo enfermidade, muito mais ligado aos fatores sociais e econômicos decorrentes/confluentes do processo de adoecimento. Mais do que as condições de saúde, dos sintomas ou mesmo da doença propriamente dita, percebemos que as questões sociais (incluindo aqui as questões religiosas) e econômicas são preponderantes e importantes na compreensão e nas estratégias para lidar com os sistemas de saúde e com o tratamento da enfermidade.

O câncer, em especial o câncer de colo de útero, que é o nosso objetivo nesse trabalho, está intimamente associado às experiências que fazem parte da realidade social e coletiva, muito além do diagnóstico biomédico (não descartando sua importância) ou de subjetividades filosóficas e místicas.

Quanto à análise dos motivos pela procura tardia do diagnóstico, a proposta é de se considerar a conduta dos atores a partir do impacto que determinadas situações podem causar, em especial o diagnóstico e o estigma ocasionado por algumas doenças. Nettleton (2006, p.85) afirma que é interessante observar o impacto que as enfermidades, em especial as crônicas, promovem na vida das pessoas. Ao se abalar a confiança no corpo, a incerteza torna-se mais onipresente. Isto coloca em evidência as estratégias para administrar tanto a identidade pessoal como as consequências emocionais e práticas da enfermidade. Nem todas as pessoas são impactadas da mesma maneira em um episódio de enfermidade, e cada enfermidade já traz consigo o peso histórico de sua origem, suas condições morais, em suma, suas representações sociais mais amplas. Nossa intenção não será estudar as representações sociais em torno do câncer, mas assumimos a sua existência na nossa sociedade, na linha de pensamento de Sontag (1984).

Utilizamos como referencial teórico base o conceito de estratégia, proposto pelo sociólogo Michael Bury. Este autor é referência mundial no estudo de doenças crônicas, e aponta caminhos teóricos há algum tempo. Recentemente teve seu artigo mais citado e que ocasionou uma onda de estudos na mesma linha traduzido para o português (Bury, 2011).

Bury propõe a análise das respostas pessoais para a adaptação em termos de “estratégia”. O conceito de estratégia refere-se a ações das pessoas provenientes da enfermidade, como um resultado empírico e prático à administração dos problemas que envolvem sua condição (1997, p.131). Assim, o autor alerta para o cuidadoso exame do contexto social antes da inferência de opiniões e, mais ainda:

Na verdade, o termo “estratégia” traz à luz com mais clareza as “regras e recursos” da hierarquia social do que o termo *coping*. Ao mesmo tempo em que “recursos” pode se referir à energia e o esforço que os indivíduos na adaptação, ele igualmente chama a atenção para o nível de apoio disponível na realidade social mais ampla (Bury, 1997, p.131).

Nossa proposta analítica foi a de analisar os esforços dos enfermos por gerenciar o próprio cotidiano considerando em especial os suportes materiais e o apoio das redes sócio-familiares na procura pelo diagnóstico do câncer de colo uterino. As estratégias para se lidar com a enfermidade envolvem a pessoa em sua relação com o meio social, político e econômico, portanto também causador de estigmas. O estigma passa a ser então um dos esteios de nossa análise.

As mudanças que uma enfermidade acarreta nem sempre são conhecidas pelas pessoas, ao contrário dos estigmas que ela promove. Segundo Goffman (1978, p. 12), o estigma significa uma alteração no modo de apreciar o outro, ao considerarmos somente a Identidade Social Virtual do indivíduo (o estereótipo) e não a Identidade Social Real (os atributos reais), sejam os sinais estigmatizantes sejam visíveis (desacreditados) ou não (desacreditáveis), mas sempre são de alguma forma, reconhecidos pelos outros e, dificultam a disposição das pessoas nas interações sociais. A proposta de Goffman foi a de se pensar o indivíduo interagindo no processo e nas situações sociais cotidianas.

O estigma é o resultado de um conceito social discriminatório, que se relaciona com a experiência pessoal tanto de quem discrimina como de quem é discriminado e é constituído dependendo da região onde as pessoas nasceram e foram criadas, de seu grau de escolaridade, da proximidade e/ou da necessidade de utilizar os serviços dos centros de atendimento médico e da força e do impacto que a mídia exerce.

No caso do câncer de colo de útero, que não é visível, o problema é conseguir manter o ‘segredo’ sobre sua enfermidade. Trata-se de uma característica ou estigma desacreditável, pois apesar de não ser prontamente visível, põe em jogo uma série de

estratégias de ocultamento e de gerenciamento pelo indivíduo. Os fatores que os fazem manter o ‘segredo’ nem sempre é por vergonha, algumas pessoas ainda tem a crença que o câncer é uma doença transmissível e ter contato próximo e físico ainda os faz temer o contágio, ou ainda, o câncer de colo de útero é um desvio moral, seu portador é uma pessoa que não consegue se livrar de seus ‘maus sentimentos’, como por exemplo, o ódio.

Assim, nosso intuito foi relacionar todos os aspectos estigmatizantes com as estratégias usadas pelas mulheres, tanto em ocultar como a evitar o diagnóstico e as situações que colocam sua identidade “em risco”.

4. METODOLOGIA

Portanto, esse estudo é qualitativo, na perspectiva das ciências sociais. Esse tipo de abordagem permite o aprofundamento das relações entre as experiências dos sujeitos e seus grupos de pertencimento, e, o contexto sociocultural no qual se inserem. Segundo Minayo, a pesquisa qualitativa trabalha ainda “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1994, p.22).

A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada proposta por Merton (1956), que ele nomeia focada, como técnica para a coleta dos dados, pois ela permite uma maior interação e aproximação entre o entrevistador e o entrevistado, priorizando atitudes, valores e opiniões de mulheres que já contam com sérias mudanças de suas rotinas, esperando captar as ideias, crenças, condutas e comportamentos além das suas condições socioeconômicas e culturais específicas. A entrevista pode e deve ser direcionada pelo interesse da pesquisadora e pelas intenções declaradas do trabalho de coleta de dados. Apesar da interação ser “livre”, há um esforço pelo entrevistador em manter a interação “focada” pelo tema escolhido, dentro das dificuldades e desafios do trabalho de campo.

Para analisar as informações coletadas utilizamos a análise de conteúdo, proposta por Bardin. Essa técnica é definida pela autora como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1979, p.48).

A exposição dos relatos de nossas informantes seguiu a lógica ilustrativa, ou seja, o pontilhamento das discussões teóricas e os resultados com trechos exemplares de seus conteúdos. Esse procedimento serviu como recurso de escrita, mas também com o intuito de restituir a versão daquele que fala, a qual se agrega a versão da graduanda e de seu orientador.

Este estudo sociológico foi realizado a partir de pesquisa de campo e observação participante no Centro de Saúde 11 da localidade de Ceilândia – Distrito Federal.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – FEPECS/SES/DF (protocolo de aprovação número 00752712.2.0000.5553/2012). O nome das informantes foi preservado, escolhendo assim nome de flores para garantir o sigilo. Em suma, os preceitos da Resolução 196/96 foram atendidos.

A pesquisa como um todo foi dividida em três momentos distintos, mas com vínculos estreitos. O primeiro momento compreende a leitura da bibliografia referente ao tema que resultou em uma revisão bibliográfica (scielo, bireme, livros e publicações do site do Instituto nacional do Câncer). O segundo momento foi dedicado ao trabalho de campo junto às mulheres. O terceiro momento da pesquisa compreende a análise dos dados.

Participaram dessa pesquisa dois grupos de mulheres. Do primeiro grupo entrevistei dezessete (17) mulheres que procuraram o Centro de Saúde para a realização do exame preventivo e do segundo grupo visitei dezesseis (16) mulheres que marcaram o exame só que não compareceram para a coleta.

A abordagem inicial das participantes do primeiro grupo foi realizada por ocasião de sua ida à unidade para realizar o exame preventivo previamente agendado. Após apresentação da pesquisa às mesmas, procedeu-se a entrevista para os casos positivo de participação, a qual foi direcionada pelo roteiro com perguntas semiestruturadas que continha inicialmente questões sobre os dados de identificação da entrevistada e de seu perfil socioeconômico e questões com os seguintes questionamentos: Porque você está aqui no Centro de Saúde? Quando falo do câncer do colo do útero o que lhe vem à mente? Você tem vida sexual ativa? Quando falo de exame preventivo o que lhe vem à mente? Para você o que é o exame preventivo? Quantas vezes já fez? Durante as entrevistas foram feitos alguns

questionamentos como: Por quê? Pode explicar melhor? Gostaria de falar mais alguma coisa? (APÊNDICE I).

No caso do grupo das mulheres que procurei em suas residências, obtive o seguinte resultado: dezesseis visitadas apenas duas (2) estavam em suas residências, quanto as quatorze, duas (2) estavam trabalhando, quatro (4) o endereço era inexistente, sete (7) não morava na área de cobertura do Centro de Saúde, uma (1) não morava no endereço, era de parentes.

Desse segundo grupo de mulheres as entrevistas foram realizadas em suas residências e que se encontravam dentro dos critérios de inclusão, quais sejam: vida sexual ativa, ida ao serviço de saúde para realização do exame colpocitológico ou não, concordar em participar do estudo como voluntária, desde que orientada auto e consciente.

Quanto ao endereço das participantes do segundo grupo, eles nos foram entregues pela profissional de saúde que era responsável pela agenda das mulheres. Essa profissional nos informava o nome daquelas que agendaram a coleta do exame preventivo, mas não foram realizar.

