

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO**

JUIZ DE FORA

2012

MARIA DAS GRAÇAS MARTINS RIBEIRO

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO**

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do título de Doutor do Programa de Pós-  
graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina,  
da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Dra Maria Teresa Bustamante Teixeira

Coorientadora: Dra Sueli Maria dos Reis Santos

JUIZ DE FORA

2012

Ribeiro, Maria das Graças Martins.

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero /  
Maria das Graças Martins Ribeiro. – 2012.

158 f.

Tese (Doutorado em Saúde)–Universidade Federal de Juiz de Fora,  
Juiz de Fora, 2012.

1. Saúde da mulher. 2. Atenção à saúde. 3. Neoplasias do colo do útero. I. Título.


CDU 613.99

**MARIA DAS GRAÇAS MARTINS RIBEIRO**

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO  
DO ÚTERO.**

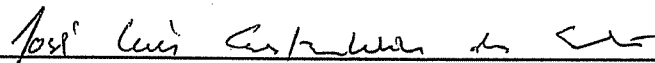
Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde – área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde.

**BANCA EXAMINADORA:**



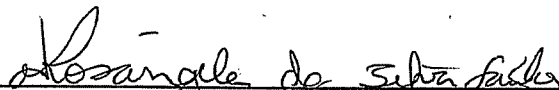
---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira – Orientadora  
Professora Associada/UFJF  
Doutora em Saúde Coletiva/UERJ



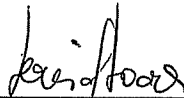
---

Prof.<sup>o</sup>. Dr. José Luiz Castanheiras  
Professor Doutor em Saúde Pública  
Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz - Portugal



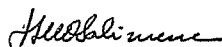
---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Rosângela da Silva Santos  
Professora Titular /UERJ



---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Teresa Cristina Soares  
Professora Associada/UFJF  
Doutora em Saúde Pública/Fio Cruz



---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena  
Professora Associada/UFJF  
Doutora em Enfermagem/UFRJ

## DEDICATÓRIA

*A vocês, meus queridos filhos, minhas jóias mais preciosas, razão e motivação para todo o meu viver.*

*A você, meu querido esposo, companheiro de todas as horas, pelo amor, compreensão e incentivo.*

*A você, minha querida mãe, que compartilhou este sonho comigo, que à distância seguiu cada etapa deste itinerário, apoiada em sua fé em Deus e vivendo a mesma emoção que eu.*

*A você mãe, que durante todo o nosso itinerário sempre me incentivou e me apoiou em minhas escolhas, mesmo sem compreender algumas delas.*

*A você mãe, que compreendeu todas as minhas ausências até o último instante de seu itinerário aqui na terra.*

*Seu itinerário chegou ao fim, pois sua missão foi cumprida, mas uma enorme saudade ficou.*

*Sei que você recomeçou um novo itinerário, em uma outra dimensão e sei que hoje está vibrando comigo por mais esta vitória.*

*Seguirei meu itinerário, sem sua presença física, sentindo a imensa dor da ausência, mas continuarei como antes a buscar seus sábios conselhos gravados em minhas lembranças.*

*Por tudo que, amorosa e pacientemente, me ensinou, pelo seu amor incondicional, pela sua ajuda e apoio durante todo o itinerário que trilhamos juntas, o meu "muito obrigada, mãe!"*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus por ter-me dado condições físicas e mentais para chegar até aqui.*

*Agradeço a toda a minha família que torceu por mim e vibrou comigo.*

*Meus agradecimentos especiais à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra Maria Tereza Bustamente Teixeira que confiou na minha potencialidade para realizar este trabalho e que com sua competência, delicadeza e carinho, soube compreender todas as minhas dificuldades pessoais e técnicas, me ajudando a superá-las com palavras apropriadas no momento certo. Aprendi muito durante esta nossa convivência nas reuniões do grupo e em orientações particulares, nos e-mails, pois você tem o dom de em poucas palavras ensinar muito. Obrigada pela sua confiança, seu carinho e sensibilidade.*

*A você Teíta, todo o meu carinho e admiração pelo ser humano maravilhoso que você é.*

*Meus agradecimentos especiais à minha coorientadora Prof<sup>a</sup> Dra Sueli Maria dos Reis Santos pela sua disponibilidade ilimitada e incansável para as sugestões e leituras deste trabalho, que com sua competência e admirável força interior soube me dar suporte nos momentos de desânimo. Aprendi muito durante esta nossa convivência com sua segurança, perseverança, senso de justiça e integridade. Obrigada pela sua inestimável ajuda e amizade. Você sabe o quanto foi importante para mim nesta caminhada. A você Sueli, toda a minha gratidão, amizade e carinho.*

*Meus agradecimentos especiais à Prof<sup>a</sup> Dra Darcília Maria Nagen da Costa, pelo seu apoio e seu incentivo, que foram decisivos para hoje eu estar aqui. Muito obrigada pela alegria de estar vivendo este momento assim como pela compreensão dos momentos difíceis que eu vivi durante esta trajetória. A você Darcília, toda a minha gratidão, amizade e carinho.*

*Meus agradecimentos à Prof<sup>a</sup> Dra Maria Cristina Pinto de Jesus que sempre acreditou no meu potencial e sempre me garantiu que eu chegaria aqui. Muito obrigada pelo seu incentivo e apoio em tantas coisas boas que consegui na vida. A você Cristina, minha gratidão, amizade e carinho.*

*Meus agradecimentos especiais ao Prof<sup>o</sup> Dr José Luis Castanheira que me acolheu tão gentilmente como orientanda pelo PDEE na Universidade Nova de Lisboa, e cujas reflexões*

*nos encontros semanais baseadas na sua vasta experiência e conhecimento muito contribuíram para a minha formação. A você Professor, minha amizade e admiração e muito obrigada pela oportunidade de viver esta rica experiência de um estágio no exterior.*

*A minha gratidão aos professores que integraram a Banca Examinadora. Obrigada Teresa, Anna, Rosângela e Professor Castanheira.*

*A você, Maristela, minha querida irmã, pelas suas traduções, muito obrigada!*

*A todos os professores do curso que com suas experiências e conhecimentos contribuíram para a minha formação, ampliando meus horizontes.*

*A todas as colegas do curso pela agradável convivência durante esta temporada.*

*A todos os funcionários do PPGS que sempre que solicitados me atenderam com presteza, interesse e gentileza.*

*Às mulheres sujeitos deste estudo, que me permitiram entrar em suas histórias de vida, e muito me ensinaram, meus sinceros agradecimentos.*

*À CAPES, pelo apoio financeiro recebido que me garantiu condições de realizar o PDÉE na Universidade Nova de Lisboa me proporcionando vivenciar outras realidades que contribuíram para uma nova visão da realidade em saúde.*

## RESUMO

O Brasil tem realizado esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção e tratamento do câncer do colo do útero, visando à modificação das taxas de incidência e mortalidade por este tipo de câncer, entretanto as medidas adotadas não têm obtido os resultados esperados. O estudo teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer de colo do útero em busca da prevenção, diagnóstico e tratamento. Foi adotado, como percurso metodológico, a abordagem qualitativa e o método "História de Vida", mediante entrevista aberta. As entrevistadas foram dez mulheres em tratamento para o câncer do colo do útero em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado em um município de médio porte em Minas Gerais. Os dados foram analisados após categorização temática e adotado como referencial teórico analítico a interface da cultura no processo de saúde-doença e a integralidade e suas condicionantes. Evidenciaram-se diversos motivos que levaram a maioria das mulheres a não realizar a prevenção. Dentre eles, o conceito que emergiu de saúde, doença e prevenção, o desconhecimento sobre o exame preventivo, os fatores culturais e sociais frente a questões de gênero, a qualidade do atendimento e organização dos serviços de saúde. A maioria buscou o diagnóstico após perceber sinais significantes de desordem fisiológica. Algumas tiveram acesso ao serviço público, enquanto outras não tiveram acolhimento com avaliação do risco. O diagnóstico desencadeou sentimentos dolorosos de finitude e desesperança. Verificou-se que as mulheres possuíam insuficiência de conhecimento sobre a doença, estadiamento, tratamento, possibilidades terapêuticas, e pouco preparo para lidar com os efeitos adversos e/ou consequências da terapêutica, intensificando a insegurança, angústia, incerteza e medo, contudo a religiosidade foi suporte neste momento difícil. Apesar dos avanços na legislação, na prática as mulheres enfrentaram várias dificuldades frente ao câncer do colo do útero, desde a sua prevenção, diagnóstico e tratamento, principalmente aquelas mais carentes de recursos financeiros e de informação. Dificuldades estas que foram agravadas pela agressividade dos tratamentos e pelas questões culturais que envolvem a doença, bem como aquelas traduzidas por um atendimento fragmentado, realizado muitas vezes de forma fria, impessoal e carente de informações onde o direito ao acesso nem sempre foi garantido. Percebe-se que a questão da prevenção não é simplesmente uma escolha, mas uma decisão envolvendo emoções, experiências, conhecimento e circunstâncias mediadas pelo contexto social, cultural, político, econômico e por avaliações das respostas obtidas no serviço, sendo realizada dentre as possibilidades acessíveis. Ficou evidente que a acessibilidade, o acolhimento e a humanização são princípios ainda não incorporados em todos os serviços do Sistema Único de Saúde. Obstáculos estes que poderiam ser atenuados por uma melhor gestão das políticas de saúde e dos processos de trabalhos envolvendo a educação permanente dos profissionais e a educação em saúde para as mulheres, no sentido de garantir a legalidade ao acesso e a integralidade nas ações.

Descritores: Atenção à Saúde; Saúde da Mulher; Neoplasias do colo uterino; Pesquisa qualitativa.



## ABSTRACT

Brazil has made increased efforts to improve the efficiency of prevention programs and treatment of cancer of the cervix, aiming to modify the high incidence and mortality from this cancer, however the measures taken have not achieved the expected results. The study aimed to analyze the therapeutic itinerary of women with cervical cancer in the search for prevention, diagnosis and treatment. It was adopted as methodological approach, the qualitative approach and the method "Life Story" by open interviews. The interviewees were women in treatment for cancer of the cervix in a hospital specializing in cancer treatment, located in a municipality of Minas Gerais. The data were analyzed after categorization issue. It was adopted as a theoretical analysis to support the concepts of integrity and interface culture / health / disease. Became evident several reasons why most women do not prevention. Among them, we emphasize the concept that emerged out of health, disease and prevention, lack of knowledge about preventive examinations, the cultural and social factors against gender, quality of care and organization of health services. Most sought diagnosis after realizing significant signs of physiological disorder. Some had access to public services, while others did not have the appropriated care regarding risk evaluation. The diagnosis sparked painful feelings of hopelessness and finitude. Religiosity was support at this difficult time. It appeared that women had insufficient knowledge about the disease, staging, treatment, therapeutic possibilities, and little preparation for dealing with side effects and/or therapeutic consequences, creating insecurity, anxiety, uncertainty and fear. Despite advances in legislation, in practice, women face many difficulties in coping with cancer of the cervix, since its prevention, diagnosis and treatment, especially those most in need of financial resources and information; situation aggravated by the aggressiveness of treatment and the cultural issues surrounding the disease. These difficulties are translated by a fragmented service, without the integration of actions and treatment, provided many times in a impersonal way, without access to information and being their health needs not always guaranteed. It is felt that the issue of prevention is not just a choice but a decision involving emotions, experiences, knowledge and circumstances, mediated by social, cultural, political, and economic evaluations of the responses obtained in the service, being held among the possibilities available. It was evident that accessibility, reception and humanization, are principles not yet embedded in all services of the Unified Health System. These difficulties could be alleviated by better management of work processes involving the continuing education of professionals and health education for women, besides better management of health policies in order to comply with the law, ensuring access and integrality in the actions.

Keywords: Health Care; Women's Health; Cervical cancer; Qualitative research.

## RESUMEM

El Brasil ha hecho un mayor esfuerzo para mejorar la eficiencia de los programas de prevención y tratamiento del cáncer del cuello del útero, con el objetivo de cambiar las altas tasas de incidencia y mortalidad por este cáncer, no obstante las medidas adoptadas no han logrado los resultados esperados. El estudio tuvo como objetivo analizar el itinerario terapéutico de las mujeres con cáncer de cuello uterino en la búsqueda de la prevención, diagnóstico y tratamiento. Se adoptó como trazado metodológico, el abordaje cualitativo y el método "Historia de Vida", mediante pesquisa abierta. Las entrevistadas fueron mujeres en tratamiento para el cáncer de cuello uterino en un hospital especializado en el tratamiento del cáncer, que se encuentra en un municipio de Minas Gerais. Los datos fueron analizados tras categorización temática. Se adoptó como un teórico para apoyar la análisis los conceptos de integridad y interfaz de la cultura / salud /enfermedades. Estudios mostraron diversos motivos por los cuales la mayoría de las mujeres no realizaron la prevención. Entre ellos, se destaca el concepto adoptado para la salud, enfermedades y prevención, el desconocimiento sobre el examen preventivo, los factores culturales y sociales frente a cuestiones de género, la calidad del atendimento y organización de los servicios de salud. La mayoría buscó el diagnóstico después de notar el señal de desorden fisiológico significativo. Algunos tuvieron acceso a los servicios públicos, mientras que otros no tuvieron a la evaluación de riesgos. El diagnóstico provocó dolorosos sentimientos de desesperanza y de la finitud. La religiosidad fue el apoyo en este difícil momento. Mostró que las mujeres carecían de los conocimientos sobre la enfermedad, sus etapas, el tratamiento, posibilidades terapéuticas, y la poca preparación para hacer frente a los efectos secundarios y / o las consecuencias de la terapia, creando la inseguridad, la ansiedad, la incertidumbre y el miedo. A pesar de los avances en la legislación, en la práctica, las mujeres se enfrentan a muchas dificultades para lidiar con el cáncer del cuello del útero, desde su prevención, diagnóstico y tratamiento, especialmente a los más necesitados de recursos financieros y de información, situación que se agrava por la agresividad del tratamiento y los temas culturales en torno a la enfermedad. Estas dificultades se traducen por un servicio fragmentado, sin la integración de las acciones y el tratamiento, a menudo llevado a cabo impersonalmente y sin información, donde acceso a sus necesidades de salud no siempre se garantiza. Se observa que la cuestión de prevención no es apenas una opción y sí una decisión que envuelve emociones, experiencias, conocimiento y circunstancias, intermediadas por el contexto social, cultural, político, económico así como por evaluaciones de las respuestas obtenidas en el trabajo, siendo efectuadas dentro de las posibilidades accesibles. Se observó que la accesibilidad, la acogida y la, humanización son los principios que aún no están incorporados en todos los servicios del Sistema Único de Saúde. Estas dificultades podrían aliviarse mediante una mejor gestión de los procesos de trabajo que implica la formación continuada de los profesionales de la salud y la educación para las mujeres, además una mejor gestión de las políticas de salud con el fin de cumplir con la ley garantizar el acceso y la integralidad en las acciones.