A abordagem das mulheres em suas residências se deu pelo fato delas não comparecerem ao Centro de Saúde para a realização da coleta do exame que já estava agendado. Após apresentação dos objetivos da pesquisa, procedeu-se a entrevista para os casos positivo de participação, a qual foi direcionada pelo roteiro com perguntas semiestruturadas que continha inicialmente questões sobre os dados de identificação da entrevistada e de seu perfil socioeconômico que continha os seguintes questionamentos: Você tinha uma consulta tal dia no Centro de Saúde 11, porque não compareceu? Era para fazer o que sua consulta? Você está sentindo algum desconforto dor ou algum outro sintoma? Você se sente segura com o tratamento que o Centro de Saúde lhe proporciona? Quem indicou esse exame? Você tem vida sexual ativa? Para você o que é o exame preventivo? Quantas vezes já fez? Para que serve o exame? (APÊNDICE II)

Quanto às mulheres do primeiro e segundo grupo, as entrevistas ocorreram em janeiro e fevereiro de 2013. Foram realizadas no Centro de Saúde 11 da Regional de Ceilândia – HRC, no corredor em frente à sala da mulher. As entrevistas foram realizadas nesse local porque as mulheres ficavam sentadas no banco esperando serem chamadas para a

coleta do exame preventivo. As entrevistas das duas mulheres que não foram realizar a coleta as entrevistas foram em suas próprias residências e ocorreram na sala de estar.

As entrevistas, com a anuência dos sujeitos, em sua maioria foram gravadas; Algumas recusaram a gravação, caso em que as informações fornecidas foram registradas em bloco de notas. Posteriormente, todas as gravações foram transcritas, por mim, na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade dos relatos e evitar a perda de informações relevantes.

Conforme rotina do serviço (coleta do material para realização do exame preventivo) o exame preventivo é realizado todas as quintas-feiras, no período matutino, mas às vezes o exame é ofertado as segundas e quartas respectivamente no período matutino.

5. CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DA PESQUISA

A cidade de Ceilândia (Região Administrativa IX) está localizada a 26 quilômetros do Plano Piloto (Brasília), surgiu em decorrência da Campanha de Erradicação de Favelas – CEI que foi o primeiro projeto de erradicação de favelas que aconteceu no Distrito Federal, na época, realizado pelo governo local. As remoções para a nova cidade foram iniciadas em 27 de março de 1971, estabelecendo a data de sua fundação a partir da transferência cerca de 80.000 moradores das favelas da Vila do IAPI, Vila Tenório, Vila Esperança, Vila Bernardo Sayão e Morro do Querosene. Foi criada pela Lei n.º 49/89 e o Decreto n.º 11.921/89, por desmembramento da RA III – Taguatinga. (CODEPLAN, 2011)

Ceilândia está subdividida em diversos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê, e condomínios que estão em fase de legalização como o Pôr do Sol e Sol Nascente (CODEPLAN, 2011).

Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2010, a população urbana de Ceilândia é de 398.374 habitantes enquanto no ano de 2004 era de 332.455. A taxa média geométrica de crescimento anual da Ceilândia, entre as duas PNADs 2004-2010, ainda é alta - 3,1%, considerando que, no Distrito Federal com os Censos de 2000 e 2010, essa taxa foi de 2,3%. Isto se explica, em parte, pela influência da migração interna, principalmente, com o surgimento dos condomínios Sol Nascente e Por do Sol. De

acordo com Administração Regional de Ceilândia, hoje sua população está em torno de 600 mil habitantes. (CODEPLAN, 2011).

A área urbana da Ceilândia é de 29,10 Km², apresentando uma alta densidade demográfica de 13.689 habitantes/ Km² em 2010, superior à do Distrito Federal que é de 9.701,27 habitantes/ Km² (2.476.249 residentes urbanos e uma área urbana de 255,25 Km²). Do total de habitantes da RA 24,5% tem até 14 anos de idade e 64,3% concentram-se no grupo de 15 e 59 anos, responsável pela força de trabalho. Os demais 11,2% estão na faixa de 60 anos ou mais. A maior parte da população é constituída por mulheres, 52%. A razão de sexo, que é expressa pelo número de homens para cada 100 mulheres, foi de 92,3 acima da registrada no Distrito Federal de 90,7 (CODEPLAN, 2011).

Da população total de Ceilândia 30,9% são estudantes, sendo que desta, cerca de $\frac{3}{4}$ estudam em Escola Pública. Em relação ao grau de instrução da população, apenas 3,0% se declararam analfabetas sendo que a maior participação concentra-se na categoria dos que têm somente o primeiro grau incompleto – 36,4%. Já os que concluíram o curso superior incluindo mestrado e doutorado, somam 4,5% (CODEPLAN, 2011).

A pesquisa foi realizada na Expansão do Setor O, um bairro da Região Administrativa de Ceilândia, como indica o próprio nome é uma extensão do setor O, compreende as quadras QNOs 16, 17, 18, 19 e 20. Abrangem mais de 36 mil habitantes e estes podem contar com o apoio das seguintes escolas Centro de Ensino Fundamental nº 17, Escola Classe 53, Escola Classe 56, Escola Classe 60 e Escola Classe 55. Existe Também na localidade o posto de saúde nº 11 de Ceilândia, onde foram entrevistadas as mulheres que participaram desta pesquisa.

6. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

É indiscutível a existência da Medicina Social como um tema tão antigo quanto a reflexão sobre o homem e a sociedade (Rosen, 1983). Desde o início deste século, porém, sociólogos e antropólogos aportaram uma atribuição muito importante ao demonstrar, através de estudos empíricos, o fato de que doença e a morte não se reduzem a uma evidência “orgânica”, “natural”, “objetiva”, mas estavam intimamente relacionadas com as

características de cada sociedade. Isto é, revelaram que a doença é uma realidade construída e que o doente é uma personagem social (Minayo, 2004).

A questão da saúde, no interior das lutas das classes trabalhadoras, sai do campo estritamente médico e vai para a arena do conjunto das reivindicações por direitos sociais, entre os quais se coloca o direito ao serviço e assistência médica (Minayo, 2004).

Saúde/doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engedram atitudes, comportamentos e revelam concepções de mundo. Através da experiência desse fenômeno as pessoas falam de si, do que rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico-político e cultural. Saúde/doença são também metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma (Minayo, 2004).

A atribuição de causas endógenas e exógenas ao fenômeno da saúde/doença constitui uma atitude universalmente comprovada. É no indivíduo que essas concepções se unificam: é ele que sofre os males ou detém a saúde. Doença é sinônimo de infelicidade individual e coletiva: representa o rompimento do homem com seus limites estabelecidos pelas normas e regras da sociedade. Saúde significa bem-estar e felicidade: ela própria, explicitamente ou no “silêncio do corpo”, é a linguagem preferida da harmonia e do equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e seu ecossistema (Minayo, 2004).

Cada sociedade tem suas doenças que consideramos metáforas. São enfermidades que a, a partir do imaginário social, perpetuam na coletividade a ideia de perenidade do mal e de limites do ser humano frente à ameaça da morte. São doenças que, por criarem um clima de medo, de catástrofe e de desordem, tendem a ser usadas ideologicamente e politicamente como meios de recompor a harmonia social (Minayo, 2004).

Segundo Montagner e Montagner (2011, p.203), a maneira como as pessoas lidam com a enfermidade inscreve-se também no modo de vida de seu grupo social e nas suas condições de vida.

Michael Bury distingue três aspectos da experiência ao tratar do conceito de enfermidade crônica, procurando entender as relações entre a enfermidade e a sociedade:

O primeiro aspecto é a *ruptura biográfica* causada pela enfermidade e as tentativas iniciais em lidar com a incerteza que ela traz; o segundo é o *impacto do tratamento* na vida cotidiana, quando isto é relevante; e o terceiro é a *adaptação e gerenciamento* de longo prazo da enfermidade e das sequelas, as quais são

empreendidas pelas pessoas ao responder à situação e tentar reconstruir sua vida normal [itálicos do autor]. (Bury, 1997. p. 130)

7. ASPECTOS BIOMÉDICOS

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos (MS, 2006).

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arrançadas de forma bastante ordenada. Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I - NIC I – Baixo Grau (anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estamos diante de uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II - NIC II – Alto Grau. Na Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III - NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal (MS, 2006). A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas essas etapas (MS, 2006).

Historicamente, a associação do vírus HPV com o câncer do colo do útero começou em 1949, quando o patologista Georgio Papanicolaou introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar a doença: o exame Papanicolau. Esse exame permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-maligna, possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

O Papiloma vírus humano - HPV é um DNA-vírus do grupo papilomavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em dois grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros cofatores, têm relação com o desenvolvimento

das neoplasias intraepiteliais e do câncer invasor do colo do útero, da vulva, da vagina e da região anal. A infecção é de transmissão frequentemente sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região ano genital.

De acordo com o Programa Nacional de Controle do câncer do colo do útero, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal.

Na década de 70, o conhecimento acerca de etiologia da doença teve considerável avanço. Estudos constataram que tal associação implicava na presença de um agente etiológico de transmissão sexual. Harold zur Hausen, um infectologista alemão, constatou que o Papiloma Vírus Humano (vírus HPV) poderia ser esse agente estabelecendo inicialmente a relação do vírus com as verrugas e condiloma (ZUR HAUSEN, 1988).

Com o advento da clonagem molecular e a utilização desta tecnologia na replicação do genoma do Papiloma Vírus, nos anos 1990 outros aspectos da infecção foram melhor analisadas. O avanço da tecnologia molecular possibilitou a identificação do DNA do vírus HPV em amostras de tecidos de carcinoma cervicais.

Casos de carcinoma sem presença do vírus HPV são raros e supõe, nestas situações, que o carcinoma não foi originado pela infecção viral ou possa ter ocorrido falha na detecção do vírus HPV (Bostch FX, Munoz N. 2002). Estudos posteriores mostraram que a sua progressão depende não somente da presença do vírus, mas também do tipo de vírus, da persistência da infecção e da evolução das lesões precursoras para o carcinoma invasivo (Internacional Agency for Research on Cancer, 2005).

Os vírus podem ser de baixo e de alto grau para o desenvolvimento do câncer. Baixo Risco – HPVs de tipos 6, 11, 42, 43 e 44, encontrados na maioria das verrugas genitais e papilomas laríngeos, parecem não oferecer nenhum risco de progressão para malignidade. Alto Risco – HPVs de tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56,58, 59 e 68 tem probabilidade maior de persistir e estarem associados a lesões pré- cancerígenas e tumores genitais.

A vacina contra o HPV é uma promissora ferramenta para o combate a esse câncer, porém ainda é uma prática distante da realidade dos países de baixa e média renda, em razão de seu alto custo. Sendo assim, o rastreamento organizado é a melhor estratégia para

redução da incidência e da mortalidade por essa neoplasia. Além disso, as vacinas disponíveis hoje no mundo não conferem imunidade contra todos os tipos de HPV. Estão registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) as vacinas quadrivalente (HPV 6,11,16 e 18) e bivalente (HPV 16 e 18) contra o câncer do colo do útero, indicadas para mulheres com idade de 9 a 26 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações permanece em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se tornar uma das ferramentas para o controle do câncer do colo do útero no futuro (INCA, 2011).

7.1 O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

Os primeiros programas de rastreamento populacional do câncer do colo do útero surgiram em algumas regiões dos Estados Unidos, na década de 1950 (HAKAMAL *et al.*, 1985, apud TEIXEIRA, 2012) a Noruega criou um programa desse tipo ainda em 1959; no ano seguinte, a Dinamarca também implantou um programa de rastreio. Nos anos 1960, vários países nórdicos criaram programas similares e, em 1966, o rastreamento do câncer do colo do útero já fazia parte do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (LO WY, 2010, apud TEIXEIRA, 2012).

Nesse período, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) passou a ver o câncer do colo do útero como um importante problema de saúde pública nos países da América Latina. A partir da constatação dos altos índices da doença na região, e de que na maioria desses países as ações de prevenção eram muito restritas, a OPAS passou a propor a elaboração de programas específicos para o controle da doença a partir da utilização maciça do teste de Papanicolau (HORWITZ, 1972, apud TEIXEIRA, 2012).

A partir de então, alguns médicos brasileiros começam a advogar a utilização de campanhas e programas para o rastreamento do câncer do colo do útero como forma mais adequada de controle da doença para o país (TEIXEIRA, 2012). Em meados dos anos 1960, começam a surgir, ainda de forma desconexa, algumas campanhas de rastreamento desse câncer. Porto Alegre, Bahia, e principalmente São Paulo foram precursores dessas iniciativas (TEIXEIRA, 2012).

A prevenção do câncer do colo do útero começava a deixar o âmbito dos consultórios particulares, hospitais especializados e gabinetes ginecológicos e se transformava

numa atividade atinente à saúde pública. Seguindo a linhas das campanhas de rastreamento populacional norte-americanas e europeias, essas iniciativas tinham como base a utilização da citologia exfoliativa como análise inicial, prevendo o uso da colposcopia e se necessário da biópsia em casos onde a análise das lâminas mostrasse alguma anormalidade (TEIXEIRA; LO WY, 2011, apud TEIXEIRA, 2012).

O Programa de Controle de Câncer Cervical de Campinas (SP) foi a primeira experiência desse tipo com uma grande envergadura e continuidade temporal posta em prática no país. Seu surgimento remonta a 1965, quando foi criado o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas, então liderado pelo médico José Aristodemo Pinotti, que havia se especializado na Europa. O programa conseguiu uma escala de atendimento sem precedentes no país, e em dez anos seu número de exames citológicos anuais se elevou de 461 a 19.195 sendo que as atipias encontradas, ou seja, células estranhas com núcleo fora do normal, passaram a declinar a partir do seu quarto ano de existência (PINOTTI; ZEFERINO, 1987, apud TEIXEIRA, 2012).

No final da década de 1960, algumas instituições paulistas começaram a elaborar campanhas para o controle do câncer do colo do útero que seguiam a metodologia do programa de Campinas. A primeira delas foi o Hospital Filantrópico São Camillo, que criou um instituto de prevenção e tratamento de câncer ginecológico em 1967, com fundos próprios e do Estado, que passou a ser liderado pelo ginecologista Sampaio Góes (TEIXEIRA, 2012).

Em 1968, Sampaio Góes inaugurava uma nova instituição direcionada à prevenção do câncer de colo do útero. O Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Obstetrícia e Ginecologia (IBEPOG), também criado em associação com o governo estadual, patrocinou diversas campanhas contra o câncer do colo do útero no Estado (TEIXEIRA, 2012).

Em 1972, Sampaio Góes foi alçado ao cargo de diretor da Divisão Nacional de Câncer (DNC), do Ministério de Saúde. Sua passagem pelo cargo teria como marca o desenvolvimento de ações inovadoras. Na sua gestão, foi criado o Plano Nacional de Controle de Câncer (PNCC) que, entre seus diversos objetivos, enfatizava a ampliação das ações de prevenção ao câncer de colo do útero pelo incentivo à utilização da citologia exfoliativa (TEIXEIRA, 2012).

Em 1975, Góes deixou o DNC e retornou a São Paulo, onde implantou um programa estadual de prevenção ao câncer do colo do útero baseado em suas experiências anteriores na cidade e no trabalho efetuado por Pinotti em Campinas. Caracterizado como um programa permanente, liderado pela Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO) – criada em 1974 e por ele dirigida –, o programa integrava os postos de saúde do estado e dos municípios, alguns consultórios privados e até algumas unidades móveis (ônibus e vagões de trens) que serviam como base para a coleta de exames (TEIXEIRA, 2012).

Nesse mesmo período, em âmbito nacional, novas iniciativas em relação ao câncer do colo do útero começavam a ser postas em prática. A partir do final dos anos 1970, em meio à crise que prenunciou o fim da ditadura, as reivindicações de diversos setores sociais pela ampliação do acesso aos serviços de saúde possibilitaram a criação de novos programas federais de prevenção ao câncer do colo do útero (TEIXEIRA, 2012).

Apesar dessas iniciativas, em meados da década de 1980, o controle do câncer de colo do útero no país ainda era bastante incipiente, apresentando resultados pouco promissores (TEIXEIRA, 2012).

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. Em que pese à baixa cobertura do PAISM, a principal contribuição desse Programa ao controle do câncer do colo do útero foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (INCA, 2011).

O programa PAISM funcionava numa parceria do Governo Federal com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, as universidades e hospitais de câncer, visando, entre outras metas, a dar apoio a campanhas educativas que pudessem redundar na ampliação da detecção do câncer do colo do útero e a implantação de um sistema de informação para monitorar as ações do programa (ABREU, 1997, apud TEIXEIRA, 2012).

Pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Câncer, durante este ano (1984), mostrou que naquele momento, apenas 7% das unidades básicas das Secretarias de Saúde efetuavam testes citológicos (TEIXEIRA, 2012).

No âmbito da medicina previdenciária, não havia informações sobre a realização desses exames, sendo que um cálculo a partir das consultas ginecológicas realizadas permitia

avaliar que menos de 16% das mulheres brasileiras, acima dos 15 anos, haviam se submetido ao exame (AQUINO *et al.*, 1986, apud TEIXEIRA, 2012).

Somente a partir do final dos anos 1980, com o processo de reforma sanitária que redundou na fusão da assistência médica previdenciária com a saúde pública por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o perfil do controle do câncer de colo do útero no país começaria a mudar (TEIXEIRA, 2012).

A partir de 1995, como consequência das demandas do movimento feminista, reforçadas pela participação do Brasil na VI Conferência Internacional da Mulher, se organizou uma grande campanha de rastreamento de câncer do colo do útero. O projeto, então denominado Viva Mulher, foi implantado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA e visava a desenvolver as bases para a estruturação de um programa de rastreamento do câncer do colo do útero de alcance nacional (TEIXEIRA 2012).

O objetivo do projeto piloto Viva Mulher era reduzir a incidência e a mortalidade pela doença, através da ampliação do acesso das mulheres brasileiras ao exame citopatológico, priorizando as mulheres sob maior risco e garantindo o acolhimento e o tratamento adequado da doença e das lesões precursoras em 100% dos casos. O projeto piloto foi implantado em seis localidades: Belém (PA); Curitiba (PR); Brasília, Taguatinga, Ceilândia e Samambaia (DF); Recife (PE), Campo Grande, Bangu e Santa Cruz (bairros da zona oeste do Rio de Janeiro-RJ) e no Estado de Sergipe (em janeiro de 1998) (TEIXEIRA, 2012).

Em setembro de 1998, antes mesmo da conclusão do projeto piloto iniciado pelo INCA, o Ministério da Saúde chamou a si a responsabilidade pelo projeto e lançou uma campanha nacional que se convencionou chamar “fase de intensificação”. (TEIXEIRA, 2012).

A opção por uma campanha nacional causou divergências entre os profissionais da área (citologia), pois muitos sublinhavam a pouca eficácia de ações nacionais temporárias e a necessidade de criação de um programa permanente e padronizado para o controle do câncer de colo do útero (TEIXEIRA, 2012).

Apesar das controvérsias, a campanha nacional foi executada pelo Ministério da Saúde e foram examinadas 3.177.740 mulheres, em todo o país. Essa campanha tinha como metas a realização de coleta de material para o exame citológico em 70% das mulheres, com idade entre 35 e 49, e que nunca tivessem realizado o exame; garantir que todos os resultados

desses exames fossem entregues às mulheres em mais ou menos um mês; tratar todas as mulheres com diagnóstico de cervicocolpíte e acompanhar todas as mulheres com citologia positiva até que efetuassem o tratamento e obtivessem a alta (BRASIL, 2002. Apud TEIXEIRA, 2012).

Apesar da magnitude de seus objetivos e resultados globais, vários problemas operacionais dificultaram o bom andamento da campanha. As maiores dificuldades se concentraram na leitura das lâminas e no segmento das mulheres que apresentaram exames alterados (TEIXEIRA, 2012).

Nesses aspectos, os resultados da campanha foram muito abaixo do esperado. Segundo as fontes oficiais, apesar dos problemas, foram realizados exames citopatológicos em todas as mulheres brasileiras, da faixa etária de 35 a 49 anos de idade, a partir de uma mobilização de 97,9% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2002. Apud TEIXEIRA, 2012).

Ainda no ano de 1998 foi instituído pelo Ministério da Saúde - MS, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. A coordenação do Programa foi transferida para o Instituto Nacional do Câncer - INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999) (INCA 2011).