Palabras clave: Atención a la salud; Salud de la mujer; Neoplasias del cuello uterino; Investigación cualitativa.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1. A situação do câncer e câncer do colo do útero no mundo e Brasil.....	12
1.2. Contextualização do problema.....	19
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
2.1. O câncer do colo do útero.....	24
2.2. Política de controle do câncer e do câncer do colo do útero no Brasil.....	30
2.3. O Itinerário terapêutico.....	38
2.4. A interface Cultura, Saúde e Doença.....	43
2.5 A integralidade.....	54
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>65</b>
<b>4. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>4.1. Itinerário na prevenção.....</b>	<b>76</b>
4.1.1. Um caminho tecido pelo desconhecimento.....	76
4.1.2. Um caminho tecido pelas oportunidades.....	81
4.1.3. Um caminho tecido pelo gênero.....	84
4.1.4. Um caminho tecido pelos serviços de saúde.....	90
<b>4.2. Itinerário no diagnóstico.....</b>	<b>94</b>
4.2.1. Um caminho iniciado com sinais e sintomas.....	94
4.2.2. Um caminho cheio de obstáculos.....	96
4.2.3. Um caminho que trouxe uma revelação dolorosa.....	99
<b>4.3. Itinerário no tratamento.....</b>	<b>104</b>
4.3.1. Um caminho difícil e complicado.....	104
4.3.2. Um caminho desconhecido e sofrido.....	111
4.3.3. Um caminho que alterou o cotidiano.....	118
4.3.4. Um caminho com apoio.....	122
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO: Parecer do Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE: Artigo.....</b>	<b>150</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A situação do câncer e do câncer do colo do útero no mundo e no Brasil

Pela sua magnitude e abrangência, o câncer é hoje um indiscutível problema de saúde pública mundial.

Em 2008 foi estimada a ocorrência de 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo, sendo que 75% ocorreu em países em desenvolvimento. Representou 13% das mortes no mundo sendo a segunda causa de morte na população geral, atrás apenas das mortes por doenças cardiovasculares. Para América do Sul, Central e Caribe, estimou-se, para o mesmo período, cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos (WHO, 2008).

A estimativa para 2030 é de 27 milhões de casos novos anuais, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer (BRASIL, 2011a).

Sabe-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos e que pelo menos 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento, acarretando-lhes a maior parte do ônus global do câncer (BRASIL, 2011a).

Nos estados Unidos e em alguns países da Europa Ocidental economicamente e socialmente mais desenvolvidos, as taxas de morbi-mortalidade por câncer, de modo geral, apresentam tendência de decréscimo, enquanto os países em desenvolvimento e do leste europeu apresentam taxas em crescimento (JEMAL et al., 2010).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer e correspondem à segunda causa de morte, sendo superada apenas pelas doenças do aparelho circulatório, o que vem reforçar a magnitude do problema do câncer no país (BRASIL, 2011a).

O termo câncer não vem designar uma única doença, porém mais de uma centena, conforme a localização inicial do tumor. Na população feminina, uma das localizações mais frequentes é o colo do útero.

Os dados mundiais apontam o câncer do colo do útero como um dos tumores de maior incidência nas mulheres, sendo o responsável pela morte de 275 mil mulheres no ano de 2008, com uma estimativa de surgimento de 529 mil casos novos. Em geral, a razão incidência/mortalidade é de 52 % (WHO, 2008). Dessa forma, a cada 2 minutos, uma mulher morre de câncer do colo do útero no mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países em desenvolvimento. No Brasil, estimativa para o ano de 2012 aponta para o surgimento de 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011a).

Em 2009, esta neoplasia foi a terceira causa de morte por câncer em mulheres com 5.063 óbitos, o que representou uma taxa bruta de mortalidade de 5,18 óbitos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011e), donde se conclui que, no Brasil, a cada 2 horas, morre 1 mulher de câncer do colo do útero.

Entretanto, uma pesquisa realizada no Brasil objetivando a correção da magnitude dos óbitos por câncer do colo do útero, demonstrou que a mortalidade por este tipo de câncer pode ser maior que o observado nos informes oficiais. No período entre 1996 e 2005 as taxas anuais médias de óbitos por câncer do colo do útero foram de 4,6 e 5,1 por 100.000 mulheres-ano, coeficientes brutos e ajustados pela população mundial respectivamente. Na referida pesquisa, para o mesmo período de 1996-2005, as taxas corrigidas mostraram um incremento de 103,4%, ou seja, passaram para 9,3 (GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010). As autoras salientam que as etapas de correção que mais proporcionaram acréscimo nas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil foram a redistribuição dos óbitos por câncer

sem especificação de localização (55,6%), correção do sub-registro (22,0%) e redistribuição dos óbitos por causas mal definidas (21,2%). As três etapas perfazem um total de 98,8% dos acréscimos nas taxas do país.

O Brasil apresenta taxas intermediárias de incidência e mortalidade se comparado aos países em desenvolvimento, porém, elevadas se cotejadas com países desenvolvidos. A Finlândia apresenta incidência de 3,7 e mortalidade de 0,9. Por outro lado, a Tanzânia apresenta incidência de 50,9 e mortalidade de 37,5 (WHO, 2008).

Considerando a distribuição nas regiões brasileiras, os tumores do colo uterino ocupam posições variadas. Na região Norte, é o tipo de câncer mais incidente, ocupa o segundo lugar nas regiões Nordeste e Centro-oeste, enquanto, na região Sudeste, ocupa a terceira posição e a quarta posição cabe à região Sul (BRASIL, 2011a).

A incidência deste tipo de câncer pode ocorrer na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta, rapidamente, a partir dos 35 anos, até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 50 anos (BRASIL, 2009).

Esse tipo de câncer está entre as principais causas de morte da população feminina de 40 a 60 anos, gerando custos sociais de repercussão familiar e na economia do país, pois interrompe a vida de numerosas mulheres em idade útil, social e economicamente ativa (MENDONÇA et al.2008; TAVARES; PRADO, 2006; FONSECA; RAMACCIOTTI; ELUF NETO, 2004).

A sobrevida média, após cinco anos, nos países desenvolvidos varia de 51% a 66% enquanto nos países em desenvolvimento é de 44%, em consequência dos diagnósticos em estádios avançados (BRASIL, 2009).

A maioria das mortes por câncer do colo do útero poderia ser evitada mediante o diagnóstico precoce e a doença adequadamente tratada, pois apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado precocemente, além de ser

tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos (MENDONÇA et al.2008).

Mas, lamentavelmente, a cura nem sempre é possível, principalmente quando o diagnóstico ocorre em fase avançada da doença e a realidade é que quase 70% das mulheres procuram o serviço de saúde quando o tumor já se tornou invasor. Esta realidade limita a possibilidade de cura, inflige tratamentos agressivos, resulta em vidas ceifadas precocemente, além de ampliar a demanda por assistência em nível secundário e terciário, o que ocasiona um aumento nos gastos nestes níveis de atenção (TAVARES; PRADO, 2006).

Dentre as várias estratégias de prevenção e controle, a realização periódica do exame citopatológico do colo uterino continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011b).

Para países com cobertura superior a 70% do exame citopatológico em intervalo de 3 a 5 anos, a taxa de mortalidade é igual ou menor que 2 mortes por 100.000 (ANTTILA et al 2009; ARBYN et al. 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma cobertura de 80% entre a população alvo, suficiente para impactar os indicadores de incidência e mortalidade, o que pode ser observado após quatro anos de implementação das ações de rastreamento e cerca de dois anos mais tarde, respectivamente (THULER, 2003).

No Brasil, o exame citopatológico conhecido como teste de Papanicolaou e/ou simplesmente “Preventivo” é recomendado como estratégia de rastreamento para mulheres a partir de 25 anos que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos de idade, sendo interrompido após esta idade quando houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais consecutivos considerados normais (BRASIL, 2011b).

Em 1940, o controle do câncer do colo do útero teve seu marco inicial com iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram a citologia e a colposcopia para o Brasil. Foi um dos

primeiros países do mundo a introduzir estes exames para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011b).

Em 1956, possivelmente, houve a primeira iniciativa de dimensão institucional voltada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país com a criação do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, para atender aos casos de câncer do aparelho genital feminino.

Com a finalidade de controle do câncer do colo do útero, estratégia de forma mais organizada surgiu com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 (BRASIL, 1984). Apesar de o PAISM não ter conseguido o controle do câncer do colo do útero, trouxe a importante contribuição de introduzir e estimular a coleta de material para exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta de ginecologia.

Em 1987, a institucionalização do Programa de Oncologia (PRO-ONCO) possibilitou a elaboração do Projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-uterino” que, em uma reunião nacional em 1988, elaborou consenso sobre a periodicidade e faixa etária no exame citopatológico.

Em 1995, durante a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, a delegação brasileira assumiu o compromisso de investir esforços para reduzir a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Com este objetivo, em 1996 foi implementado o projeto piloto ‘Viva Mulher’, com o objetivo de realizar uma avaliação geral das estratégias até então utilizadas no Brasil e testar a viabilidade de execução de um programa organizado de controle do câncer do colo do útero, considerando as diferenças socioeconômicas e epidemiológicas regionais.

Estabeleceram-se as formas e técnicas de recrutamento, de coleta para o exame citopatológico, tratamento e avaliação, bem como a introdução do método “Ver e Tratar”, que consistia no tratamento pré-hospitalar imediato das lesões precursoras do câncer, por técnica



cirúrgica de alta frequência (CAF). O método “Ver e Tratar” é recomendado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) em países em desenvolvimento pela forma diagnóstica menos onerosa, que é a inspeção visual do colo pelo ácido acético, e com o tratamento imediato por CAF.

A partir de 1998, com o Programa Viva Mulher, observou-se uma crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos (MARTINS et al. 2009).

Em 1998, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PCCU), cuja coordenação foi transferida para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 1999. O PCCU atualizou as recomendações referentes à população alvo, periodicidade do exame citopatológico, cuidados prévios à coleta, coleta do material cervical, padronização dos laudos citopatológicos e as condutas clínicas de acordo com o exame citopatológico, o exame colposcópico e o exame histológico.

Em 1999, foi instituído o Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para o gerenciamento das informações oriundas das unidades de saúde, como estratégia para sistematizar a obtenção de dados que permitem avaliar e monitorar a evolução e o desfecho das ações.

Salienta-se que, em 2002, ocorreu a segunda fase de intensificação do rastreamento do câncer do colo do útero e da mama.

Em dezembro de 2005, avançando na busca de respostas aos desafios na área oncológica, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Esta política estabelece o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componentes fundamentais a serem previstos nos planos estaduais e municipais de saúde.

Em 2006, a importância da detecção precoce dos cânceres de colo do útero e mama foi reafirmada no ‘Pacto pela Saúde’. O ‘Pacto pela Saúde’ contempla três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto pela defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto pela Gestão do

SUS. Inserido no Pacto pela Vida está o controle do câncer do colo de útero e mama através da inclusão de indicadores na pactuação de metas com Estados e Municípios (BRASIL, 2006b).

Em março de 2011, a Presidente da República lançou o Programa de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama. Com este Programa, o governo federal pretende, com apoio técnico e recursos financeiros, incentivar Estados e Municípios a garantirem o acesso ao preventivo, com qualidade, a todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade. Os exames preventivos serão submetidos a um controle de qualidade mais rigoroso. A rede especializada em oncologia será ampliada com o credenciamento de mais hospitais ao SUS e intensificada a capacitação de profissionais para a área (BRASIL, 2011c; 2011d).

No Brasil, a razão entre os exames colpocitológicos, em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, mostra a relação entre a oferta de exames e a necessidade atual. Em 2009, essa razão, no país, foi de 0,18 exame/mulher/ano, valor tendencialmente estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada, de 0,3 exame/mulher/ano (BRASIL, 2011c).

Em Minas Gerais, esta razão foi de 0,21, também abaixo da razão mínima esperada (DATASUS, 2012a). Em Juiz de Fora, esta razão mostra-se oscilante com tendência ao afastamento da razão esperada. Em 2008, a razão foi de 0,18 e no ano seguinte foi de 0,21. A razão apresentada em 2010 foi de 0,14 enquanto em 2011 foi de 0,11 (DATASUS, 2012b). Além de uma oferta e uma cobertura aquém das desejadas, grande parte dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos de idade, que buscam os serviços de saúde para a atenção reprodutiva, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade (BRASIL, 2009).

Há ainda mulheres que realizam o exame em intervalos curtos, diferentemente do

recomendado pelo MS, o que pouco contribui para a prevenção, entretanto eleva o custo e dificulta o acesso dos grupos mais vulneráveis, conforme pesquisa realizada em um município do nordeste brasileiro (TAVARES; PRADO, 2006) e outra em um município do estado de São Paulo (VALE et al., 2010).

A inexistência atual de um cadastro universal de base populacional consistente impede o recrutamento da população alvo, inclusive das mulheres em falta com o rastreamento (BRASIL, 2011b).

As políticas públicas de saúde introduzidas nos últimos anos, com vistas ao controle do câncer de colo do útero, incluindo o fortalecimento da atenção primária e a estratégia saúde da família, apresentam potencialidades para ampliar e qualificar a atenção à prevenção do câncer de colo do útero, de modo a impactar a incidência e mortalidade por este tipo de enfermidade. Entretanto, apesar dos avanços na legislação e dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, e das ações de assistência no tratamento, a manutenção das taxas de incidência e de mortalidade no Brasil revela que as medidas adotadas não conduziram aos resultados esperados (MENDONÇA et al. 2008). Apesar dos investimentos do governo, percebe-se que o avanço das políticas e das práticas de saúde não parece suficiente para modificar o quadro de morbimortalidade em mulheres por câncer de colo do útero, permanecendo como um grande desafio de saúde pública.

## **1.2 Contextualização do problema**

Desde 1990, atuando no serviço público de saúde, na área da Saúde da Mulher e Saúde Coletiva, e a partir de 1995, continuando na mesma área como docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, o tema sempre foi alvo de meu interesse surgindo várias inquietações pautadas na observação da angústia, sofrimento e

inúmeras dificuldades relatadas pelas mulheres.

Na minha prática profissional com as mulheres, observei que muitas delas encontravam dificuldades no enfrentamento da doença, nas ações que a envolvem, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento. Essas queixas, ouvidas frequentemente, eram relatos que sugeriam um atendimento fragmentado, onde o acesso às suas necessidades de saúde nem sempre foi garantido. Traduzia angústia gerada pela incerteza do diagnóstico, cujo impacto trazia sofrimento, agravado muitas vezes pela sua comunicação de forma fria e impessoal. Revelavam sofrimento físico e psíquico originados pela agressividade e desconhecimento da terapêutica do câncer, especialmente por aquelas cujo diagnóstico foi feito tardiamente.

A amplitude e complexidade do tema apontam diversas formas de leitura e investigação da realidade, provocando reflexões e questionamentos vários. É preciso refletir sobre a organização dos serviços públicos de saúde, sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde relacionado às ações de assistência e dos cuidados prestados às usuárias. É preciso pensar o acolhimento, a humanização, a integralidade da assistência, os projetos terapêuticos de abordagem interprofissional, a educação em saúde e a educação permanente dos profissionais.

Um peso importante nestas reflexões e indagações são os fatores que envolvem a própria usuária, tais como os fatores culturais, comportamentais, sociais e econômicos, visto que as questões de saúde não incidem de maneira separada dos demais aspectos da vida de uma pessoa e de uma sociedade.

As questões de saúde não são mediadas apenas pela autonomia individual, mas também pelas emoções, interesses e circunstâncias, sendo efetuadas dentre as possibilidades acessíveis, no bojo de um contexto social, cultural, econômico, político e por sucessivas avaliações das respostas obtidas no serviço.

Diante de um quadro tão vasto de possibilidades, diferentes formas investigativas são

importantes, necessárias e devem ser estimuladas no âmbito das várias áreas do conhecimento.

Alguns estudos, envolvendo mulheres não acometidas pela doença, buscaram revelar as causas que obstaculizam a realização do exame citopatológico e/ou causas associadas à efetivação ou não do mesmo. Outros envolveram mulheres acometidas pela doença, porém focando pontualmente uma terapêutica ou outra. Entretanto, poucos abordaram mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero, numa investigação que envolvesse os aspectos que fossem da prevenção ao tratamento, sob o ponto de vista da mulher. Não se pode responder às questões relativas aos cuidados e orientações em saúde somente com a lente dos próprios conceitos e percepções.

O profissional de saúde deve, além do conhecimento sobre alterações físicas, compreender as experiências vivenciadas por essas mulheres no processo de lidar com a prevenção e/ou enfrentamento do diagnóstico e tratamento da doença, ponderando a complexidade e integralidade de sua vida.

É indiscutível o valor dos conhecimentos técnicos científicos, a existência de um aparato legal, gerencial, técnico administrativo e organizacional eficiente, porém convém lembrar que é a mulher quem faz a escolha final, se realiza ou não o preventivo, quando, onde e com quem. Mesmo após a realização do atendimento, é ela quem detem o poder de cumprir ou não cumprir as orientações dos profissionais de saúde ou mesmo procurar alternativas outras.

Todas estas reflexões justificaram e fortaleceram a proposta de uma investigação, que teve como objeto de estudo o itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero em busca de prevenção, diagnóstico e tratamento. As mulheres acometidas pela doença podem construir uma reflexão mais profunda sobre o caminho percorrido ou não na prevenção, na busca do diagnóstico e no tratamento. Estas reflexões podem constituir

subsídios importantes no planejamento dos serviços e da assistência.

Para os limites deste estudo, a investigação teve o objetivo de analisar o referido itinerário, numa perspectiva da experiência vivenciada do adoecimento e das buscas por cuidados, pelas lentes do próprio olhar das mulheres, pois nenhum dado estatístico daria conta de uma experiência tão marcadamente individual.

Foi adotado no presente estudo o conceito de Itinerário Terapêutico entendido como trazendo a experiência de busca de cuidados e de adoecimento de usuários e suas famílias permitindo:

Analisar o modo como o adoecimento se manifesta em cada usuário, desde o aparecimento da doença de base até o momento da investigação, bem como seu processo de cronificação, permitindo evidenciar como a experiência de adoecimento é vivenciada pelas pessoas, incluindo seus tempos cotidianos. (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2009, p. 180).

Ainda segundo as autoras, o itinerário terapêutico, ao trazer a experiência de busca de cuidados empreendida por usuário e sua família, permite analisar suas facilidades, dificuldades e limitações na busca por cuidados de saúde, identificando o modo como os serviços de saúde deram resposta aos mesmos, em cada um e no conjunto dos percursos que compõem sua trajetória.

Este estudo pode contribuir para a obtenção de subsídios no sentido de auxiliar na reorganização da rede de cuidados, na reflexão das práticas, visando à integralidade das ações e da assistência individual e coletiva, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento, no sentido de auxiliar a reversão do atual quadro de morbimortalidade da doença, melhorando a assistência prestada a estas mulheres.

Neste estudo, a Introdução trouxe inicialmente um panorama sobre a situação do câncer no mundo e no Brasil e focou em seguida a situação do câncer do colo do útero. Foi integralizada com a contextualização do problema que originou a investigação, bem como o objeto, objetivo e contribuições do estudo. Em seguida, o estudo aborda alguns temas que

serviram de referencial analítico. Importante destacar que o referencial analítico foi proposto após a coleta dos dados conforme orientação do método utilizado na pesquisa. Na seqüência, foi descrito o método e, logo após, foi realizada a análise dos dados e discussão. O estudo foi concluído com as considerações finais. A seguir, são listadas as referências e, como anexo apresento o Parecer do Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos. Finalizando, como Apêndice apresento o artigo extraído do estudo e que foi publicado em 2011.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O câncer do colo do útero

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma ordenada. É uma afecção progressiva, precedida por uma fase de doença pré-invasiva denominada neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é classificada em graus I, II e III, dependendo do grau das alterações celulares e desordenamento das camadas celulares. A maioria das NIC I regride em períodos entre 12 e 24 meses, ou não progride à NIC II ou III, portanto não é considerada lesão precursora do câncer. As NIC II e III são consideradas precursoras, devido à sua maior probabilidade de progressão, se deixadas sem tratamento (BRASIL, 2011b).

Na maioria das vezes, o câncer do colo do útero segue um padrão de evolução de forma lenta, pois passa por fases pré-clínicas e curáveis num período que varia de 10 a 20 anos. Entretanto, no momento em que as alterações celulares se tornam muito intensas, o grau de desarranjo é tamanho que as células rompem a membrana basal e invadem o tecido conjuntivo do colo do útero, abaixo do epitélio, caracterizando um carcinoma invasor. (APGAR; BROTZMAM; SPITZER, 2010; RICCI et al., 2008; COELHO, 2007; MAGI et al., 2006; PINOTTI; FONSECA; BAGNOLI, 2005; BASTOS, 2004; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001; HALBE, 2000).

O exame citopatológico consiste no estudo de células esfoliadas do colo do útero e vagina. É o mais utilizado para detectar lesões pré-malignas e malignas nas regiões da cérvix e vagina como primeira etapa do rastreamento, em mulheres assintomáticas, sendo também capaz de identificar inflamações e infecções.

A nomenclatura dos exames citopatológicos utilizada no Brasil foi baseada no Sistema Bethesda. A classificação de Bethesda é um sistema internacional criado em uma reunião de



especialistas em 1988, na cidade de Bethesda (Maryland, EUA), tendo sido revisada em 1994 e 2001, com a finalidade de estabelecer parâmetros para o diagnóstico clínico no rastreamento citológico, constituindo dessa maneira, uniformidade na terminologia dos laudos (BRASIL, 2006a).

O Programa de Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero (PCCU) estabelece as condutas clínicas de acordo com o resultado do exame citopatológico. Se o laudo acusar amostra insatisfatória, o exame deve ser repetido imediatamente. Apresentando-se sem células anormais ou com alterações celulares benignas, após o tratamento das infecções e inflamações, o retorno da mulher será após um ano. Após dois exames normais, em intervalo de um ano, o exame será a cada três anos.

Em presença de lesões de baixo grau, a mulher deve retornar à unidade de saúde em seis meses para repetir o exame citopatológico. Se o resultado persistir, deverá ser encaminhada à colposcopia para continuação da investigação. Normalmente as lesões de baixo grau regridem espontaneamente em cerca de 80% das vezes. Ocorrendo lesões de alto grau e/ou carcinoma, a mulher deverá ser encaminhada para a colposcopia que irá direcionar a biópsia e a excisão cirúrgica.

A segunda etapa do rastreamento é a colposcopia que avalia pacientes com citologia anormal. A colposcopia é um exame microscópico que consiste na visualização do colo, vagina e vulva através do colposcópio e identifica alterações precursoras do câncer, antes que células com atipias possam evoluir para um câncer. Ocorrendo alterações, detectadas na colposcopia, recomenda-se a realização de biópsia cervical. Esta deve ocorrer, preferencialmente, sob visualização colposcópica, já que o procedimento às cegas apresenta taxas de falso negativo. A confirmação do diagnóstico, porém, se dá através do exame histológico da peça retirada na biópsia (HALBE, 2000).

O carcinoma *in situ* (confinado ao epitélio de superfície) e o microcarcinoma (invasão inicial), geralmente são assintomáticos. Um carcinoma invasor pode ser oligossintomático e até assintomático temporariamente, porém com a evolução apresenta sangramento fácil ao manuseio e à relação sexual, corrimento amarelado ou marrom e com mau cheiro, manchas sanguinolentas nas roupas íntimas. Nas fases adiantadas, o sangramento é de maior monta, além de purulento, serossanguíneo e fétido. Há desconforto, dor pélvica e tenesmo à micção.

À medida que o tumor progride, já nos estágios avançados e de inoperabilidade, foge às leis biológicas e escapa aos recursos da medicina atual e sobrevem o óbito com grande sofrimento (dor intensa por envolvimento dos plexos nervosos). A causa da morte ocorre por uremia, embolia pulmonar, hemorragia por envolvimento de vasos sanguíneos calibrosos, septicemia secundária às infecções do trato genital devido a fístulas e outras infecções, obstrução intestinal.

A sobrevivência das mulheres com câncer do colo do útero tem aumentado em função do diagnóstico precoce, mas os casos avançados continuam a desafiar a medicina, a despeito dos progressos no campo da oncologia e dos recursos terapêuticos.

Os principais fatores de risco para o câncer do colo do útero são: a persistência de determinados tipos de *humanus papiloma vírus* (HPV) em altas cargas virais, o início de atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros (ambos os sexos), baixo nível socioeconômico, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, multiparidade, infecções genitais de repetição, alterações das condições imunológicas gerais e locais e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2009).

O HPV é considerado o agente mais importante na gênese do câncer de colo uterino e outros cânceres do trato genital feminino e masculino. Estudos que utilizam métodos de hibridização têm demonstrado que mais de 99% dos casos podem ser atribuídos a um dos 20 tipos oncogênicos do HPV. Já foram descritos mais de 200 tipos de HPV através de técnicas

de biologia molecular: reação em cadeia da polimerase (PCR), hibridização molecular e ou captura híbrida.

Há determinados tipos de vírus que tem um alto potencial oncogênico, outros apresentam um médio e alguns um baixo potencial. O HPV16 e o HPV18 são os mais comuns no câncer do colo do útero. Ambos parecem ser o que mais se relacionam a lesões de alto grau e a uma maior rapidez de transição das lesões pré-malignas ao carcinoma. São considerados de baixo risco os HPV6 e HPV11 relacionados aos condilomas benignos (BRASIL, 2009; AYRES; SILVA, 2010).

Há três formas de interação do vírus com o organismo humano. A forma clínica se manifesta por verrugas (hipercrômica na pele, hiperêmica nas mucosas). Geralmente tem baixo potencial oncogênico (normalmente tipo 6 e 11). É mais comum no intróito vaginal, grandes e pequenos lábios, região perineal e perianal. As lesões são vistas 'a olho nu'. Na forma subclínica, as lesões não são vistas a olho nu, desarmado. O diagnóstico pode ser sugestivo a partir da citopatologia, colposcopia, microcolpo-histeroscopia ou histologia. O diagnóstico é confirmado através de exames laboratoriais de diagnóstico molecular. É freqüentemente multifocal aparecendo no colo uterino, vagina e vulva. As lesões subclínicas não apresentam nenhum sintoma, podendo progredir para o câncer, caso não sejam tratadas precocemente. Na forma latente não existem manifestações clínicas ou alterações morfológicas, à vista desarmada, colposcopia ou microscopia. É detectada somente à custa de métodos biomoleculares (APGAR; BROTZMA; SPITZER, 2010).

Estudos comprovam que 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV, em algum momento de suas vidas. Porém, a maioria das infecções é transitória, sendo combatida espontaneamente pelo sistema imune, principalmente entre as mulheres mais jovens. Os vírus podem estabelecer relações

amplamente inofensivas e a maioria das infecções passa despercebida, regredindo de maneira espontânea.

Em inquéritos de prevalência, realizados em alguns grupos da população brasileira, estima-se que 25% das mulheres estejam infectadas pelo vírus, entretanto somente 3% a 10% das mulheres infectadas com um tipo de HPV com alto risco de câncer, desenvolverá câncer de colo do útero (BRASIL, 2009). Sabe-se também que a infecção pelo HPV é essencial, mas isoladamente não é suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem e da carga viral, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como co-fatores (BRASIL, 2009).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil aprovou, para comercialização, a primeira vacina desenvolvida para a prevenção das infecções mais comuns que causam a condilomatose genital (HPV6 e HPV11) e o câncer de colo de útero (HPV16 e HPV18).

Há duas vacinas comercializadas no Brasil. Uma delas é quadrivalente, ou seja, previne contra os tipos 16 e 18, presentes em 70% dos casos de câncer de colo de útero, e contra os tipos 6 e 11, presentes em 90% dos casos de verrugas genitais. A outra é específica para os subtipos 16 e 18 (BRASIL, 2009).

A rede pública, até o momento, não disponibiliza aos usuários as vacinas contra os HPV. A incorporação da vacina pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero. As principais beneficiadas serão as meninas antes da fase sexualmente ativa.

O tratamento do câncer de colo do útero irá depender da localização das lesões, seu crescimento, gravidade, penetração ou não no canal cervical, condições clínicas da mulher, assim também como sua idade. As opções de tratamento atualmente são as cirurgias, radioterapia, e o tratamento clínico que inclui a quimioterapia.

O objetivo do tratamento cirúrgico é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando, assim, o tratamento adjuvante.

O tratamento de escolha, para as mulheres que não mais desejam filhos e com carcinoma microinvasor do colo do útero, é a histerectomia abdominal ou vaginal. É necessária a realização de um cone a frio ou por CAF para a confirmação do diagnóstico de microinvasão, antes da indicação da histerectomia (COELHO, 2007).

Apesar de a histerectomia ser o tratamento com a menor taxa de recidiva, deve se ter em mente que existem intervenções menos mórbidas, como a Cirurgia de Alta Frequência (CAF), menos custosas e que não levam a mutilações, tendo taxas de cura bastante aceitáveis, sendo recomendadas pela experiência internacional e que se deve ter como a primeira opção (HALBE, 2000).

Os aparelhos de CAF geram um tipo de onda que produz, simultaneamente, corte e hemostasia e substituem o tratamento por meio da cauterização ou de substâncias corrosivas, com a vantagem de obter fragmento para estudo histopatológico. Além disto, possibilita o tratamento das lesões precursoras do câncer com cirurgia conservadora da fertilidade, não mutilante em nível pré-hospitalar, permitindo inclusive a opção de diagnóstico e tratamento na mesma consulta o que se denomina método 'Ver e Tratar' (HALBE, 2000).

O método clássico, conhecido como cone a frio, é indicado tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica de lesões precursoras de alto grau do câncer do colo uterino. A grande desvantagem deste método reside no fato da mulher necessitar ser internada para a realização do procedimento (RICCI et al., 2008).

A radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero e que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama, emitidos pelo *radium* ou outro material radioativo, em

um alvo, reduzindo e, por vezes, eliminando o tumor (RICCI et al., 2008). Nos estádios iniciais, os resultados da cirurgia e da radioterapia são os mesmos em relação à sobrevida, mas a cirurgia é mais vantajosa na possibilidade de manutenção da função ovariana e em relação à qualidade da atividade sexual.

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. Se utilizada antes da cirurgia, pode melhorar o resultado final por redução volumétrica da massa a ser operada. Vários protocolos têm recomendado o uso concomitante com a radioterapia, aumentando assim, a resposta individual à terapêutica. Se usada como recurso que antecede a radioterapia, pode induzir seleção de células resistentes à radioterapia, piorando os resultados finais (RICCI et al., 2008).

## **2. 2 Política de controle do câncer e do câncer do colo do útero no Brasil**

Recorreu-se às publicações do Ministério da Saúde (BRASIL,1999a; BRASIL,1999b; BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011d) para um levantamento dos principais eventos que marcaram a trajetória das políticas de controle do câncer e do câncer de colo do útero no Brasil. Percebeu-se que estas seguiram uma lenta trajetória.

Em 1920, os números ascendentes de casos de câncer na Europa e Estados Unidos levaram o Brasil à inclusão de propostas na legislação sanitária brasileira para uma política anticâncer, que na prática, resultou na inserção de uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbitos distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácia, assim como a notificação compulsória.

Em setembro de 1922, ocorreu o I Congresso Nacional dos Práticos, onde o obstetra Fernando Magalhães apresenta o primeiro plano anticâncer brasileiro, a partir dos dados referentes à população do Rio de Janeiro, então Distrito Federal. Além dos primeiros números, ainda que precários, colhidos nas Casas de Misericórdia, Magalhães apontaria, de maneira pioneira, a partir de sua constatação em operários, a relação entre câncer e substâncias como alcatrão, resinas, parafinas e anilinas. Ainda em 1922, coube à iniciativa privada a fundação do Instituto de Radium, em Belo Horizonte, primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país, exequível pela persistência de Borges da Costa e o orçamento do governo Arthur Bernardes.

Em 1924, aconteceu o II Congresso Brasileiro de Higiene onde se comparava o declínio da tuberculose com o aumento do câncer nos principais centros urbanos do Brasil, a exemplo do que ocorria nos países desenvolvidos.

Seguiram-se inúmeras iniciativas da parte do governo e de entidades privadas como envio de cancerologistas e sanitaristas aos Estados Unidos e Europa para se inteirar da luta contra o câncer e a organização de serviços. Entretanto, somente na década de 30 viriam os investimentos na construção de um aparato hospitalar para tratamento e estudo do câncer.

Em 1937, durante a gestão do presidente Getúlio Vargas, houve a criação do Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, na época Rio de Janeiro, considerado o embrião do atual Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Em 1940, o controle do câncer do colo do útero tem seu marco inicial com iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram a citologia e a colposcopia para o Brasil.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional do Câncer (SNC) com o objetivo de organizar, orientar e controlar as ações de combate ao câncer em todo o país.

Em 1956, possivelmente, houve a primeira iniciativa de dimensão institucional voltada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país. O então Presidente da República Juscelino Kubitschek construiu o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, da Fundação das pioneiras Sociais no Rio de Janeiro, para atender aos casos de câncer do aparelho genital feminino. Este centro foi integrado ao INCA, em 1992.

Na metade do século XX, iniciou-se a preocupação com a prevenção e o diagnóstico precoce, sendo que em 1967, o SNC conseguiu a institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC). O objetivo deste novo órgão é intensificar e coordenar as atividades das instituições públicas e privadas em todo o Brasil, visando a reduzir a incidência e mortalidade por câncer no país.

Em 1968, José Aristodemo Pinotti iniciou um programa de controle do câncer do colo do útero para Campinas e região, com base na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Em 1970, houve alteração no Ministério da Saúde (MS) e o SNC foi transformado em Divisão Nacional de Câncer (DNC), responsável pela elaboração do Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), que defendia a organização dos serviços de cancerologia por meio da integração das diversas instituições federais, estaduais e municipais, autárquicas e privadas, e buscava a regionalização e a hierarquização destes serviços.

Em 1974, ocorreu a ativação da CNCC para recebimento de verbas que puderam comprar bombas de cobalto, agulhas de césio e outros equipamentos que foram cedidos em regime de comodato para vários hospitais da rede pública e privada.

Em 1975, através de um convênio firmado entre Ministério da Previdência e Assistência Social com MS, foi criado, no âmbito da Previdência, o Programa de Controle do Câncer (PCC) que instituiu comissões de oncologia de âmbito local, regional e nacional.



Houve também a extinção da DNC e criação da Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas (DNDCD).

Salienta-se que, entre 1972-1975, o MS elaborou e implementou o Programa de Controle do Câncer, de forma geral, mas deu ênfase ao rastreamento do câncer do colo do útero.

Em 1980, ocorreu a transferência dos hospitais e serviços assistenciais do MS, inclusive o INCA, para o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que entre outras ações, previa atividades de controle do câncer do colo do útero, introduzindo e estimulando a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina na consulta ginecológica.

Em 1986, a CNCC criou o Serviço Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC). Em 1987, foi institucionalizado o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) da CNCC com o objetivo de implantar as ações previstas no SIRCC, possibilitando a elaboração do Projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino”. A grande contribuição do PRO-ONCO foi promover uma reunião nacional em 1988 para elaborar consenso sobre a periodicidade e faixa etária no exame citopatológico.

Em 1990, o MS sofreu nova reformulação, quando foi retirada a função de controle do câncer da DNDCD, desativada a CNCC, elaborado e aprovado um novo organograma e novas atribuições para o INCA, com a transferência do PRO-ONCO para o mesmo.

O INCA passou a constituir-se como um órgão da administração direta do MS, vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde, que assiste ao Ministro da Saúde na coordenação das ações nacionais de controle do câncer, sendo agente referencial para prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 1929, paralelamente às iniciativas governamentais, floresciam organizações privadas e filantrópicas tais como a Fundação Martinelli, Fundação Laureano, Liga Bahiana Contra o Câncer, Associação Paulista de Combate ao Câncer, Liga Paranaense Contra o Câncer e outras.

Em 1995, durante a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, a delegação brasileira assumiu o compromisso de investir esforços para reduzir a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. O governo brasileiro passou a investir na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer de colo do útero.

Em 1996, por intermédio do INCA, o MS assinou o protocolo de intenção para a implementação de uma ação nacional que objetivou a detecção precoce do câncer de colo do útero e o controle da doença, com destaque para o projeto piloto ‘Viva Mulher’.

No período de 1996 e 1997, o INCA coordenou o projeto piloto “Viva Mulher” em cinco municípios (Belém, Curitiba, Distrito Federal, Recife e Rio de Janeiro) e no Estado de Sergipe, com o objetivo de realizar uma avaliação geral das estratégias até então utilizadas no Brasil e testar a viabilidade de execução de um programa organizado que considerasse as diferenças socioeconômicas e epidemiológicas regionais.

Com base nessa experiência, em 1998, as ações foram expandidas para todo o território nacional, com uma participação efetiva dos municípios brasileiros, em torno de 98%.

Em 1998, foi instituído pelo MS, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PCCU) cuja coordenação foi transferida para o INCA em 1999.

Em 1998, para responder aos desafios da estruturação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, o MS estabeleceu requisitos de garantia ao atendimento integral do doente com câncer e parâmetros para o planejamento da assistência oncológica, criou-se a Portaria 3.535/98 de 02 de setembro de 1998. Em seguida, determinou a adoção do sistema de

Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC/ ONCO). Os novos procedimentos passaram a se basear na neoplasia, e não mais nos medicamentos, com autorização prévia regulamentada e alimentando um sistema de informações.

Em 1999/2000 foram criadas coordenações estaduais do Programa “Viva Mulher”, que, neste início, priorizava o câncer de colo do útero em relação aos outros tipos de câncer. As bases para o planejamento e a articulação gerencial das etapas de um Programa, bem como as normas, foram definidas e sistematizadas. Assim, estabeleceram-se as formas e técnicas de recrutamento, de coleta para o exame citopatológico, tratamento e avaliação, bem como a introdução do método “Ver e Tratar” que consistia no tratamento pré-hospitalar imediato das lesões precursoras do câncer por técnica cirúrgica de alta frequência (CAF).

O método “Ver e Tratar” é recomendado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) em países em desenvolvimento pela forma diagnóstica menos onerosa, que é a inspeção visual do colo pelo ácido acético e com o tratamento imediato por CAF.

Em 1999, foi instituído o Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) para o gerenciamento das informações oriundas das unidades de saúde, como estratégia para sistematizar a obtenção de dados que permitem avaliar e monitorar a evolução e o desfecho das ações. Por meio dele, pode-se obter as informações referentes aos exames realizados nas mulheres, assim como a frequência das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, além da qualidade da coleta e das leituras das lâminas.

O SISCOLO é fundamental, também, para a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados, bem como o fornecimento de dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos. Esse sistema destaca-se como um importante instrumento de avaliação quantitativa e qualitativa, possibilitando orientar os gerentes estaduais do Programa sobre a qualidade dos laboratórios responsáveis pela leitura dos exames no município.

Ao Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, associou-se o planejamento do controle do câncer de mama constituindo o 'Viva Mulher' - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama. A estruturação desse programa objetivou a redução da mortalidade e das repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para a prevenção e detecção em estágios iniciais da doença, tratamento e reabilitação das mulheres.

Salienta-se que, em 2002, ocorreu a segunda fase de intensificação do rastreamento do câncer do colo do útero e da mama, através do programa 'Viva Mulher'. As diretrizes e estratégias traçadas neste programa contemplavam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitiu ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

O objetivo nesta segunda fase foi a detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame citopatológico, a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas diferentes etapas do Programa. Além disto, foi objetivo do programa a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde, visando o fortalecimento e o incremento da eficiência da rede assistencial para o controle do câncer do colo do útero.

O Programa de Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero atualizou as recomendações referentes à população alvo, periodicidade do exame citopatológico, cuidados prévios à coleta, coleta do material cervical, padronização dos laudos citopatológicos, das condutas clínicas de acordo com o resultado do exame citopatológico, o exame colposcópico e o exame histológico.

Em 2005, O MS estabeleceu nova classificação e exigências para hospitais que tratam câncer, além de estabelecer parâmetros para o planejamento da Rede de Alta Complexidade

em Oncologia e definir processos relacionados à informação em câncer - Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e o acesso a exames de média complexidade.

Em dezembro de 2005, em busca de respostas aos desafios na área oncológica, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Trata-se de uma política direcionada à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a ser criada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas do governo. Esta política estabelece o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componentes fundamentais a serem previstos nos planos estaduais e municipais de saúde. Estabeleceu portaria 741 de 19/12/2005, em substituição à portaria de 1998, que estabelece parâmetros para o planejamento da rede de alta complexidade em oncologia, nova classificação e exigências para hospitais que tratam câncer e define processos relacionados à informação em câncer.

Em 2006, a importância da detecção precoce dos cânceres de colo do útero e mama foi reafirmada no Pacto pela Saúde que contempla três dimensões: o Pacto pela vida, o Pacto pela defesa do SUS e o Pacto pela gestão do SUS. Inserido no Pacto pela vida está o controle do câncer do colo de útero e mama através da inclusão de indicadores na pactuação de metas com Estados e Municípios.

Em 2008, constatando a necessidade de efetivar as ações de saúde no sentido de assegurar a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento das mulheres com cânceres do colo do útero e de mama, no âmbito do SUS, criou-se a Lei nº 11.664 de 29 de abril de 2008.

Em março de 2011, a Presidente da República lançou o Programa de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama. Com este Programa, que faz parte da política de atenção oncológica, o governo federal pretende, com apoio técnico e recursos financeiros, incentivar Estados e Municípios a garantir o acesso ao preventivo, com qualidade, a todas as mulheres de 25 a 59 anos de idade. Os exames

preventivos serão submetidos a um controle de qualidade mais rigoroso. A rede especializada em oncologia será ampliada com o credenciamento de mais hospitais ao SUS e intensificada a capacitação de profissionais para a área.

### **2.3 O itinerário terapêutico**

O estudo do itinerário terapêutico, apresentado na literatura em antropologia da saúde, considera como seu principal objetivo o de interpretar os processos pelos quais as pessoas ou grupos fazem suas escolhas, avaliações e adesões ou não a determinados tratamentos. Neste processo, considera-se tanto o percurso feito na busca de tratamento e cura da doença, quanto as avaliações dos diferentes resultados obtidos e a existência possível de decisões e negociações entre diversas pessoas e grupos com explicações divergentes sobre a doença e a eleição do melhor tratamento.

No Brasil, os primeiros estudos na perspectiva dos itinerários terapêuticos ocorreram em meados da década de 1980. Estes estudos buscavam compreender a experiência de adoecimento e a busca por cuidado dentro do subsistema popular ou não profissional, enfocando a religião como instância de cura. Inicialmente, os estudos foram realizados com pacientes portadores de transtornos mentais e, aos poucos, se estenderam a pacientes em condições crônicas de enfermidade (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

A necessidade de interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem ou não a determinadas formas de tratamento surgiu diante da constatação de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. A orientação dos profissionais da saúde representantes da Biomedicina é apenas mais uma possibilidade entre tantos outros recursos, do qual as pessoas fazem uso em busca de alívio para suas aflições. Tão logo surjam sintomas físicos ou psíquicos e sua

identificação como uma desordem, o indivíduo se depara com inúmeras opções de serviços terapêuticos. Muitos destes recursos, no entanto, não são explicitados para o profissional de saúde, com receio de desaprovação ou repreensão, pois o itinerário terapêutico muitas vezes segue uma lógica diferente do modelo biomédico (ALVES; SOUZA, 1999).

As sociedades modernas proporcionam uma rede complexa de diversas possibilidades de cuidados em saúde utilizando diferentes procedimentos e processos visando a explicar o sofrimento das pessoas (GERHARDT, 2007).

Frente a esta diversidade, as formas de procura de cuidados, os processos de escolha, a avaliação e a aderência a determinadas terapêuticas são complexas e difíceis de serem apreendidas, diferenciando-se de um indivíduo a outro, podendo variar em um mesmo indivíduo, de um episódio de doença a outro. Ela está condicionada tanto pelas atitudes, valores e crenças, quanto pelo perfil da doença, bem como pelos diversos tipos de acesso aos serviços de saúde e de tecnologias ora disponíveis, ora não, especialmente para as populações de baixa renda (GERHARDT, 2007).

Na opinião da autora, na abordagem do itinerário terapêutico é preciso considerar os aspectos inerentes ao cotidiano dos indivíduos, conhecendo e contextualizando suas experiências construídas nas diversas vivências, relações e interações sociais com familiares, vizinhança, escola, amigos, trabalho. Esta contextualização é importante, pois a escolha do tratamento, as distintas trajetórias empreendidas por um indivíduo ou sua família, sofrem pressão para determinadas escolhas, conforme contexto sociocultural no qual estão inseridos.