Em abril de 1999, foi iniciada a “fase de consolidação” das ações, com a expansão do Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Essa nova experiência demonstrou que, para a progressiva consolidação dessas ações, seriam necessários ajustes nas rotinas de seguimento da mulher com diagnóstico positivo; ampliação da capacitação de recursos humanos, por meio de treinamento em todos os níveis; aumento do número de laboratórios de citopatologia com conhecimento e utilização do Siscolo e, no âmbito mais geral, a introdução da taxa de cobertura da população feminina pelo exame citopatológico como indicador de atenção básica dos municípios brasileiros (BRASIL, 2002. apud TEIXEIRA, 2012).

A partir de uma avaliação de resultados, realizada em 1999, os técnicos do INCA concluíram que a política de controle do câncer do colo do útero deveria se pautar na oferta de

exames citológicos de rotina, acompanhados de grandes campanhas trienais (TEIXEIRA, 2012).

Com um ano de atraso, uma nova campanha foi efetuada em 2002, tendo como alvo prioritário as mulheres com idade entre 35 e 49 anos que ainda não haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Nesta segunda fase, foram examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres. A partir de 2002, não foram efetuadas novas campanhas (TEIXEIRA, 2012).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005).

Desde então programa passou a dar ênfase ao aperfeiçoamento da rede de atenção oncológica, através das ações de assessoria técnica aos estados, da modernização tecnológica do SISCOLO (DATASUS) e da revisão de indicadores para monitoramento de suas ações (BRAS IL, 2002 apud TEIXEIRA, 2012).

Os resultados do Viva Mulher ainda não se expressam de forma positiva na mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil. No entanto, é inegável sua contribuição no que concerne ao aumento do número de exames anuais efetuados pelo rede pública de saúde e na formação de uma estrutura nacional para o controle da doença (TEIXEIRA 2012).

Depois de todas essas iniciativas, ainda que o SISCOLO tenha registrado cerca de 11 milhões de exames citopatológicos no Brasil no ano de 2009 e, apesar dos avanços em nível da atenção primária e de todo SUS, reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido (INCA 2011).

7.2 ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO COTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006) a esses profissionais são atribuídos as seguintes funções para o controle do câncer do colo do útero:

7.2.1 Agente Comunitário de Saúde – ACS

Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua micro área; realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de sua micro área para detecção precoce do câncer do colo do útero; buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco; Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos câncer do colo do útero, de acordo com o planejamento da equipe; realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico.

7.2.2 Médico

Realizar atenção integral às mulheres; realizar consulta coleta de Papanicolau; avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico; emitir prescrição do tratamento medicamentoso, quando necessário; solicitar exames complementares, quando necessário; realizar atenção domiciliar, quando necessário; encaminhar, quando necessário, as usuárias a serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência, locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dessa usuária; indicar a necessidade de internação junto a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON/CACON, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da usuária; realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

7.2.3 Enfermeiro

Realizar atenção integral às mulheres; Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar atenção domiciliar, quando necessário; supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem; realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

7.2.4 Auxiliar/Técnico de Enfermagem

Realizar atenção integral às mulheres; realizar coleta de exame preventivo, observadas as disposições legais da profissão; realizar atenção domiciliar, quando necessário; manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo do útero;

7.3 DETECÇÃO PRECOCE/RASTREAMENTO

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, que a detecção de lesões precursoras (que antecedem o aparecimento da doença) pode ser feita através do exame preventivo (Papanicolaou). A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer. (MS, 2006). Conforme a evolução da doença aparece sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor.

7.3.1 Exame preventivo

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença. O exame pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero.

O exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto que diminui se a mulher conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica de forma delicada.

Para garantir um resultado correto, a mulher não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) nos dois dias anteriores ao exame; evitar também o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à realização do

exame. É importante também que não esteja menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado. Mulheres grávidas também podem se submeter ao exame, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê.

7.3.2 Coleta do material

Para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espculo na vagina (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido o seu formato); o médico faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero; a seguir, o profissional promove a escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha; as células colhidas são colocadas num lâmina para análise em laboratório especializado e citologia.

7.3.3 Protocolo de realização do exame preventivo

Toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 a 64 anos, segundo recomendações do Ministério da Saúde. Inicialmente o exame deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos.

Depois que a mulher realizar o exame, ela deve retornar ao local onde foi realizado (ambulatório, posto ou centro de saúde) na data marcada para saber o resultado e receber instruções. Tão importante quanto realizar o exame é buscar o resultado e apresentá-lo ao médico.

Se o resultado acusou negativo para câncer, caso esse seja o primeiro resultado negativo, a mulher deverá fazer novo exame preventivo daqui um ano. Se a mulher já tem um resultado negativo no ano anterior, deverá fazer o próximo exame preventivo daqui a três anos; alteração no (NIC I), repetir o exame daqui seis meses; outras alterações (NIC II e NIC III), o médico decidirá a melhor conduta, a mulher precisará fazer outros exames, com a colposcopia; infecção pelo HPV deverá repetir o exame daqui a seis meses e amostra insatisfatória, ou seja, a quantidade de material não deu para fazer o exame. Você deverá repetir o exame logo que possível.

No Brasil a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico. Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integridade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (INCA, 2011).

De acordo com estudos realizados por OLIVEIRA *et al.* 2006, no município de São Luís do Maranhão, em 1998, com o objetivo desde de estimar a cobertura, a periodicidade, e identificar fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou, com 465 mulheres com idade de 25 a 49 anos.

Constatou que um dos fatores relacionados ao baixo impacto do preventivo é o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco. Outros motivos seriam a falta de seguimento, de tratamento adequado para todas as mulheres que foram rastreadas. Pouco conhecimento a respeito do preventivo e medo associado à sua realização têm sido outros fatores implicados. O conhecimento dos fatores associados a não realização do Papanicolaou é também fundamental para o planejamento de estratégias de controle.

Ainda de acordo com OLIVEIRA *et al* (2006), resultados mostram as seguintes associações de maior risco de não realizar o papanicolaou: não ter companheiro, ter 5 a 8 anos de escolaridade (mulheres com menos escolaridade), viver em domicílio cujo chefe de família tem ocupação manual não especializada (mulheres de classes sociais mais baixas) e não ter realizado consulta médica nos três últimos meses (menos contatos com os serviços de saúde). Ter de 2 a 4 parceiros sexuais estáveis foi associado o menor risco de não realização do preventivo. Idade de 25 a 29 anos e não relatar leucorréia (corrimento vaginal) esteve marginalmente associado ao maior risco de não realização do Papanicolaou.

7.4 AS CAMPANHAS EDUCATIVAS CONTRA O CÂNCER

Em relação ao câncer, as primeiras ações educativas surgiram na década de 1920, quando alguns médicos, preocupadas com a ampliação dos índices da doença, começaram a elaborar pequenos panfletos orientando sobre a prevenção e o diagnóstico precoce, que distribuía em seus consultórios. Nas duas décadas seguintes, essa prática foi bastante utilizada nos postos e consultórios ginecológicos, com o objetivo de esclarecer as mulheres

sobre a necessidade de exames ginecológicos periódicos como forma de detecção precoce do câncer cervical (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

No que tange a ações de maior magnitude surgidas no setor público, às primeiras iniciativas nesse campo foram elaboradas pelo médico Mario Kroeff, que ficou imortalizado na história da medicina por suas ações contra a doença. Ex-médico, combatente de nossas brigadas na Primeira Guerra Mundial, Kroeff ingressou na saúde pública, como inspetor sanitário da Inspetoria da Lepra, doenças venéreas e câncer, em 1919 (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Sua passagem por essa seção do Departamento Nacional de Saúde Pública, fortemente empenhada em ações educativas contra as doenças venéreas, deu-lhe o lastro para uma atuação com ênfase na propaganda educativa sobre o controle do câncer. Desde os primórdios de sua atuação no campo da cancerologia, imputou importante papel às ações educativas que levassem à população a noção, tão cara à medicina da época, de que o câncer, se descoberto em sua fase inicial, poderia ser facilmente curado (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Até a década de 1950, era comum, nos jornais brasileiros, a cobertura mais ampla de publicações médicas, novidades científicas e tratamento de doenças. Isso não era exclusividade do câncer, mas lhe foi dispensado tratamento especial (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Em 1941 transformações no âmbito do Ministério da Educação e Saúde determinaram a criação de diversos serviços federais relacionados a doenças específicas. Entre eles estava o Serviço Nacional de Câncer (SNC), primeira estrutura de âmbito nacional voltada para o controle desse mal. Entre as atribuições do novo serviço estavam às pesquisas relacionadas à doença, as ações preventivas para seu controle e o tratamento dos cancerosos.

Esse tipo de atribuição não era peculiaridade do SNC, pelo contrário, fazia parte da noção mais geral de saúde pública da época, que tinha na educação sanitária importante campo de ação. No entanto, essa possibilidade se ajustava completamente ao projeto que vinha sendo posto em prática por Kroeff (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

No ano seguinte à criação do SNC, Mario Kroeff viajou para os Estados Unidos – então país de referência na organização de serviços e pesquisa sobre o câncer. Nos EUA,

Kroeff tomara conhecimento do grande número de ações educativas no campo da prevenção do câncer, lá existentes (Kroeff, 1947 apud COSTA & TEIXEIRA, 2010).