Torna-se necessário, portanto, analisar os itinerários terapêuticos das pessoas envolvidas, a partir do contexto onde a seqüência de eventos toma forma, pois cada contexto é único, possuindo características próprias e especificidades. É precisamente nessa conjuntura dinâmica que é obtida a hierarquização dos problemas (GERHARDT, 2007).

A idéia de itinerário terapêutico se configura como uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos formados por uma cadeia de eventos sucessivos, compondo uma unidade articulada. Entretanto, esta unidade articulada é produzida apenas quando o sujeito olha o passado e relata suas experiências dando novas interpretações à luz das circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente. Por conseguinte, o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, porém sua interpretação é uma tentativa consciente de atribuir sentido e integração a atos fragmentados ocorridos no passado (ALVES; SOUZA, 1999).

O itinerário terapêutico não necessariamente segue um plano preconcebido e esquematizado previamente. É construído por caminhos diversos e não há uma regra que determine o que fazer e quando fazer. Esta procura de cuidados está sujeita a questionamentos, avaliações e negociações, repetidas em cada etapa do processo de busca pela manutenção da saúde. Alguns percursos são mais aproximados do modelo biomédico, enquanto outros se apoiam no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso (ALVES; SOUZA, 1999).

Os estudos sobre itinerários terapêuticos requerem uma mediação entre processos sócio-culturais, tais quais os padrões de comportamento, quadros culturais de referência, instituições e outros e a conduta singularizada de indivíduos que vivem a experiência da enfermidade. Inicialmente, é importante que se compreenda a enfermidade como necessariamente presa a uma experiência. A experiência da enfermidade, em si mesma, desvela aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivos) (ALVES; SOUZA, 1999).

De acordo com os autores referidos, é a sensação produzida pelo mal estar físico e ou psíquico que faz com que os indivíduos se considerem doentes. Esta sensação institui o primeiro passo para assinalar, de modo conveniente, o sentido da enfermidade. Esta experiência de sentir-se mal origina por si mesma, as representações da doença e nos conduz a



transformar esta experiência em um conhecimento. Neste aspecto, a enfermidade é um processo subjetivo.

Contudo, não se pode esquecer do aspecto objetivo, visto que as ações dos sujeitos são construídas em um contexto sociocultural, que dado originar de um processo histórico, diferem em cada cultura e sociedade. Os indivíduos nascem neste contexto já dado e desenvolvem sua trajetória biográfica neste mundo pré-construído e pré-organizado, onde compartilha com outros um estoque de crenças e maneiras de lidar com o mundo (ALVES; SOUZA, 1999).

Entretanto, o fator cultural, compartilhado e transmitido tradicionalmente, constituídos pelos princípios, costumes, valores e significados não apresenta um caráter determinístico ou isolado nas ações dos sujeitos, visto que é situado e influenciado por uma conjuntura particular, onde entram elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos da sociedade mais ampla (HELMAN, 2003).

Tão pouco, o reconhecimento da existência de estruturas sociais significa que as ações humanas são exclusivamente determinadas por elas. O indivíduo tem estilos particulares que definem a sua situação em meio aos fenômenos socioculturais, visto que as crenças e maneiras adquiridas em um contexto sociocultural são expandidas, modificadas ou mesmo abdicadas ao longo de uma história de vida, única e singular.

Neste entrecruzamento de elementos culturais, sociais e subjetivos em sua singular trajetória de vida, sua experiência de adoecimento e de busca por cuidados vai sendo construída de maneira intersubjetiva (HELMAN, 2003).

A busca simultânea a diversas terapêuticas e, por vezes, a ausência de consenso sobre a questão terapêutica ratifica que tanto a doença quanto a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que família, paciente e pessoas próximas estão constantemente negociando significados (ALVES; SOUZA, 1999).

A noção de itinerário terapêutico, abordada na perspectiva de análise da experiência de adoecimento e de busca por cuidados, considera a dimensão do vivido, através da qual é delineado o caminho percorrido pelo usuário e sua família, e onde se revela a lógica construída nos diversos percursos que compõem esta trajetória. Nesta perspectiva, o itinerário terapêutico, permite evidenciar como estas experiências estão emaranhadas e implicadas pela forma de organização dos serviços de saúde e como se refletem na vida das pessoas que estão em busca de um atendimento às suas necessidades de saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

Ao trazer a experiência de adoecimento de usuários e suas famílias, “o itinerário terapêutico permite analisar o modo como o adoecimento se manifesta em cada usuário, desde o aparecimento da doença de base até o momento da investigação, bem como seu processo de cronificação” (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008, p.180).

Segundo as autoras citadas, eleger para análise a peregrinação de usuários em busca de atendimento às suas necessidades em saúde, pode evidenciar o que os sistemas e serviços de saúde conseguem ou não atender com resolutividade, além de evidenciar suas implicações e consequência sobre a experiência de usuários e famílias.

Ou seja, o itinerário terapêutico também permite analisar as facilidades, dificuldades e limitações encontradas nos percursos que compõem a trajetória de usuários, identificando a resolutividade obtida ou não em cada busca por cuidado e o modo como os serviços de saúde deram respostas aos problemas apresentados.

As autoras ainda ressaltam que as redes de sustentação e de apoio construídas pelo usuário e sua família em sua trajetória de busca por cuidado, também podem ser analisadas sob a ótica dos mesmos, tanto no nível formal quanto informal, expondo as dificuldades sociais e organizacionais com as quais se deparam.

## 2.4 A interface cultura, saúde e doença.

A cultura é uma expressão humana frente à realidade. É um código, um sistema de comunicação, assim como um sistema ordenado de significados e de símbolos, através dos quais os indivíduos definem seu mundo, expressam seus sentimentos e fazem seus julgamentos, fornecendo um modelo de e para a realidade. Este sistema simbólico, de domínio público, centrado no ator que o usa para interpretar seu mundo, também o reproduz em suas ações (GEERTZ, 1989).

De acordo com o autor, como a realidade está em constante transformação, percebe-se o caráter dinâmico e fluido da cultura ao produzir interpretações, significados e símbolos. Continuamente vai se modificando como resultado das interações simbólicas que os seres humanos fazem entre si e com o meio onde se inclui. As pessoas estão sempre interagindo num processo em que elas percebem e interpretam os outros e também interagem segundo suas interpretações. As interações sociais são baseadas numa realidade que é constituída de significados e por sua vez constitui os significados, as instituições e relações legitimadas pela sociedade (GEERTZ, 1989).

Outros autores complementam este pensamento:

Dado o seu caráter dinâmico e às suas características político-ideológicas intrínsecas, a cultura e os elementos que a caracterizam são fontes mediadoras de transformações sociais, altamente politizados, apropriados, alterados e manipulados por grupos sociais ao longo da história das sociedades, segundo diretrizes traçadas pelos atores sociais que fazem seu uso para estabelecer novos padrões socioculturais e modelos societários. (LANGDON; WILK, 2010, p.461)

Central neste conceito da cultura, não mais considerada uma unidade estanque de valores, crenças e normas, é o enfoque no indivíduo como um ser consciente que percebe e age. O fato das pessoas nascerem inseridas num sistema sócio-cultural já dado, não quer dizer que este sistema não esteja sempre se fazendo através das biografias individuais. Nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação, não só porque as

culturas sempre estão em contato com outras que tem outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos dentro de uma mesma cultura têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência que nunca é igual à dos outros (LANGDON, 2005).

Através do processo de socialização, a criança internaliza as noções simbólicas, sendo expressas através das interações do grupo no qual ela participa, interpretando as mensagens contidas nas atividades culturais. Ela age segundo suas percepções individuais influenciadas em parte pelos significados culturais circulando no grupo, mas também por sua própria subjetividade e experiência particular. As pessoas reagem influenciadas pela herança cultural, mas com base no vivido (LANGDON, 2005).

Esta visão de cultura ressalta a participação essencial da mesma na construção de todos os fenômenos humanos. Por esta perspectiva considera-se que percepções, emoções, interpretações e ações até mesmo no campo da saúde são culturalmente construídas (COSTA; GUALDA, 2010).

Ao se partir do pressuposto de que cultura é um fenômeno total e que, portanto provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilha, orientando, dessa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão de mundo e práxis social. A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente através de meios materiais, pensamentos e elementos culturais para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Com este intuito, cada e todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que se podem denominar sistema de atenção à saúde. (LANGDON; WILK, 2010, p.462)

Sob este prisma, o sistema de saúde é também um sistema cultural, de significados ancorados em arranjos particulares, instituições e padrões de interações interpessoais que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo conhecimentos,

percepções cognitões, ou seja, as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis (LANGDON, 2005).

Segundo Costa, Gualda (2010, p.927), que se basearam em Uchoa, Vidal (1994), “o processo saúde/doença e todas as atividades de cuidados são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural”.

Este enfoque tem implicações na nova visão sobre a doença, não mais considerada um momento único nem uma categoria fixa, mas um processo de construção sociocultural, onde ocorre uma seqüência de eventos em que os atores tentam entender e aliviar o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida.

Nesta visão, é preciso compreender a doença como experiência e processo. Em termos gerais, a doença segue alguns passos: em primeiro lugar, surge o reconhecimento dos sinais e sintomas como doença; em seguida, busca-se o diagnóstico e a escolha do tratamento, passando-se à avaliação do tratamento. Um ciclo que se repete até que a doença seja percebida como curada. Os processos não são resultados só da subjetividade do doente, mas também das negociações de todas as pessoas envolvidas e nem sempre há consenso nestas negociações devido às diferenças de percepções entre as pessoas envolvidas (LANGDON, 2005).

A doença entendida como experiência, passa primeiro pelo próprio sujeito que está vivenciando a doença. É através das impressões sensíveis produzidas pelo mal estar físico e ou psíquico que os indivíduos se consideram doentes. Sem que a sensação de que ‘algo não vai bem’ tenha sido percebida, não se pode saber se está doente. Embora processos ou estados patológicos possam estar presentes no corpo sem que se tenha consciência deles, somente quando transformados em sintomas ou em impressões sensíveis é que a doença se torna enfermidade.

Entretanto, um conjunto de sensações por si só não garante a apreensão da enfermidade. Ela se estende para além dos limites das impressões sensíveis. É preciso que estas impressões sensíveis sejam acompanhadas da compreensão de seu significado. Estes significados são construídos junto ao grupo, envolvendo noções compartilhadas sobre o corpo, seu funcionamento e quais sinais indicam que algo está errado, a gravidade da situação e como interpretá-las. Considerar-se doente é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura, onde os outros estão envolvidos no processo de legitimar a doença.

O componente subjetivo da enfermidade está fundamentado no ato individual de perceber uma experiência interior como problemática. Contudo a construção do significado desta experiência não ocorre como um processo isolado [...] A enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, na medida em que é afirmada como real para os membros ordinários da sociedade. É real porque é justamente originada no mundo do senso comum. [...] Todo significado só é lógico para o indivíduo porque é socioculturalmente legitimado pelos seus semelhantes. A produção dos significados é resultante não de um instante pontual do “eu”, mas de toda uma história do “eu”. Uma história que necessariamente constitui-se por processos de interação e comunicação com os outros [...] Assim para a compreensão adequada da enfermidade deve-se levar em conta tanto seus aspectos subjetivos, o que determina um mundo de diferenças interpretativas, como seus aspectos intersubjetivos, o que o torna objetiva para os outros (ALVES, 1993, p.268).

As normas sociais e culturais do grupo influenciam a experiência interna, a tal ponto que, incorporadas ou internalizadas, influenciam os processos corporais. Pode-se dizer que a doença não é um conjunto de sintomas físicos universais observados em uma realidade empírica, pois podemos observar que pessoas com os mesmos sintomas podem sentir-se mais doentes ou menos doentes que outras (LANGDON, 2005).

O exemplo mais simples desta afirmativa é a questão da dor, pois sabe-se que membros de culturas diferentes experimentam e expressam suas dores diferentemente. Resultados de pesquisa entre os descendentes dos açorianos na ilha de Santa Catarina revelam que os homens negam sentir dores e sintomas de saúde na mesma frequência que as mulheres,

evidenciando que em uma mesma cultura parece que a dor é experimentada de forma diferente entre os sexos (LANGDON, 2005).

Em um estudo realizado no noroeste do Estado do Paraná, verificou-se que as mulheres reconhecem mais os estados mórbidos do que os homens. Para a maioria dos homens da pesquisa, certas doenças não necessitavam de atenção ou preocupação que pudesse levá-los a perder tempo ou desviá-los de suas atividades diárias (MERINO; MARCON, 2007).

Devido à influência cultural, os serviços de saúde podem enfrentar dificuldades em organizar programas de promoção e prevenção em saúde para a população em geral. Os homens em geral buscam os serviços médicos quando os problemas de saúde se agravam. Eles minimizam a dor, o mal-estar e o sofrimento interpretados por eles como fraqueza. Esta questão tem explicação na construção cultural do que é ser homem, colocando a masculinidade como um dos principais fatores de incremento da mortalidade entre eles, devido às características atribuídas ao gênero masculino como um ser forte, invencível e que, portanto, não sente 'dor' (BOEBS et al., 2006; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

As mulheres evitam o exame ginecológico, como mostram vários estudos, alegando sentimentos como vergonha. Esta questão tem explicação na construção cultural que valoriza o recato no gênero feminino. Assim, percebe-se a influência do gênero no processo saúde/doença. O termo *gênero* expressa todo um sistema de relações que transcende a diferença biológica e sua construção cultural é evidente quando se verifica que feminino e masculino modificam-se em diferentes sociedades e épocas (TAQUETTE; VILHENA, 2006).

Em nossa sociedade, ocorre uma naturalização dos papéis sociais, que orienta os espaços ocupados de acordo com o sexo, determinado por uma construção histórica e legitimada pela sociedade. O espaço privado naturalizou-se como o espaço feminino, onde se aprende a ser mulher conforme padrões que a sociedade estabeleceu para ela. Espera-se do

gênero feminino o ser mãe, o cuidar e o maternar. À mulher é atribuído o papel de cuidar da sua saúde e da sua família, de ser dependente, companheira do homem, dócil, delicada e recatada (ALMEIDA; SILVA; AGUIAR, 2009). Ainda que ela saia do espaço privado para o público no exercício de uma função laboral, permanece com a responsabilidade do controle do lar e dos filhos, acumulando várias funções, não sendo valorizada a sua participação política. Este fato acaba reduzindo as probabilidades de desenvolvimento de outras potencialidades de que são portadoras (ALMEIDA; SILVA; AGUIAR, 2009).

A sociedade espera do gênero masculino atributos que o colocam na posição de superioridade, tais como a força, o engrandecimento de seu trabalho, sua profissão, a produção, o sucesso, o ser provedor da vida e do destino da família. Outros estereótipos fazem parte da construção do ser masculino como a virilidade, a racionalidade, além do controle das emoções tidas como sinônimo de fragilidade (NEGREIROS; FÉRES-CARNEIRO, 2004).

É um aprendizado que começa na infância, no interior dos próprios lares onde as crianças crescem aprendendo a identificar o que é masculino e o que é feminino. Enquanto os meninos recebem brinquedos que os identificam com o masculino, as meninas são presenteadas com bonecas e utensílios domésticos que as induzem a aprender a ser mãe de família e dona do lar. Este processo sendo exclusivamente de cunho sociocultural denuncia uma ideologia por detrás desta intervenção humana que camufla a realidade ao legitimar a “superioridade” do homem em relação à mulher (ALMEIDA; SILVA; AGUIAR, 2009).

Esta construção de gênero está na base da violência doméstica contra a mulher que traz danos diretos e indiretos à sua saúde física e mental.

A violência contra a mulher, em sua origem e repercussões, é reconhecida como fenômeno sociocultural e historicamente foi objeto das Ciências Humanas e Sociais e quase sempre abordada apenas no plano da segurança pública e das instâncias judiciárias. Esta visão dificultou a sua consideração como objeto do campo da saúde, o que veio ocorrer mais tarde.



Na maioria das vezes, os profissionais de saúde assumem como de sua competência o tratamento de suas conseqüências físicas e psicológicas. Este tipo de conduta que trata apenas os efeitos da violência traduz uma prática médico-sanitária na contramão da integralidade, pois insuficiente da perspectiva da prevenção (SCHRAIBER et al., 2009).

Vê-se que a cultura tem íntima relação com o processo saúde/doença, influenciando a busca pela promoção, prevenção e tratamento de saúde, podendo estar na gênese de muitos distúrbios e fracassos nos esforços de um sistema de saúde em atingir seus objetivos, o que obriga a medicina a ampliar os seus horizontes para além dos fenômenos puramente biológicos. Vários antropólogos, pesquisando diferentes culturas, argumentavam sobre a importância de se entender a medicina como uma instituição inseparável do resto da cultura e sociedade (LANGDON, 2005).

É impossível separar fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, pois o ser humano forma uma unidade complexa indivisível. Esta relação entre saúde, doença e cultura descrita por vários autores questiona a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico, onde a doença é vista em uma única dimensão, como um processo biológico universal, onde o enfoque principal é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia (LANGDON, 2005).

A doença e seu tratamento são processos puramente biológicos só no sentido abstrato. A percepção do estado de doente, o diagnóstico e o tratamento da doença dependem dos fatores socioculturais. Nesta perspectiva, o processo saúde/doença encontra-se imerso em contextos sociais e culturais, envolvendo, portanto, significação, interpretação e ações socialmente organizadas para promover a saúde e responder à doença. Assim, o comportamento da pessoa em sofrimento seja físico ou psíquico está relacionado com a forma como os sintomas da doença são dotados de significado e socialmente rotulados como negativos, aceitáveis ou não (LANGDON, 2005).

Em um novo paradigma, a doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas também em várias dimensões como resultado do contexto cultural e experiência subjetiva de aflição.

De acordo com a antropologia médica, a língua inglesa possui três termos para designar a doença em suas várias dimensões. Assim, *disease* significa a doença em sua realidade biológica tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico; *illness* indica a doença como é experimentada pelo doente, sua percepção individual e sua reação social à mesma e *sickness* traduz uma desordem em seu sentido genérico que a população relaciona às forças macrosociais culturais e pode ser um estado menos grave e mais incerto tal como aperto no coração, mal-estar em geral (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Estudos realizados no Brasil reclassificam estas terminologias em patologia (*disease*), enfermidade (*illness*) e doença (*sickness*). Com esse entendimento, o profissional de saúde deve, além do conhecimento técnico sobre a patologia, compreender a enfermidade e a doença, considerando-as como resultantes de vários fatores interagindo que não se limitam à biologia como a entendemos tradicionalmente (LAPLATINE, 2010; ALMEIDA FILHO, 2001).

Mas aceitar e agir baseado neste novo paradigma exige vivenciar a interdisciplinaridade. A questão da interdisciplinaridade, tão defendida em nível de discurso, é muito difícil de ser implementada na prática. A questão está em como fazer com que as disciplinas da biomedicina que se referem às pessoas doentes, em busca de soluções para seus problemas, incorporem o fato de que a essência do ser humano ultrapassa seu corpo biológico e que eles vivem tanto de “alimentos materiais quanto de afetos e fantasmas, pois pensam, imaginam, e simbolizam” (RAYNAUT, 2006, p.151).

Não se trata de dificuldade restrita apenas às disciplinas médicas e biológicas em aceitar os lados imateriais e sociais da realidade humana, mas a dificuldade reside também em

conseguir que as ciências psicológicas e sociais aceitem que o ser humano não é formado unicamente de um espírito, mas igualmente de um corpo. É necessário que elas entendam igualmente que as sociedades humanas não podem ser consideradas apenas na sua dimensão cultural, computando unicamente suas representações, seus padrões de conduta e a organização de suas relações. É importante levar as ciências humanas a integrarem a evidência de que os sistemas sociais só existem dada a realidade biológica dos corpos dos seus membros (RAYNAUT, 2006).

Pensar em interdisciplinaridade é pensar em totalidade. O mundo real, na sua essência, é total e desconhece fronteira estanque. O grande desafio consiste em tentar restituir, mesmo que de forma parcial, o caráter de totalidade do mundo real, dentro do qual e sobre o qual todos nós tentamos atuar (RAYNAUT, 2006).

Uma das primeiras formas de como o pensamento humano tomou consciência do universo e da posição do homem nele foi esta totalidade e unicidade do mundo, sendo que as diversas maneiras de apreender esta unicidade foram por meio do pensamento mítico, das filosofias antigas ou das religiões (RAYNAUT, 2006).

Entretanto, o surgimento do pensamento científico dividiu o mundo em facetas, ordenando níveis de organização distintos, desenvolvendo instrumentos específicos como conceitos, definições de objetos, métodos de observação para tentar elucidar os fenômenos observados dentro das fronteiras definidas. Nesta divisão do mundo em facetas, surgiram as disciplinas, que se apropriaram cada uma de um recorte da realidade, promovendo um reducionismo das mesmas (RAYNAUT, 2006).

Mas, paradoxalmente, foi este reducionismo, este esforço de abstração no próprio sentido da palavra, que capacitou a produção de um conhecimento que permitisse uma ação mais decisiva sobre o mundo. O recorte do real pelas disciplinas foi o movimento histórico do pensamento humano que viabilizou o surgimento e o desenvolvimento do pensamento

científico. Pode-se apreender, portanto, que a existência das disciplinas e a possibilidade de pensar o mundo científico são inseparáveis (RAYNAUT, 2006).

A questão surgiu, quando no decorrer do processo de construção das ciências, foi-se perdendo a consciência do caráter formal, artificial, às vezes provisório, desses recortes. Desta forma, estes recortes disciplinares que outrora seriam instrumento metodológico para organizar o pensamento, que seriam apenas ângulos de representação do universo, espaços particulares onde os poderes da mente humana poderiam se exercer, transformaram-se em divisão de territórios, cada vez mais exclusivos uns dos outros (RAYNAUT, 2006).

O sistema educacional nas universidades reforçou e cristalizou o que era, no início, uma diversidade epistemológica nas abordagens do real e conduziu um aluno da área de saúde a conhecer pouco das dimensões sociais dos problemas de saúde com os quais ele vai se deparar. Por outro lado, para os alunos de ciências sociais, parece que o corpo humano simplesmente não existe, senão como objeto de modelos e representações sociais (RAYNAUT, 2006).

A evolução do mundo acadêmico, no transcurso do último século, dirigiu-se no sentido de uma crescente especialização que tornou a comunicação entre disciplinas cada vez mais difícil, gerando uma grande fragmentação do conhecimento (RAYNAUT, 2006).

Mas tal fragmentação não dá conta da realidade encontrada na hora em que se tenta responder concretamente aos problemas da vida real. Ao se abordar uma pessoa doente do ponto de vista estritamente biológico, na maioria dos casos ocorrerá a cura, mas não sabemos o que acontecerá quando ela voltar ao seu ambiente de vida cotidiana. Nele, não serão mais os procedimentos médicos que poderão assegurar a manutenção de um bom estado de saúde. Confrontados com esta realidade, muitos tentaram buscar soluções desenvolvendo outras abordagens, outros enfoques menos fragmentados, mais abertos à diversidade e complexidade das dimensões encontradas no cotidiano. Entre as disciplinas da área da saúde, viu-se o

surgimento de algumas correntes que tentam fazer esse esforço de síntese, como a Saúde Comunitária, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Epidemiologia social. Entre as ciências sociais, vários trabalhos de antropologia e de sociologia da saúde buscam também utilizar seus instrumentos para responder problemas de saúde específicos (RAYNAUT, 2006).

Sem dúvida, a interdisciplinaridade se impõe cada vez mais como uma exigência imprescindível para abordar as questões relativas à saúde das populações e dos indivíduos. Não é fácil passar da afirmação de um consenso e exigência geral para uma prática concreta, porém não é impossível.

O segredo da interdisciplinaridade reside na competência acertada de cada especialista em sua disciplina, mas que este tenha a consciência dos limites da representação da realidade que ele constrói com seus conceitos e instrumentos metodológicos. Esta consciência conduz à vontade de ultrapassar esses limites, graças a trocas de questionamentos e de informações com outros especialistas que possuem os conceitos e instrumentos adequados para analisar outras facetas da realidade (RAYNAUT, 2006).

Segundo esta perspectiva, se constrói uma interdisciplinaridade realista e eficiente. É uma construção sobre a consciência da relatividade e dos limites de cada campo disciplinar. É uma construção sobre uma boa informação a respeito do que outras disciplinas podem trazer na construção de um conhecimento mais amplo da realidade. É uma construção sobre a vontade e a capacidade de fazer trocas, além das fronteiras das disciplinas, o que levará à concepção de saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais no sentido de buscar a totalidade da realidade que envolve o ser humano (RAYNAUT, 2006).

## 2.5 A Integralidade

A Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 se refere à integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). A integralidade da atenção, ao surgir como princípio constitucional, direcionou as políticas de saúde formalizando legalmente o direito das pessoas de terem todas as suas necessidades de saúde atendidas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde tem a proposição de integrar atos preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso com vistas a assegurar a plena atenção às necessidades das pessoas (KANTORSKI, et al., 2006). Portanto, o princípio da integralidade consiste no dever que o Estado tem de, através de seu sistema de saúde, oferecer serviços de saúde organizados de forma integral, disponibilizando ações contidas em todos os níveis de complexidade do sistema destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.

Faz-se necessário romper a dicotomia entre ações preventivas / curativas e individuais / coletivas, articulando ações que contemplem as necessidades relacionadas à promoção e recuperação da saúde. O princípio da integralidade demanda uma integração entre os vários profissionais que compõe a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência (PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

A integralidade antes mesmo de se constituir como uma das diretrizes para a organização do SUS integrava as propostas de reforma sanitária desde o início da década de 80, numa crítica ao reducionismo do modelo vigente que priorizava as ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção (CONILL, 2004).

A integralidade apresenta um conceito polissêmico, abrangendo variadas dimensões, inclusive ética e democrática, identificadas nos diferentes saberes e práticas que se realizam no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos e se traduz em diferentes contextos de formas específicas (KANTORSKI, et al., 2006).

Para Mattos (2006), ela não é apenas uma diretriz do SUS, mas um valor a ser defendido, para formar uma sociedade mais justa e solidária. O autor discute 3 (três) sentidos para o termo integralidade. O primeiro se refere ao modo como se efetuam as práticas profissionais. Este primeiro sentido originou-se nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos que privilegiava cada vez mais as especialidades médicas, conduzindo os médicos a valorizarem apenas as questões alvo de suas especializações. Esta prática reducionista e fragmentária, estritamente biológica desconsiderava outras necessidades do paciente inclusive aquela de cunho psicológico e social.

Este primeiro sentido tem a ver com a atitude não apenas dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde. Estes devem ter em mente que um paciente não é apenas um corpo com alguma lesão que lhe causa sofrimento. É um ser humano, seu semelhante, que está ali trazendo uma lesão no físico indescutível de sua unicidade, como um ser biopsicossocial que tem toda uma história de vida pessoal, que faz dele um ser indivisível e único em seu sofrimento.

Por este enfoque, os profissionais de saúde deveriam abandonar atitudes apoiadas em uma visão estritamente biológica na origem das aflições e sofrimento dos pacientes.

O autor traz o segundo sentido da integralidade relacionado à organização dos serviços de saúde que devem estar preparados para atender às necessidades dos usuários. Normalmente os serviços de saúde são organizados segundo a lógica epidemiológica, mas como diz o autor:

A epidemiologia oferece ótimas ferramentas para uma percepção das necessidades do serviço de saúde de uma população, mas de modo algum ela oferece a única forma de caracterizar as demandas de tais necessidades e nem tais necessidades apreendidas epidemiologicamente são mais reais do que, por exemplo, aquelas outras manifestas através de demanda espontânea. Algumas necessidades simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica e há ações que se justificam independentemente do impacto epidemiológico (MATTOS, 2006, p.56).

Neste sentido, a integralidade deve operar mudanças na organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, onde a demanda espontânea e a demanda programada deverão ser articuladas resultando numa perene investigação das necessidades de saúde dos usuários. Os profissionais de saúde devem ter preparo e sensibilidade para perceberem uma necessidade não considerada na organização do serviço e esta deve contemplar uma abertura para tais mudanças.

O avanço no conhecimento na área de saúde, principalmente em tecnologias que envolvem o diagnóstico precoce das doenças, permite que a medicina se antecipe ao sofrimento humano, reconheça várias doenças antes de sua manifestação e/ou fatores de risco que incrementariam a probabilidade de adoecimento. Mediante esta assertiva, é dever dos profissionais de saúde informar os usuários sobre as tecnologias existentes, cabendo a ele a autonomia de decidir sobre a realização ou não de ações de prevenção ou detecção precoce de doenças ainda não manifestas.

Neste sentido, praticar a integralidade é ir além das demandas trazidas pelos usuários, mas verificar as necessidades de ações de saúde relacionadas a um diagnóstico precoce, onde todo encontro com o usuário deveria ser aproveitado para investigar a presença de patologias que ainda não se manifestaram e avaliar fatores de risco de outras doenças.

Sob este prisma, os serviços de saúde devem responder não apenas a demanda por tratamento de doenças, mas devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem.



De acordo com Cecílio (2006), uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de perscrutar outras necessidades além da demanda referenciada pelo usuário. A equipe deve estar predisposta a ouvir atentamente, numa escuta que transcende a demanda que levou o paciente ao serviço, no sentido de identificar outras necessidades de saúde não expressas pelo paciente.

As demandas são ofertas instituídas pelos serviços e podem refletir ou não as necessidades do usuário. Estas necessidades podem ser apenas as buscas de uma conversa, algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa está vivendo como desemprego, conflitos, violência no lar, entre tantos outros infortúnios.