De volta ao Brasil, ele se transformaria num apóstolo das campanhas educativas para o controle do câncer. Muito influenciado pelo que viu nos EUA, deu início a diversas atividades que tinham por objetivo alertar a população sobre os perigos da doença e seus primeiros sinais, estimulando a visita periódica ao médico e apostando na noção de que, se tratado em seus estádios iniciais, o câncer é curável. De início, o Serviço Nacional de Câncer produziu material gráfico, que distribuiu em escolas e consultórios médicos. Também passou a estimular a propaganda educativa junto às instituições que faziam parte da Campanha Nacional Contra o Câncer (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Em 1948 veio à luz a primeira Exposição Educativa do SNC. A mostra foi montada em uma loja alugada no centro da cidade do Rio de Janeiro, com recursos obtidos junto à iniciativa privada. Inaugurada pelo presidente Dutra e, segundo Kroeff (1947), vista por mais de duzentas mil pessoas, a exposição contava com diversas fotografias de doentes e suas lesões, e também com ilustrações do artista John Rabong, que visavam incentivar as ações de prevenção. Em sintonia com as concepções de Kroeff, o discurso expositivo da mostra objetivava o fortalecimento de uma nova forma de conceber a doença, não mais mostrando o câncer como um estigma, mas destacando o aspecto de ser curável e, se diagnosticado logo no início, tratável (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Tanto nas exposições educativas como nas campanhas, veiculadas em rádios ou através de panfletos, cartazes e demais materiais impressos, era comum a utilização de algumas imagens e metáforas específicas. Em relação às imagens, a mais corrente era a do caranguejo, símbolo da doença e sempre apresentado como figura aterradora, pronta a destruir suas vítimas. Também muito frequentes eram as imagens de feridas e deformações causadas pela doença (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Seguindo o cenário bélico reforçado pela Segunda Guerra Mundial, muitas peças de propaganda faziam da prevenção uma verdadeira guerra contra a doença – chegavam a mostrar aviões de guerra e comparar o trabalho dos médicos ou do organismo às atividades dos soldados durante uma batalha (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

Outro aspecto interessante dessas campanhas diz respeito à frequente representação das mulheres nos panfletos e cartazes, em virtude de constituírem público

fundamental, uma vez que a prevenção ao câncer cervical, a partir da década de 1940, passou a ser importante objeto de postos ginecológicos relacionados à saúde pública – as mulheres, entretanto, eram sempre mostradas como vitimas impotentes e aterrorizadas, não apresentando qualquer ação no sentido de se proteger contra a doença (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

A segunda metade da década de 1930 e a década de 1940, a propaganda educativa contra o câncer firmou-se como aspecto central das ações de controle da doença. Fortemente impulsionadas pela ação de Mario Kroeff e seus seguidores, exposições, programas radiofônicos, filmes e produção gráfica faziam parte de uma estratégia de divulgação dos preceitos de prevenção vigentes à época, destacando-se a descoberta precoce da doença e o tratamento especializado. Hoje substituída por iniciativas com base na chamada prevenção primária – segundo a qual os modos de vida saudáveis estão na base da prevenção –, essas ações foram de grande importância não só na divulgação do problema do câncer e de sua prevenção (COSTA & TEIXEIRA, 2010).

8. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Segundo Brito, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, com o resultado dos padrões de fecundidade anteriores. Mas, manifesta-se um envelhecimento da população em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. O percentual de jovens de zero a 14 anos, que era de 42% em 1960 passou para 30% Em 2000, deverá cair para 18% em 2000. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 60 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens.

Diante desse quadro epidemiológico, pode-se inferir que uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento para as condições crônicas, porque as doenças crônicas afetam mais os seguimentos de maior idade.

8.1 A MUDANÇA DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO OCORRIDA NO BRASIL

De acordo com o Instituto Nacional do câncer, vários fatores explicam a participação do câncer na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira. Dentre eles, estão: A maior exposição a agentes cancerígenos, que são os atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo, de modo geral, expõem os indivíduos a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) resultantes de mudanças no estilo de vida das pessoas e do processo de industrialização que é cada vez mais intenso.

Fatores como o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, estão relacionados à redução do número médio de filhos (nascidos vivos) por mulheres em idade reprodutiva, a melhoria das condições econômicas e sociais, a evolução da medicina e o uso de antibióticos, o aprimoramento para se diagnosticar o câncer.

8.2 O NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

De acordo com a estimativa para ano de 2012, foram esperados 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. A incidência do câncer do colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Uma provável explicação para as altas taxas de incidência em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento. Com exceção do câncer da pele não melanoma, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Embora seja o segundo tumor mais frequente nas mulheres brasileiras chama atenção à existência de grandes variações regionais. Na Região Norte é o câncer mais frequente, com 24,3% de todos os casos de câncer feminino, ao passo que na Região Sudeste ele é o terceiro tumor mais frequente, com 7,8% do total de casos novos nas mulheres. Nas capitais dos estados da Região Norte a sua incidência estimada é de 39,6 casos por mil, ou seja, maior que o dobro da média nacional (INCA, 2010).

8.3 O DISTRITO FEDERAL E O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Segundo a Tabela a estimativa para 2012 seria de 330 mulheres com câncer e colo de útero no Distrito Federal.

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de números de casos por câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Homens		Mulheres	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	900	68,72	-	-
Mama Feminina	-	-	880	61,26
Colo do Útero	-	-	330	23,05
Traqueia, Brônquio e Pulmão	210	15,79	110	8,02
Colo e Reto	220	16,89	290	20,50
Estômago	190	14,55	110	7,73
Cavidade Oral	100	7,73	50	3,58
Laringe	80	5,89	-	-
Bexiga	80	6,42	40	2,93
Esôfago	60	4,39	20	1,73
Ovário	-	-	100	7,31
Linfoma não Hodgkin	80	5,76	80	5,30
Glandula Tireoide	-	-	140	10,10
Sistema Nervoso Central	80	5,98	60	4,51
Leucemias	70	5,07	60	4,24
Corpo do Útero	-	-	100	6,96
Pele Melanoma	50	3,87	50	3,30
Outras Localizações	560	43,09	540	37,53
Subtotal	2.680	204,48	2.960	206,91
Pele não Melanoma	1.330	101,76	1.240	86,88
Todas as Neoplasias	4.010	305,95	4.200	293,59

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: Instituto Nacional do Câncer- INCA/MS. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

8.4 MORTALIDADES POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL

Ceilândia, segundo a CODEPLAN, a maior parte da população é feminina isso talvez explique o maior número de óbitos por câncer do colo do útero em 2011 ser em Ceilândia, um total de 12 óbitos só nesse ano, de acordo com dados da Secretaria de Saúde/DF.

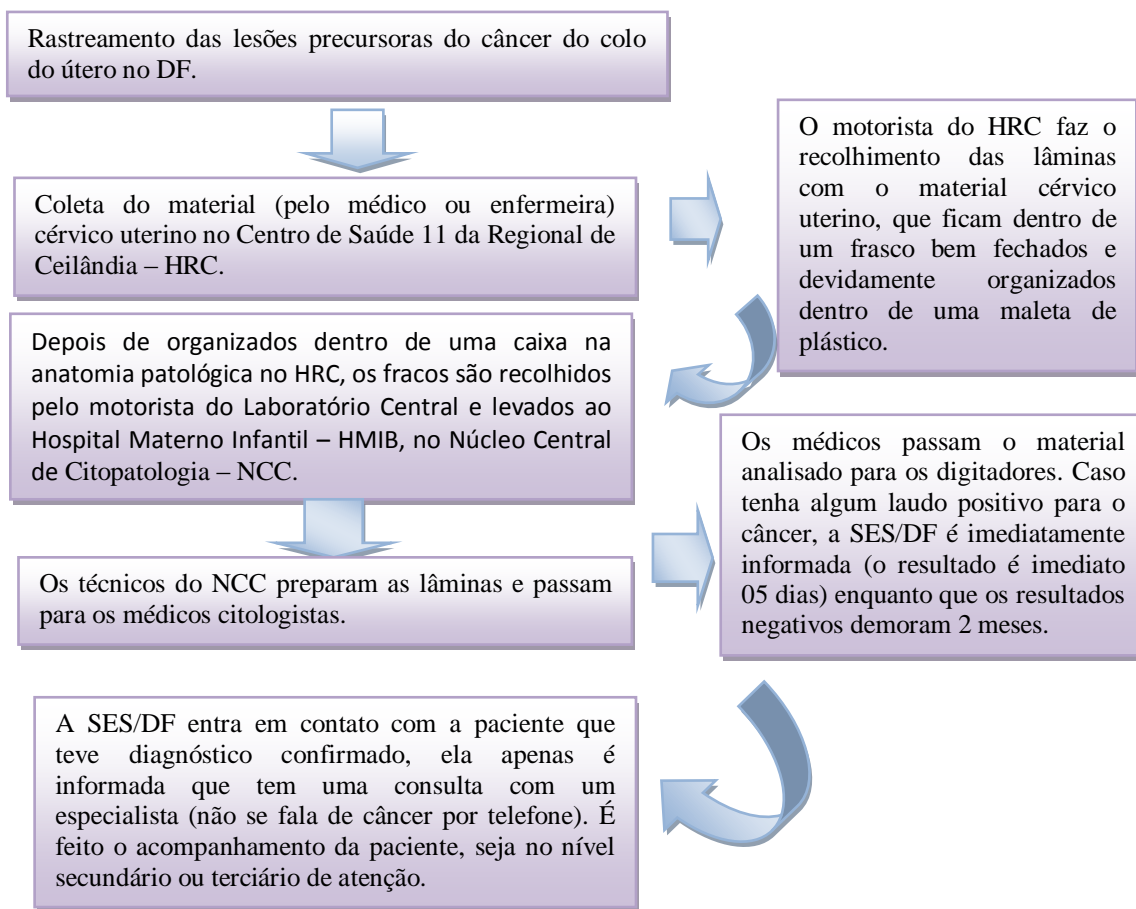
Ainda segundo o Sistema de Mortalidade – SIM/DF, a média de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres residentes no Distrito Federal foi de 64 óbitos (2009, 2010 e 2011).

8.5 RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO DF: PRINCIPAIS PROBLEMAS.

De acordo com a Gerência de Câncer/DIASE/SAS/SES-DF, os principais problemas são: baixo número de coletas de exames preventivos na rede; exames realizados em não residentes no DF; exames enviados para laboratórios privados; parâmetros para rastreamento aplicados de maneira inadequada (repetições de exames, ausência de estratégias de captação); desabastecimento de insumos; dificuldades de continuidade do seguimento das pacientes com exames preventivos alterados; necessidade de reestruturação dos serviços de confirmação diagnóstica; tratamento e ausência de monitoramento externo de qualidade dos exames colpocitológicos; não implantação/ interrupção da utilização do SISCOLO por alguns serviços de Anatomia Patológica da SES e discordância entre os dados do SISCOLO x SIA (Problemas com FATURAMENTO).

Sobre o percurso do exame preventivo no Distrito Federal podemos demonstrar a seguinte situação: A coleta dos frascos com a lâmina do material ginecológico é feita todos os dias nos doze Centros de Saúde. A coleta demora em torno de uma hora, o motorista (Hospital Regional de Ceilândia) faz esse percurso com um funcionário que é o responsável para recolher o material ginecológico. Segundo informações da chefia do Núcleo Central de Citopatologia os resultados dos exames demoram porque a demanda é muito grande (resultados do exame preventivo de todo Distrito Federal), e contam apenas com seis funcionários e dois estagiários (responsáveis para digitar os resultados do exame).

Fluxo 1- Exame preventivo (Papanicolaou) tomando como referência o Hospital regional de Ceilândia – Distrito Federal.



9. A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO DISTRITO FEDERAL

Para ofertar atenção integral em saúde, em tempo e local oportunos, com qualidade e uso racional dos recursos disponíveis, os diversos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde – SUS, devem estar organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, orientadas pela atenção primária, e capazes de responder a necessidades de saúde individuais e coletivas (INCA, 2011). Então é de fundamental importância que os serviços de saúde e também a integração de suas ações sejam organizadas para o controle do câncer no país, em especial o câncer do colo do útero, o qual é tema deste trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma das maneiras de organizar o cuidado é pensar e planejar intervenções nos chamados grupos de risco, gerando assim ações mais efetivas. É importante integrar os diversos níveis de atenção (atenção básica, atenção especializada de média complexidade e atenção especializada de alta complexidade) do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave.

9.1 ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA

Estudos apontam que sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados no que se refere à provisão dos cuidados em saúde, ao alcance de maior equidade e eficiência, à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; KRINGOS et al, 2010 apud INCA, 2011). Além disso, a atenção primária em saúde é a porta de entrada dos usuários dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

Esse primeiro nível de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações acontecem sob forma de trabalho em equipe e são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Portaria SAS/MS nº 648/2006 – Política Nacional de Atenção Básica). (INCA, 2011).

Na prevenção do controle do câncer do colo do útero ou detecção precoce são executadas nesse nível de atenção: Esclarecimento a população feminina sobre o rastreamento, identificação da população feminina que estão na faixa etária prioritária, convocação para realizar exames, fazer busca ativa das mulheres que faltam para realização do exame preventivo e sua convocação para sua realização, identificação das mulheres com laudos positivos e encaminhamentos para o tratamento no segundo nível de atenção (secundário e se necessário para o terciário). Enfim podem ser ofertados diferentes serviços para o atendimento à população feminina em relação o câncer do colo do útero.

9.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE/ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (INCA, 2011).

Os locais no DF onde são encaminhadas as mulheres com lesões precursoras do câncer do colo do útero para realizarem tratamento, são: todos os hospitais que fazem parte das Diretorias Regionais de Saúde (Hospital Regional da Asa Sul, Hospital Regional do Guará, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional de Samambaia, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional do Paranoá).

9.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE/ATENÇÃO TERCIÁRIA

É entendida como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e média complexidade).

Os tratamentos contra o câncer que envolve radioterapia e quimioterapia são oferecidos nos Hospitais de Base, Regional de Taguatinga e Hospital Universitário de Brasília.

Partindo do princípio de que a atenção ao controle do câncer deve contemplar medidas de promoção da saúde e prevenção da doença ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o cuidado, os diversos tipos de serviços devem estar interligados, formando um conjunto integrado de atenção contínua à população: no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa (INCA, 2011).

9.4 DIRETRIZES PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.

Segundo as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, publicada pelo INCA, diretrizes têm sido utilizadas em muitos países e é uma forma de garantir boas práticas clínicas (AGREE Collaboration, 2003), mas devem ter sua qualidade assegurada. São “desenvolvidas de forma sistemática para auxiliar os profissionais envolvidos no cuidado e os usuários do sistema de saúde para as melhores decisões em situações específicas” (Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, 2001).

Não devem substituir o julgamento médico, pois nunca serão contempladas todas as situações clínicas específicas. “São escritas para melhorar a qualidade do cuidado, para melhorar a adequação do atendimento, para melhorar o custo-efetividade, e para servir como ferramentas educacionais” (Centers for Disease Control, 1996; GROSS, 1998).

Atualmente essas diretrizes têm sido uma das ferramentas utilizadas pelos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos no cuidado à saúde das mulheres que procuram os serviços de saúde para realizarem o rastreamento do câncer cérvico uterinos no DF.

10. CONQUISTA POLÍTICA OU SOCIAL PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A criação do sistema único de Saúde – SUS representa a Política Social e de Saúde mais inovadora adotada pelo Estado brasileiro, a Reforma Sanitária, movimento que mobilizou entidades representativas dos gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Naquele momento nasciam os princípios e diretrizes do que viria a se chamar SUS.

Com a Constituição brasileira de 1988, foram redefinidas as prioridades da política do Estado na área da saúde. O artigo 196 da Constituição estabelece que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dois anos depois da Constituição, duas leis foram essenciais para a regulamentação e funcionamento do sistema. A Lei federal 8.080/90, que trata das condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências e Conselho de Saúde, além das transferências dos recursos financeiros.

10.1 AS POLÍTICAS GERAIS QUE SE APLICAM AO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL NO ÂMBITO DO SUS.

Política Nacional de Humanização, que estabelece as diretrizes para valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Política Nacional de Atenção Básica estabelece as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Política Nacional de Promoção da Saúde tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Pacto pela Saúde é um conjunto de diretrizes operacionais para consolidação do SUS, constituído por três componentes: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, que possuem objetivos e metas que devem ser pactuadas anualmente. Na sua dimensão Pacto pela vida, definiu o controle do câncer do colo do útero e câncer de mama, entre prioridades de saúde no Brasil. Dentre os quais são: ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero, visando a alcançar uma cobertura de 80% da população-alvo, tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.

10.2 AS POLÍTICAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL.

Considerando a necessidade de intensificar o controle da mortalidade por câncer do colo do útero, levando em consideração que o diagnóstico do câncer do colo do útero é de fácil realização e sua cura é possível quando detectado em fase inicial. Em 1998, foi instituído

pelo Ministério da Saúde - MS, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998 (INCA, 2011).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005). A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011).

11. PERCURSOS METODOLÓGICOS DO TRABALHO: CÂNCER COMO ENFERMIDADE

Minha residência fica localizada próxima ao Centro de Saúde 11, ou seja, há menos de cinco minutos de distância, com isso não tive dificuldades para chegar ao local de realização das entrevistas.

O Centro de Saúde abre às 07h00min horas da manhã, mas, como o atendimento é por ordem de chegada as mulheres chegam às 06h00min horas, ou até mesmo antes desse horário, para serem atendidas logo.

Para conseguir as entrevistas eu tive que chegar também nesse horário, pois a partir das 07h00min horas, a atendente de saúde começa a triagem (recolher o cartão das mulheres, entregar um frasco pequeno, que dentro tem a lâmina para a amostra do material coletado no útero, identificado como o nome de cada mulher e em seguida essas mulheres são encaminhadas a palestra). Depois da palestra as mulheres esperam ser chamadas pela enfermeira ou médico para realizarem a coleta.

Chegar ao Centro de Saúde no mesmo horário que as mulheres foi uma estratégia que encontrei para tentar uma aproximação no universo coletivo das mulheres, mas as entrevistas aconteceram de fato, no momento que elas entraram no centro de saúde e se organizaram (sentaram no banco que fica no corredor em frente à sala da mulher) para serem chamadas pela atendente de saúde.

Eu sentava no banco junto com elas e observava os acontecimentos, as conversas e dependendo da aproximação eu me apresentava (falava quem eu era e por que estava ali). Falava da pesquisa de forma bem sucinta e perguntava a pessoa, gostaria de participar da pesquisa?

Pra mim o primeiro contato foi o mais difícil, pois, tentar aproximação com uma pessoa desconhecida e fazer algumas perguntas que considero invasivas tanto para as pessoas que responderam como também para mim que estava perguntando.

A pergunta que mais me constrangeu, bem como as informantes foi: “você tem vida sexual ativa?” Acredito que se deu pelo fato de minha criação, religiosa, ser solteira e não ter uma aproximação tão grande com o tema em meu convívio familiar. Mas como estou na área de atuação da saúde coletiva, onde o meu olhar enquanto profissional da saúde deve ser o mais holístico possível, entendi esse momento como uma possibilidade de crescimento pessoal e profissional. Também pude perceber que o tabu em relação ao sexo ainda é presente nesse coletivo. Elas às vezes nem conseguiam responder a pergunta, apenas faziam gestos ou mexiam a cabeça.

Nossa conversa era em voz baixa, porque tinham muitas mulheres no mesmo ambiente e também outras pessoas que passavam sempre pelo corredor, ou seja, não tinha um lugar reservado para manter a privacidade.

Três mulheres recusaram a participar da pesquisa, os motivos não foram explicitados. Entretanto uma delas ao saber do teor da pesquisa se ofereceu a participar.

A análise das entrevistas estão organizadas em dois blocos. No primeiro aparecem os dados que caracterizam as dezessete (17) mulheres que compareceram ao Centro de Saúde para realizar o exame preventivo e no segundo bloco estão as duas (2) mulheres que não compareceram ao exame previamente marcado.

A pesquisa foi realizada com 17 mulheres, cuja idade variou entre 20 a 79 anos, média de 42 anos. Com relação a escolaridade sete (7) tem o ensino fundamental incompleto, cinco (5) não teminaram o ensino médio e cinco (5) terminaram o ensino médio. Enquanto que nove (9) não trabalham, cinco (5) trabalham e três (3) não responderam. A renda mensal familiar oscilou entre um salário até ao máximo de três salários.

Quanto ao estado civil das informantes, nove (9) são casadas, sete (7) não são casadas, e uma (1) viúva. Quanto a vida sexual, a maioria relatou ter uma vida sexual ativa na

atualidade. A maioria tem filhos, média de três, apenas uma não tem filhos. Quanto a religião, nove (9) eram evangélicas, seis (6) católicas e três (3) não tem religião. A maioria se considera branca (5), quatro parda (4), duas (2) preta, duas (2) mulata e uma (1) amarela. Todas relataram não terem Planos de Saúde Privado.