O terceiro sentido discutido por Mattos (2006), aplica-se ao princípio orientador das políticas de saúde que traduzem as respostas governamentais para o atendimento de necessidades de saúde de grupos sociais específicos. Algumas políticas foram elaboradas desconsiderando a integralidade da população alvo. Foi, por exemplo, o programa de saúde materno infantil que focalizava apenas a função reprodutora da mulher, numa acepção reducionista das questões de saúde das mesmas. A luta do movimento feminista contra este reducionismo e fragmentação na totalidade da mulher, denunciando as diversas formas de dominação que funcionavam como determinantes no adoecimento das mesmas, culminaram na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O movimento das mulheres não logrou o alcance pleno de seus objetivos, pois a proposta do movimento ficou ainda restrita ao biológico e as particularidades culturais ligadas ao gênero ainda não são contempladas de forma conveniente, mas o avanço na integralidade da assistência foi inegável.

Ainda dentro dos domínios da política, o autor destaca que a integralidade deve ser contemplada tanto na promoção e prevenção, quanto na assistência, inclusive por até uma questão ética. Seria antiético fazer um diagnóstico e não oferecer o tratamento.

Ressalta Cecílio (2006), que se deve trabalhar a ideia de integralidade nas ações de uma equipe multiprofissional em um trabalho interdisciplinar, no espaço dos serviços de saúde em todos os níveis, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Desta forma, cada profissional deve realizar seu atendimento buscando a máxima integralidade possível, mas complementado pelo trabalho solidário da equipe com seus múltiplos saberes e práticas.

Entretanto, segundo o autor, é impossível a concretização da integralidade apenas nas dimensões citadas e denominadas dimensão da micropolítica, já que a integralidade mais ampliada depende também de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede de outros serviços, não apenas de saúde, mas serviços que não pertencem ao setor saúde, mas que influenciam o bem estar das pessoas.

A integralidade não se dá em um único lugar ou setor, mesmo porque as várias tecnologias estão distribuídas em uma ampla gama de serviços. Integralidade é objetivo de rede, porque a saúde depende de um esforço intersetorial que promova melhoria nas condições de vida da população (CECÍLIO, 2006).

Deve-se reconhecer a interdependência entre os serviços destas redes considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos para solucionar os problemas de saúde da população (KANTORSKI, et al., 2006).

Assim, o cuidado individual, em qualquer nível de complexidade, deverá estar atento à possibilidade e potencialidade de agregar outros saberes disponíveis na equipe, ou em outros serviços de saúde ou não (CECÍLIO, 2006).

É preciso garantir a finalização do cuidado, a resolutividade máxima dentro dos conhecimentos disponibilizados pela medicina. A integralidade é um ideal difícil de ser alcançado em sua plenitude, pois está relacionada a vários condicionantes, entre eles, a acessibilidade, o acolhimento e a assistência humanizada. Para a efetuação da integralidade é necessário ampliar a dimensão do cuidado realizado na prática dos profissionais de saúde

onde o acolhimento, o estabelecimento de vínculos, a humanização, o diálogo com outras dimensões do processo saúde-doença possibilita uma responsabilização maior pelos resultados das ações de atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Os autores complementam que a garantia da integralidade do cuidado deve ser responsabilidade do Sistema de Saúde e não uma batalha individual em busca de acesso a algum recurso tecnológico necessário.

O acesso é um dos princípios do SUS mais fortemente ligado ao princípio da integralidade, tendo em vista que a inserção do indivíduo no sistema é condicionante para que se desenrole a atenção, seja integral ou não. Entretanto, embora o acesso seja imprescindível para que ocorra a integralidade, ele por si só não garante a efetuação de cuidados integrais (PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Considera-se a acessibilidade como a facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem as barreiras porventura existentes, indo além da existência ou disponibilidade de um serviço, o que implica reconhecer que o acesso envolve várias dimensões, entre elas a geográfica, econômica, cultural e funcional (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A dimensão geográfica diz respeito à distribuição espacial dos recursos e refere-se às barreiras físicas a serem transpostas até o local da unidade de saúde e inclui a distância a ser percorrida, assim como à oferta de transportes, enquanto a dimensão econômica relaciona-se aos custos que o usuário possa ter com serviços ou insumos não disponíveis no sistema.

A dimensão cultural se relaciona à conformação do serviço aos hábitos e costumes da população, enquanto a dimensão funcional refere-se à oferta dos serviços em relação às necessidades da população e envolve aspectos como horários de funcionamento das unidades, o tempo de espera para o atendimento e a qualidade do mesmo. Esta qualidade não implica apenas a existência apropriada de conhecimentos técnicos, mas a existência de acolhimento e humanização no atendimento.

A conceituação ampla sobre a saúde consolidou, como direito de cidadania, a criação de formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral. Numa ação cuidadora integral, há que se haver o reconhecimento e a consideração do encontro singular entre os indivíduos, pois a assistência em saúde tem seus pilares em uma interrelação pessoal muito intensa, o que torna a eficácia das ações em saúde dependente dos laços interpessoais mais do que em outros serviços (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Não se equaciona a integralidade sem valorizar um encontro entre profissionais de saúde e usuário que vai muito além de respostas obtidas puramente na execução das técnicas. Em todo encontro deve-se buscar a valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, com zelo e dedicação profissional pelo outro, no sentido de ajudá-lo a enfrentar positivamente os desafios de sua condição adversa, em seus momentos de risco ou adoecimento, considerando o respeito à sua individualidade e a essência do ser humano como um ser biopsicossocial. Isto equivale a dizer que o princípio da integralidade deixa de ser uma atenção conformada a uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas, para se efetivar em uma atenção humanizada (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

O Ministério da Saúde criou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujas proposições versavam sobre mudanças nos padrões de assistência prestada aos usuários no espaço hospitalar. Em 2003, nasceu a Política

Nacional de Humanização do SUS - Humaniza SUS, com o intuito de expandir a humanização para além do ambiente hospitalar. Essa Política objetivou abranger todos os níveis de atenção à saúde, percebendo a humanização como uma mudança cultural (SIMÕES et al., 2007).

A humanização do atendimento pressupõe transformações políticas, administrativas e subjetivas onde deverá surgir um novo olhar em direção ao usuário que deixará de ser um objeto passivo para se tornar um sujeito ativo nos projetos terapêuticos; é ver o usuário como um cidadão no exercício de seu direito que busca um serviço prestado por trabalhadores responsáveis com garantia de qualidade, segurança e não como um necessitado de caridade e dos favores daqueles que produzem os serviços de saúde (SIMÕES et al., 2007).

A humanização pressupõe o acolhimento do usuário que deve ser entendido numa perspectiva dialógica e relacional. Nesta perspectiva, o acolhimento não seria tão somente uma atividade em si, mas uma atitude de toda a equipe que perpassaria todas as atividades assistenciais, prestadas aos usuários do serviço (TEIXEIRA, 2005).

Não seria apenas uma etapa do trabalho, mas um reformulador do processo de trabalho em saúde, um diálogo contínuo que ocorre em todos os encontros assistenciais, porque se trata de uma investigação contínua das necessidades de saúde que podem ser atendidas pela própria equipe ou que demandam outros encaminhamentos. É um processo de busca constante que visa à elaboração e negociação das melhores formas possíveis de satisfazer as necessidades de saúde, possibilitando ao usuário maior facilidade em encaminhamentos e trânsitos pela rede assistencial. É estar atento para a identificação das necessidades de saúde tendo em vista que as mesmas nem sempre são imediatamente reconhecíveis e nem definitivamente definidas (TEIXEIRA, 2005).

O acolhimento pode ser visto também como uma atividade em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea possibilitando uma

reorganização do trabalho na unidade. Sob este prisma, seu objetivo primordial seria atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando o processo de recepção dos usuários no serviço.

Dentro desta lógica, o acolhimento vem ampliar o acesso dos usuários ao serviço, assim como contribuir para a humanização no atendimento. A viabilização deste processo se daria através da instituição de uma equipe de acolhimento com papel central no atendimento do usuário que chega ao serviço, visando a recebê-lo, a escutá-lo e a solucionar seus problemas de saúde. Esta forma de acolhimento procura identificar problemas pontuais nas demandas dos usuários e oferecer respostas a eles, rearticulando o serviço em torno delas. Isto implica numa atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de ajuda (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Sob esta ótica, o acolhimento cria nova porta de entrada, recebe todas as pessoas que chegam à unidade, buscando a máxima e melhor resolução dos problemas apresentados e, quando necessário, assegura o fluxo do usuário para outros serviços (CARVALHO et al., 2006).

A associação das duas interpretações, ou seja, o acolhimento como uma atividade em si, de uma equipe no atendimento da demanda espontânea e a atitude permanente de escuta acolhedora que atravessa todo contato com o usuário, revela-se como instrumento capaz de reformular o processo de trabalho. Esta situação sinaliza boas perspectivas para operacionalizar os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O uso indiscriminado da tecnologia resultou no abandono, mesmo que não intencional, de outras necessidades importantes e valores significativos na vida do ser humano como a espiritualidade. Um atendimento que busca a integralidade não prescinde da consideração das

questões espirituais relativas ao paciente. A espiritualidade pode ser conceituada como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas e à razão de viver, independente de crenças ou práticas (PERES et al., 2007).

É uma característica individual que pode conter a crença em um Deus, representando uma ligação de si com o Universo e com outras pessoas. Caracteriza uma busca pessoal por respostas a questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado. É um conceito que permeia todas as culturas e sociedades. Vários termos estão relacionados com a espiritualidade tais como religião, religiosidade e crenças (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

A religião é um sistema organizado de crenças na existência de um poder sobrenatural organizado por práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião e está relacionada a uma instituição religiosa e/ou igreja. Crenças pessoais são os valores defendidos por um indivíduo que assinalam sua conduta assim como seu estilo de vida (PANZINI et al., 2007).

Na cultura ocidental, historicamente havia oposição entre ciência e religião, talvez pelo domínio na ciência de um pensamento linear, crença numa filosofia empirista apoiada no positivismo e o deslumbramento pelos avanços tecnológicos, delineando condicionantes que provavelmente proporcionaram e estimularam os conflitos entre religiosidade e pensamento científico.

Um olhar mais atento das relações entre religiosidade e condições físicas, psíquicas e sociais do indivíduo desencadeou-se após a cultura ter conseguido desatrelar-se do pensamento positivista estrito que reinou até o século XX. As transformações ocorridas nas últimas décadas fazendo surgir novos paradigmas, nas mais diversas áreas, propiciaram o ambiente favorável para a diminuição do distanciamento e desconfiança dos cientistas pelas

questões relativas à espiritualidade. Atualmente, alegar que a religiosidade de uma pessoa reflete em seu corpo, sua mente, sua interação com os outros não parece tão estranho, embora ainda seja motivo para inquietação em muitos círculos (SOUZA et al., 2002).

A religiosidade e a espiritualidade são, cada vez mais, alvos de atenção na assistência à saúde, pois vem sendo consideradas fator contributivo para a saúde e a qualidade de vida, tornando-se importantes aliadas para as pessoas que se encontram enfermas (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

A relação entre espiritualidade e saúde tem se tornado um claro paradigma a se situar na prática diária em saúde e faz surgir um novo desafio aos profissionais de saúde para responder às questões sobre o equilíbrio entre saúde e espiritualidade (PERES et al., 2007).

Quando as pessoas se deparam com a possibilidade de morte próxima e doenças graves como o câncer, os sentimentos de religiosidade sempre irrompem nas mesmas (CARVALHO et al., 2006).

Como visto, o termo integralidade abrange inúmeras dimensões, residindo aí a dificuldade de ser atingida em sua plenitude. Talvez não consigamos alcançá-la plenamente, mas poderemos trabalhar no sentido de chegar o mais próximo possível de seu alcance.



### 3. MÉTODO

Este estudo foi descritivo, com abordagem qualitativa, sendo esta escolha feita devido à natureza e às características do objeto de estudo. Na pesquisa qualitativa,

Busca-se a compreensão daquilo que se estuda [...] a generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centrado no específico, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados. (MARTINS; BICUDO, 2005)

Segundo Minayo (2006), a escolha pela pesquisa qualitativa em saúde não é uma opção pessoal ao abordar a realidade, mas uma necessidade dada à característica do objeto do conhecimento que é o ser humano e a sociedade. Um ser humano não se revela apenas em números. A autora expõe ainda que a pesquisa qualitativa busca a compreensão e explicação das dinâmicas das relações sociais que estão impregnadas de crenças, valores, atitudes e hábitos. A pesquisa qualitativa trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetivada, onde há preocupação com o processo e não simplesmente com o produto e os resultados (MINAYO, 2006).

Foi utilizado o método História de Vida, conceituado como um procedimento metodológico que utiliza a história de uma vida ou parte dela, narrada ao entrevistador tal qual foi vivenciada pelo sujeito, levando a pesquisa a focar o ponto de convergência ou divergência dos seres humanos em suas condições socioculturais, da práxis, assim como as relações socioestruturais e da dinâmica histórica (BERTAUX, 2003).

É uma abordagem metodológica que abre possibilidades, ao pesquisador, de compreensão do vivido, na medida em que permite a descoberta de como as pessoas compreendem, interpretam e dão significado ao seu passado. Por conseguinte, é uma

importante forma de pesquisar o sentido da experiência humana e implica apreensão da subjetividade (MINAYO, 2006).

No procedimento que utiliza a história de uma vida, teremos o relato de vida em sua forma mais pura e livre, onde o pesquisador pede ao narrador que fale sobre sua vida e, em uma segunda forma, o investigador pede a ele que fale apenas sobre um determinado aspecto ou parte de sua vida, objeto da investigação.

Para Minayo (2006), esta última forma é denominada como “História de vida Tópica,” aquela que dá ênfase a determinado fenômeno ou etapa da vida pessoal ou de uma organização, focalizando determinados acontecimentos tais como foram vivenciados, por um indivíduo ou grupo social.

Um dos instrumentos de coleta de dados mais apropriados no uso do método é a entrevista aberta, segundo a qual o entrevistado é convidado a falar livremente sobre a sua vida, ou parte dela. A entrevista aberta, através de uma escuta atenta e interessada, permite captar significados e sentidos construídos pelos sujeitos da pesquisa que escapam aos roteiros diretivos elaborados em outros instrumentos de coleta de dados.

A entrevista pode seguir rumos com temas significativos para o narrador no momento em que se permite sua expressão de maneira mais livre e menos direcionada, compreendendo que, para ele, os eventos aparentemente desconexos e descontínuos têm uma ligação e coerência que nos escapa à compreensão, num julgamento superficial (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

É necessário considerar que o material obtido nestas narrativas é um discurso onde categorias, ordem cronológica e distribuição no tempo são dadas pelo narrador, ou seja, elas apresentam um contexto espacial e temporal muito próprio e a tentativa de ordenar os relatos numa linha cronológica pode fazer com que percamos a riqueza de sua narrativa. A narrativa é tecida muito mais pela importância dada pelo narrador aos acontecimentos em sua vida, do

que pela clássica linha do tempo, envolvendo passado, presente e futuro, conforme exposto pelas autoras referenciadas.