Entre a maioria a periodicidade da realização do exame é anual, entretanto, há referência a intervalos que se estendem de 1 a 10 anos.

A maioria mora na Expansão do Setor O, Ceilândia Norte, onde fica localizado o Centro de Saúde 11 e moram em casa própria (12), quatro (4) moram “de favor” e uma (1) mora em casa alugada.

Quando as informantes eram questionadas sobre o principal motivo que as levou ao Centro de Saúde, foram unânimes a responder que pretendiam fazer o exame preventivo e que reconheciam a necessidade de fazê-lo anualmente. Uma das informantes, mesmo sabendo da necessidade da periodicidade, disse não o fazer por dez anos (Amor-Perfeito), embora esse discurso, para essas mulheres seja uma exceção. Um fato nos chamou a atenção, a consciência da necessidade do exame quando se tem parentes com câncer.

“Eu vo fazer ixame de prevenção, eu faço im ano im ano que eu faço. Minha mãe morreu de câncer, minha tia morreu de câncer, tem que fazer todo ano, tem que fazer todo ano. A senhora vem sempre aqui no Centro de Saúde? Venho aí eu fiz ano passado e não deu nada, graças a Deus! Aí tem que fazer, vai que tem alguma doença, e descobrir, né, pra depois descobrir, já tá demais e não tem mais cura, né”
(Dormideira).

A realização dos exames é uma preocupação entre as mulheres entrevistadas, mas mesmo não gostando da realização do exame, elas ainda preferem prevenir-se a ter um grande problema. Segundo suas falas à posição que a mulher fica para a realização do exame “pernas abertas” é motivo de sentirem-se envergonhadas e, portanto, “constrangedora”, *“Pra mim é constrangedor (...) Mais pela posição que eu tenho que ficar diante dessas pessoas que pra mim é desconhecida, né, Apesar de ser o médico (...), mais pra mim é uma pessoas estranha, desconhecida”* (Alecrim).

Outros motivos também foram elencados como “impedidores”, ou seja, motivos que talvez as fizesse desistir de realizar o exame de prevenção. Dentre eles, o fato de serem atendidas apenas por homens, pelo tempo de espera para o atendimento, pela demora em receber o resultado do exame, estão entre os principais.

Quando perguntei o que as informantes sabiam sobre o câncer do colo do útero a maioria respondeu que era uma “doença perigosa”, o medo da doença era visível em suas

falas, *“A doença é muito ruim, essa doença, mata aos poucos, sabe, mata devagarim... vagarim. Minha mãe sofreu muito com essa doença (...) Há isso é triste, essa doença, viu! É triste viu! É dor por cima de dor, minha mãe sofreu sofreu muito”* (...), (Dormideira), Em especial, o que percebemos não é só o medo do tipo de morte, mas do “morrer” *“É uma doença séria, lembra logo da morte”* (Íris Amarelo).

As informantes são conscientes de que se o câncer do colo do útero for prevenido em sua fase inicial existem grandes chances de cura.

“Nossa! Muito sério, terrível, né. É uma coisa que a gente tem que prevenir logo cedo, né, uma coisa que se tiver já no começo tem que combater né. Todas as pessoas que pudessem procurar o centro de saúde, as que têm e as que não têm. É bom prevenir, principalmente as pessoas que tem problema de câncer na família” (Acácia).

“Bom, uma doença né, que pode se agravar enquanto não curar no começo e que mais pra frente à gente pode chegar até perder o útero e podendo não ter filho, mais se a gente descobrir antes pode ter cura” (Camélia Rosa).

A atividade sexual está intimamente ligada ao vírus HPV e conseqüentemente ao câncer do colo do útero. A maioria das informantes relata terem uma vida sexual ativa, sendo que apenas quatro dizem não possuírem parceiros sexuais. Esse tema ainda gera muito tabu entre as mulheres, para responderem essa pergunta, elas se utilizavam se gestos, risos, *“hunhum kkkkk”* (Cravo Roxo). Muitas afirmam que não sabem o que são DSTs, sendo que o HPV trata-se de uma DST, *“Sei não. Não tem nem ideia? Não”* (Dormideira).

De acordo com a população estudada, prevenção significa ter um cuidado com a saúde, onde os principais meios para efetivação desse cuidado são: os postos de saúde, os hospitais, o medicamento, ir ao médico. A figura do profissional médico aparece quase que na totalidade nas falas das informantes, para elas o cuidado com a saúde está intimamente relacionado à realização de exames e consultas com o médico.

“Cuidado com a saúde... tem que sempre ter acompanhamento médico, tem que cuidar, tomar remédio, sempre ir ao médico pra ele passar remédio, tá sempre frequentemente indo no posto, no hospital pra ver o que está acontecendo” (Cravo Roxo).

Nos depoimentos as mulheres referem-se ao exame preventivo (Papanicolaou) como uma forma de se cuidar, cuidar do seu corpo, *“Acho importante”*. *“Por quê? Pra descobrir se tem alguma doença, né, prevenir”* (Íris Branco). *“Exame é justamente pra isso, pra prevenir, aquelas doenças que podem ocorrer na mulher, tanto casada como solteira, acho que a mulher sempre tem que fazer pra prevenir”* (Camélia Rosa). Outras até descrevem como é realizado o exame.

“Haaa... é um, eu não sei o nome do aparelho que eles colocam no útero. Introduz na vagina, né, e tira tipo um muco, alguma coisa do útero e tipo dá uma raspadinha no colo do útero para fazer o exame” (Cravo roxo).

Há casos que o cuidado, ou seja, a realização do exame preventivo se dá pelo fato de já ter perdido algum familiar. *“Eu perdi minha avó com essa doença, então assim, apesar de eu não gostar de fazer o exame, mais eu procuro fazer justamente pra me prevenir”* (Alecrim).

No Centro de Saúde 11, antes de realizar a coleta do exame preventivo as mulheres participam de uma palestra sobre o exame, que é ministrada por uma enfermeira. As mulheres só vão para a palestra depois que passam pela sala da triagem, ou seja, seus cartões ficam com a profissional da sala da mulher que atende para pegar os dados de cada paciente e colocar em ordem de chegada, para serem atendidas pelo médico ou enfermeira.

A maioria das mulheres que foram entrevistadas depois da palestra, quando as informantes eram questionadas sobre as informações que recebiam no centro de saúde 11 elas mencionavam a palestra, no entanto, afirmavam não entender o que foi passado pela enfermeira, *“Participou da palestra? Sim. Você entendeu? Alguma coisa”* (Girassol).

Na palestra as informações passadas foram: definição do exame preventivo, como ele é feito, ou seja, quais matérias utilizadas para a coleta do material na mulher e também a posição que a mesma tinha que ficar, também era explicado da importância de realizar o exame, das informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis (HPV), uso de preservativo e também sobre o cuidado que a mulher deve ter consigo mesma, isso em relação à higiene pessoal, principalmente depois da relação sexual com seu parceiro.

Mesmo depois dessa palestra muitas informantes pareciam não terem entendido o que foi passado na palestra. Quando eu perguntei sobre o que era o exame preventivo (Papanicolaou), recebi essa resposta: *“exame preventivo, não sei... prevenção”* (Acácia Branca). Muitas delas acabavam de sair da palestra e não sabiam responder o que ouviram.

Quando as informantes foram questionadas se sabiam de outro local aqui no DF que possivelmente poderiam realizar o exame preventivo, foram unânimes ao responderem que poderiam fazer a coleta em qualquer posto de saúde, *“Os postos de saúde tudo faz”* (Acácia Branca). Outras pontualmente ressaltaram que as clínicas particulares também fazem, *“Além do posto de saúde, também tem clínica particular”* (Brinco de Princesa).

“O que eu já ouvir falar é particular, só. A gente pode vir aqui no posto é... colher, o líquido no frasquinho e levar pra fazer no particular, pro exame chegar antes,

porque no posto, pelo menos antigamente demorava de dois a três meses pra chegar e olhe lá se não fosse mais. Então, pra chegar mais rápido a gente colhe aqui e leva pro particular, pra chegar antes” (Camélia rosa).

As duas entrevistadas que não foram realizar o exame previamente agendado, uma tem 26 anos e 58 anos. As duas terminaram o ensino médio. Quem mantém a casa financeiramente é o esposo, elas não trabalham e também não possuem Plano de Saúde Privado.

Quanto ao estado civil, todas são casadas e tem filhos. O parto de uma delas foi normal e da outra cesariana. Em relação à religião, uma é espírita e a outra evangélica. Quanto à cor uma afirma ser branca e a outra morena. Elas relataram terem vida sexual ativa, entretanto, uma sabe o que são as DSTs e a outra não.

Todas moram na Expansão do Setor O, Ceilândia – Distrito Federal em casa própria.

Não compareceram ao exame previamente agendado, porque naquele dia, segundo elas, uma estava menstruada e a outra não tinha companhia para acompanhá-la ao Centro de Saúde, pois alegou que o lugar é muito perigoso, em especial no horário que devem chegar.

Outro desafio muito grande que encontrei foi na hora de visitar as mulheres, quando eu chegava às residências falava que era estudante da Universidade de Brasília e que estava fazendo uma pesquisa no Centro de Saúde 11.

Quando eu falava que era do Centro de Saúde elas logo, paravam tudo para me atender, queriam saber o porquê da visita, achavam que tinha algum problema. Teve até um parente da mulher que já não moravam no endereço que chegou a ligar pra ela, só para informar que tinha uma moça do Centro de Saúde.

Mesmo não comparecendo ao centro de saúde para realizar a coleta do exame preventivo, reconhecem a importância de sua realização, *“Já tive uma ferida pequena no útero me prevenir e curou, mas agora estou com meu útero virado” (Cravo Rosa).*

O câncer do colo do útero para essas mulheres é tido como algo perigoso e preocupante, mesmo tendo faltado para realizar a coleta do exame preventivo, ela reconhece que é importante realizar, *“É uma doença desagradável, assustadora e preocupante. Mas temos que fazer o tratamento, pois tem cura” (Cravo Rosa).*

Elas reconhecem a finalidade do exame preventivo *“Para prevenir, tomar uma atitude. Para prevenir” (Centaúrea).*

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro semestre de 2012, cursando a disciplina do estágio três do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, tive a oportunidade de acompanhar a Unidade Móvel de Saúde – UMS, através da Secretaria de Estado da Mulher. O equipamento é itinerante e trata-se de um caminhão equipado para fazer mamografias, ecografias e coleta de material para a realização do exame de citologia oncológica (Papanicolau).

A UMS oferta diariamente uma média de 40 vagas por dia para mamografias, 50 vagas para ecografias diversas e 40 vagas para preventivos. No período de oito de março de 2012 a 22 de junho de 2012 a unidade realizou 3280 mamografias, 3.618 ecografias e 3.022 exames preventivos.

De acordo com os resultados da pesquisa grande maioria das mulheres ficou satisfeita com o atendimento na UMS, pela facilidade na realização de exames custeados pelo SUS, o que trouxe diminuição da demanda na procura por esses serviços nos Centros de Saúde e hospitais e do tempo de espera.

Durante esse período de observação percebi que não foi feita a busca ativa das mulheres com periodicidade de realização do exame com mais de um ano.

No estudo sobre o câncer do colo do útero no Centro de Saúde 11 percebi a necessidade de estender para Ceilândia, por isso, os dados referem-se à Ceilândia.

Em meu trabalho de conclusão de curso coloquei os locais onde as mulheres podem procurar ajuda e auxílio para a realização do exame preventivo ou, mesmo quando já tenha um diagnóstico comprovado, pois me preocupo em dar uma devolutiva.

A partir de minhas pesquisas e estudo, tive uma ideia de um material informativo sobre como, quando e onde realizar o exame preventivo. No entanto esse é um trabalho de conclusão de curso, mas em tempo oportuno apresentarei tal material.

Sobre o estigma alguns indícios demonstram o “peso” a “força” do estigma, quando percebemos que as mulheres ao irem ao Centro de Saúde fornecem o endereço incorreto.

As estratégias não foram percebidas, mesmo que algumas estivessem sentindo algum sintoma, no entanto não chegaram a relatar nada sobre o assunto. Por isso não posso

afirmar quais estratégias elas utilizaram para romper com a vergonha, medo ou mesmo para conseguirem marcar seus exames.

Espero continuar com essa pesquisa no mestrado, para poder aprofundar no tema e talvez assim conseguir respostas sobre a pesquisa “por que as mulheres não fazem o exame preventivo”?

Enquanto profissional de Saúde Coletiva a nossa missão é procurar entender porque as mulheres não procuram um diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. Fornecer informações sobre o exame preventivo, para que futuramente os estigmas sobre esse tipo de câncer seja amenizados nesse grupo social. E também minimizar os gastos no Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **A Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controles dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.p. 132.

Brito, L. A . A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio o para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CED EPZAR/U LMG; 2007. Texto para discussão nº 318 In _____ MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção à Saúde**. Rev. Med. Minas Gerais. 18 edição. Belo Horizonte, 2008.

BOSTCH FX, MUNOZ N. THE VIRAL ETIOLOGY OF CERVICAL CÂNCER. **VIRUS RESEARCH** 2002; 89: 183-90.

BURY, Michael. Doença crônica como ruptura biográfica. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2011; 5(2):41-55

CÂNCER, Instituto Nacional de. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. p. 128.

CÂNCER, Instituto Nacional de. **Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo de útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2011.p. 104.

CÂNCER. Instituto Nacional de. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3925-3932. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2012.

COSTA, Manuela Castilho Coimbra e TEIXEIRA, Luiz Antonio. **As campanhas educativas contra o câncer**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2010, vol.17, suppl.1, pp. 223-241. ISSN 0104-5970. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 dez. 2012

COSTA, Manuela Castilho Coimbra e TEIXEIRA, Luiz Antonio. **As campanhas educativas contra o câncer**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2010, vol.17, suppl.1, pp. 223-241. ISSN 0104-5970. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/13.pdf>. Acesso em: 07 setembro 2012.

FERREIRA; OLIVEIRA, c. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, 2006. p.11

GAMARRA, Carmen Justina; VALENTE, Joaquim Gonçalves and SILVA, Gulnar Azevedo e. **Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 629-638. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/05.pdf>. Acesso em: 22.10.2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Governo do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios. CODEPLAN. 2011.

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **HANDBOOKS OF CANCER PREVENTION: CERVIX CÂNCER SCREENING**. LYON: IARC, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf. Acesso em: 24 dez. 2012.

MERTON, R.K, Fiske M, Kendall P.L. **The Focused Interview: a manual of problems and procedures**. Glencoe, Illinois: The Free Press; 1956.

MICHAEL, Bury. **Health and illness in a changing society**. London: Routledge; 1997.

MINAYO, MCS (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes. 1994.

MINAYO, MCS (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes. 2004.

MONTAGNER, M.A, MONTAGNER, M.I. TEMPUS, Actas da Saúde Coletiva. **Antropologia e Sociologia da Saúde: novas tendências**. V. 5, n. 2 (2011). Quadrimestral. Brasília: NESP, 2011.

NETTLETON, S. **The Sociology of Health and Illness**. Cambridge UK: Polity; 2006.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira and COIMBRA, Liberata Campos. **Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2006, vol.9, n.3, pp. 325-334. ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>. Acesso em: 05 outubro 2012.

Programa de rastreamento vai reduzir novos casos de câncer no DF. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias.html>. Acesso em: 05 fev. 2013.

SILVA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.p. 118.

SILVA, Sílvio Éder Dias da et al. **Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 554-560. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 24 dez. 2012.

SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

TEIXEIRA, Luiz Antonio (coord.). **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. p. 172.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio Teixeira and SOUZA, Letícia Pumar Alves de. **A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil**. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.2, pp. 713-731. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/17.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2013.

ZUR HSUDRN, H. Papilomaviruse in hum cancers. **Mol Carcinog**, 1988; 1:147-50.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário para identificação do perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa.

Núcleo I - Identificação da paciente:

1. Idade _____
2. Religião _____
3. Escolaridade _____
4. Raça/cor _____
5. Local onde mora: _____

Núcleo II - Dados Socioeconômicos:

6. Você é casada? Sim () Não ()
7. Você tem filhos? Sim () Quantos? _____ Não ()
8. Você mora em casa própria?
9. Quantas pessoas moram em sua casa?
() Três
() Quatro
() Cinco
() Seis ou mais
10. Você trabalha? Sim () O que faz? _____, Não ()
11. Qual a renda mensal da família? _____
12. Você tem Plano de Saúde ()sim ()não

Núcleo III – Roteiro de perguntas às mulheres que foram ao centro de saúde 11 para realizarem o exame preventivo.

1. Porque você está aqui no Centro de Saúde/ o que veio fazer aqui?
2. Quando falo do câncer do colo do útero o que lhe vem à mente?
3. Para você o que é o câncer do colo do útero?

4. Você tem vida sexual ativa?
5. Você sabe o que são as DSTs?
6. Quando falo exame preventivo o que lhe vem à mente?
7. Quando falo cuidado com a saúde o que lhe vem à mente?
8. Quando falo em prevenção o que lhe vem à mente?
9. Para você o que é o exame preventivo? Quantas vezes já fez?
10. Você acha importante fazer o exame?
11. Para você o que é ir a um Centro de saúde e se submeter ao exame preventivo?
12. No centro de saúde você recebe informações sobre o exame? Que tipo de informação?
Você entende o que é informado? Quem dar a informação?
13. Você sabe quais os locais no DF que se pode realizar o exame preventivo?

**APÊNDICE II – Questionário para identificação do perfil sociodemográfico dos
sujeitos da pesquisa.**

Núcleo I - Identificação da paciente:

13. Idade _____
14. Religião _____
15. Escolaridade _____
16. Raça/cor _____
17. Local onde mora: _____

Núcleo II - Dados Socioeconômicos:

18. Você é casada? Sim () Não ()
19. Você tem filhos? Sim () Quantos? _____ Não ()
20. Você mora em casa própria?
21. Quantas pessoas moram em sua casa?
- () Três
- () Quatro
- () Cinco
- () Seis ou mais
22. Você trabalha? Sim () O que faz? _____, Não ()
23. Qual a renda mensal da família? _____
24. Você tem Plano de Saúde () sim () não

**Núcleo IV – Roteiro de perguntas às mulheres que marcaram o exame preventivo,
mas não compareceram ao Centro de Saúde 11.**

1. Você tinha uma consulta dia tal no Centro de Saúde 11, Porque você não foi?
2. Era para fazer o que sua consulta?
3. Quem indicou esse exame?
4. Você está sentindo algum desconforto dor ou algum outro sintoma?

5. Você se sente segura com os tratamentos que o Centro de Saúde lhe proporciona?
6. Como foi o parto de seus filhos?
7. Você tem vida sexual ativa?
8. O que conhece sobre as DSTs?
9. Quando falo em prevenção o que lhe vem à mente?
10. Para você o que é o exame preventivo? Quantas vezes já fez?
11. Para que serve o exame?
12. Para você o que é o câncer do colo do útero?

ANEXO I – Termo de consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa: “Por que as mulheres não fazem o exame preventivo? as estratégias das mulheres para romperem os estigmas”. O nosso objetivo é compreender os motivos que afastam as mulheres da procura por um diagnóstico precoce para o câncer de colo uterino. Assim buscaremos abarcar as estratégias que essas mulheres desenvolvem e como a falta de informação poderá ser um dos fomentadores do estigma sobre esse tipo de câncer, as afastando ainda mais da busca do diagnóstico e do tratamento.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de entrevista semiestruturada que você deverá responder no Centro de Saúde 11 ou no local onde reside na data combinada com um tempo estimado de 30 minutos. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Centro de Saúde 11 e na Faculdade de Ceilândia UnB/FCE, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr. Miguel Ângelo Montagner, na Faculdade de Ceilândia UnB/FCE telefone: (61) 33767487, no horário: 08h00min às 18h00min horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

(1ª via – sujeito da pesquisa)

(2ª via – pesquisador)