A ordem dos assuntos abordados não obedece a uma sequência rígida. É determinada frequentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão aos assuntos em pauta. A direção da conversação é uma escolha espontânea do sujeito que dará a tônica pela maneira como ele encara e valoriza aquele aspecto ou os diversos aspectos de sua vida.

À medida que a narrativa vai-se desencadeando, diversas lembranças afloram, diversos sentidos se formam e o sujeito reage não apenas orientado por suas memórias, mas também pelos sentimentos que estas despertam. Desta forma, tem-se a garantia de que os fatos considerados relevantes para os entrevistados são apontados pelos próprios sujeitos e não aqueles que o pesquisador imaginava encontrar.

O pesquisador que utiliza a História de Vida deve ter em mente que quem está na posição de comando é o pesquisado, que deve falar o que é importante para si.

O método tira o investigador da sua posição, na qual muitas vezes se coloca de dono do saber, senhor da verdade e o coloca na posição de ouvinte. Ele deverá ouvir o que o narrador tem a dizer sobre si mesmo, aquilo que ele acredita que seja importante e marcante para sua vida. O narrador não é visto como um objeto passivo de estudo e deve haver um grande respeito pela sua opinião.

É importante frisar para os sujeitos que eles podem e devem falar sobre o que julgarem importante para si. Este é um detalhe importante principalmente quando os entrevistados são de camadas desprivilegiadas. Quando existe uma diferença de classe sociocultural entre pesquisador e pesquisado, além da desconfiança, outro sentimento predominante pode ser o da insegurança em relação ao valor e à importância do que será dito, onde o pesquisado poderá querer falar o que pensa que o pesquisador quer ouvir.

O entrevistado deverá ter liberdade para desenvolver cada situação, em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente a questão. A função do entrevistador é de incentivo, levando o informante a falar sobre determinado assunto, entretanto sem forçá-lo a responder.

Para Bellato, Araújo, Castro (2008, p.177), “a ordenação da estrutura temporal e espacial da experiência narrada pelo usuário se torna um momento analítico posterior a ser empreendida pelo pesquisador ao reler de maneira atenta e minuciosa, o *corpus* da entrevista”.

Durante a narração, o entrevistador pode utilizar determinadas atitudes e posturas que irão incrementar ainda mais a tomada dos relatos. Quando o narrador entra num assunto que interessa ao pesquisador, mas mostra-se pouco claro ou reticente, o pesquisador pode estimular o discurso do mesmo, formular perguntas adicionais, com o intuito de aprofundar as reflexões ou esclarecer determinado ponto que lhe pareceu obscuro.

Deve ser valorizada a identificação e empatia entre o pesquisador e os sujeitos de seus estudos. A cumplicidade controlada é o pré-requisito para a boa informação e pesquisado e pesquisador, inconscientemente, se influenciam um ao outro, não apenas pelas palavras, mas também pelos gestos, pela inflexão da voz, expressão fisionômica, olhar, aparência, outros traços pessoais e manifestações do comportamento. É preciso buscar o entendimento mútuo, pois este será o melhor caminho para se chegar a uma adequação entre a mensagem do pesquisado e o código do pesquisador, isto é, para se atingir a equivalência entre o que é dito e o que é interpretado. Esta equivalência entre o discurso do investigado e o discurso do investigador é talvez um dos ganhos metodológicos mais visíveis fornecidos pela abordagem da História de Vida (CAMARGO, 1992).

A entrevista na História de Vida deve ser uma escuta atenta, mas não passiva. As informações devem ser sistematicamente confrontadas com as evidências disponíveis, durante todos os estágios da entrevista. Assim quando se ouve algo que contradiz ou anula o que já

foi dito, ou que não tenha ficado claro, o investigador pode e deve pedir mais explicações, observando maneiras sutis de abordagem que ao invés de inibir a fala, deve estimulá-la (BERTAUX, 2005).

Deve-se, porém, observar o momento certo destas intervenções, que nem sempre pode ser no exato momento da escuta do dito, com o risco de se interromper o “fio da meada”, isto é, a linha de raciocínio do narrador. Se ele estiver empolgado na narrativa, é melhor não interrompê-lo para não desviá-lo do caminho que está seguindo. O investigador deve na primeira pausa ou ao final da entrevista, voltar àqueles pontos que lhe pareceram obscuros e que para o narrador, conhecedor profundo de sua vida, não o é.

Por outro lado, em se tratando de um evento específico, objeto do estudo, o investigador deve tentar direcionar o que interessa na pesquisa. Isto é importante para que o investigador não fique com horas e horas de fitas gravadas inutilmente, ocasionada pela divagação em que o narrador poderá cair relatando aspectos de sua vida que não são do interesse do pesquisador naquele momento, isto é, não vão contribuir para o alcance dos objetivos da investigação.

O investigador pode voltar a entrevistar os narradores outras vezes, quantas vezes sejam necessárias.

Quanto ao estabelecimento do quantitativo e a seleção dos entrevistados, ao se realizar uma pesquisa em que se utiliza o método História de Vida não se deve seguir critérios aleatórios do tipo formal ou científico, pois dependerá do desejo daquele que quer falar (CAMARGO, 1992).

Não se tem um número predeterminado de sujeitos estabelecidos a priori, depende do objetivo do trabalho. Quando se quer buscar elementos generalizáveis nos relatos individuais, deve-se buscar o ponto de saturação quando o pesquisador percebe que mais nada de novo está sendo acrescentado aos relatos referentes ao objetivo da pesquisa (BERTAUX, 1980).

Outro ponto importante a ser abordado diz respeito à análise e interpretação dos depoimentos. Os relatos não podem ser considerados fatos, tendo em vista que todo depoimento é a interpretação do fenômeno pelo narrador ao pesquisador. O trabalho do pesquisador consiste na apreensão da realidade vivida pelo depoente, pois o objeto do conhecimento não atende ao imediatismo. A relativa opacidade do objeto exige um trabalho de construção por parte do investigador que, através de sua reflexão sobre as informações disponíveis, vai construindo paulatinamente o objeto do conhecimento (BRIOSCH; TRIGO, 1987).

É importante adotar também um processo de observação e reflexão. Dessa maneira, os dados sensoriais obtidos pela observação devem ser elaborados pelo trabalho reflexivo. A reflexão deverá estar presente em todas as etapas da investigação. Teoria e prática são constantemente colocadas em confronto durante a investigação (BERTAUX, 2005).

Adotar esta postura teórica é aceitar que os dados não apresentam significados em si mesmo, mas perceber que se estabelece uma relação dialética entre teoria e prática: o narrador elaborando seus conhecimentos prévios em função do contato com o objeto, com isso, podendo chegar a novos níveis de percepção desse mesmo objeto (MINAYO, 2006).

O investigador deverá fazer algumas perguntas padronizadas, antes do início da entrevista propriamente dita, com a intenção de caracterizar os sujeitos, tais quais: idade, escolaridade, situação marital, profissão, situação empregatícia, renda pessoal e familiar, número de filhos e outros dados.

O processo de análise inicia-se pelas transcrições das entrevistas, realização de leituras exaustivas das mesmas, ordenação conforme escala cronológica, espacial, situacional, levantamento dos temas mais significativos classificando-os em categorias que atendam aos objetivos da pesquisa. Em seguida procede-se à análise conforme referencial teórico pertinente. É importante ter em mente que ao se utilizar o método História de Vida, dada às

características do método, o referencial teórico analítico não é proposto antes da coleta dos dados pelo fato de que o pesquisador não sabe, a priori, o que vai encontrar de relevante para o narrador no conteúdo de suas narrativas.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o Parecer nº 012/2008 (anexo).

A pesquisa foi realizada em um município de médio porte, localizado em Minas Gerais, onde se encontra implantado o Programa de Prevenção e Combate do Câncer de Colo do Útero, em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e em vários municípios em seu entorno, com protocolos elaborados para a orientação dos cuidados progressivos segundo as linhas de cuidado.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro de 2009 a abril de 2009, em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), para onde converge um significativo número de mulheres com câncer de colo de útero já em estágio avançado, oriundas do próprio município e/ou de outras cidades em seu entorno, para as quais é referência. A unidade conta, entre seus serviços, com atendimento ambulatorial e de internação onde são realizadas cirurgias, radioterapia e quimioterapia.

O serviço de atendimento ambulatorial foi contatado na pessoa do responsável, expondo-se o motivo da presença da pesquisadora, ocasião em que foi apresentado o termo de consentimento da direção para a realização do estudo.

Na área de atendimento ambulatorial foram acessados os registros nos quais constava a relação nominal das pessoas em tratamento ambulatorial, com os respectivos diagnósticos e data de início de tratamento. Foram selecionados os nomes das mulheres cujo diagnóstico era o câncer de colo do útero. Esta seleção seguiu a ordem cronológica decrescente e em sequência da lista nominal acessada. Para dar início à coleta de dados, foram destacados os

nomes de 30 mulheres, com a possibilidade de retornar à lista nominal para ampliar o quantitativo inicial, se necessário fosse.

A seguir, essa relação foi entregue ao responsável pelo arquivo médico, obtendo-se acesso aos prontuários. O acesso rápido e fácil aos prontuários físicos ocorreu porque os nomes das mulheres ficam listados num programa de computador em ordem alfabética, onde cada uma tem um código de identificação, o que facilita a localização dos prontuários nas estantes. Dentre os trinta prontuários verificados, dois foram descartados pelo fato de as mulheres terem ido a óbito. A escolha pela ordem cronológica decrescente foi exatamente visando evitar deparar com estas situações dada a estatística de sobrevida no câncer do colo do útero diagnosticado em estágios avançados.

No prontuário, encontravam-se dados de identificação, inclusive endereço, telefone, religião, data de nascimento, estado civil, cópia de todos os resultados de exames realizados a partir do exame citopatológico alterado, assim como *anamnese*, diagnóstico, estadiamento, prescrição dos tratamentos e evolução.

Na sequência, teve-se acesso à agenda de consultas médicas, o que possibilitou a identificação do dia e horário em que as mulheres retornariam à unidade. A pesquisadora compareceu nos dias e horários identificados, se apresentou às mulheres e apresentou-lhes a proposta de estudo. As mulheres, ao serem convidadas a participar da pesquisa, receberam todas as explicações sobre a mesma, tendo sido garantido o direito ao anonimato e a possibilidade de abandonarem o estudo se assim o desejassem, sendo respeitados os demais direitos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL,1996). Todas as convidadas aceitaram participar do estudo e tinham conhecimento do seu diagnóstico.

Os sujeitos foram 10 mulheres que estavam em tratamento para o câncer do colo do útero e/ou já se encontravam na fase de controle, caracterizada por um acompanhamento



médico periódico. Não houve restrições quanto à idade, escolaridade, renda, procedência, estágio da doença, evolução da doença, tipo e tempo de tratamento e ou acompanhamento que estava sendo realizado.

Os dados foram coletados através da entrevista aberta, gravada em um consultório da própria instituição, tendo uma questão norteadora que direcionou a narrativa para uma parte da vida dos sujeitos: **“fale sobre sua vida que tenha relação com suas buscas pela prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero”**.

As entrevistas foram gravadas com o objetivo de não se perder nenhuma informação, o que possibilitou uma atenção maior às falas das mulheres. Estas fitas e as transcrições das entrevistas, juntamente com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, foram arquivados pela pesquisadora, podendo ser incinerados após cinco anos. Foram feitas também, algumas observações em um diário de campo julgadas pertinentes ao estudo, assim como coletados alguns dados nos prontuários.

As entrevistas tiveram início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, tendo uma duração em média de 40 minutos cada uma. Procurou-se programá-las não ultrapassando duas entrevistas no dia, para que as mulheres não ficassem retidas por muito tempo na Instituição.

Já com alguns dados pessoais levantados no prontuário, iniciou-se uma conversação informal com a finalidade de buscar uma aproximação maior com os sujeitos da pesquisa, eliminando certo constrangimento inicial. Elas se mostraram acessíveis, dispostas a falar, inclusive demonstrando necessidade de ter alguém que as ouvisse. Após entrevistar 10 mulheres percebeu-se que o ponto de saturação havia sido atingido, momento em que a coleta de dados foi interrompida.

Para a análise, utilizou-se a orientação metodológica de Bertaux (2005) que propõe uma reflexão durante todo o processo da pesquisa e também de Minayo (2006) que preconiza uma seqüência de passos que iniciou-se com a transcrição das fitas.

Para a organização dos depoimentos, foi feita uma leitura exaustiva e repetida dos textos dispensando maior atenção às palavras ou sentidos que levaram à compreensão do fenômeno estudado. A associação de ideias, pensamentos e imagens facilitaram a classificação por temas mais significativos aos objetivos da pesquisa. A partir dos temas, emergiram as categorias temáticas, que se desdobraram em algumas subcategorias.

Para manter o anonimato das entrevistadas, atendendo às questões éticas na pesquisa, os fragmentos dos depoimentos foram identificados com a palavra Mulher seguida de numeração arábica.

#### 4 ANÁLISES DOS DADOS E DISCUSSÃO

As 10 mulheres entrevistadas tinham idade entre 46 e 74 anos, sendo que oito estavam na faixa etária dos 50 aos 60 anos de idade. Somente uma possuía o ensino fundamental completo, enquanto as demais relataram possuir o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar, cinco mulheres recebiam dois salários mínimos mensais enquanto as outras auferiam uma renda de um salário mínimo por mês.

Observando a situação marital, duas eram viúvas, uma divorciada e sete eram casadas. A maioria era multipara, com cerca de 5-6 filhos, mas dois extremos foram identificados, sendo uma com um filho e outra com 10 filhos. Salienta-se que, em relação à espiritualidade, crença e religião duas eram evangélicas e oito católicas.

Somente duas mulheres eram oriundas de outros municípios, as demais eram moradoras do município onde se localiza o hospital cenário deste estudo.

Entre as 10 mulheres 9 haviam sido submetidas à quimioterapia e radioterapia e algumas também à cirurgia. Uma delas se preparava para iniciar o tratamento radioterápico e quimioterápico.

Após a organização dos relatos, emergiram 3 (três) categorias, cada uma delas gerando subcategorias. As 3 (três) categorias levantadas foram: **Itinerário na prevenção; Itinerário no diagnóstico; Itinerário no tratamento.**

Fragments dos relatos foram trazidos para ilustração das categorias e mantidos alguns erros gramaticais visando preservar a originalidade dos mesmos.

Os principais temas que surgiram, a partir das narrativas das mulheres, apontaram a interferência da cultura no processo do adoecimento pelo câncer do colo do útero, assim como a integralidade e seus desdobramentos como eixos importantes que interferiram na configuração da experiência de adoecimento e no direcionamento das buscas por cuidados.

Como preconizado pelo método neste momento buscou-se os autores que deram suporte para a análise e discussão dos dados.

#### **4.1 Itinerário na prevenção**

Nesta categoria, considerou-se a prevenção apenas o exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou, pois percebeu-se que as mulheres associaram-na exclusivamente, ao “exame preventivo”, terminologia esta utilizada por todas as entrevistadas e, por isso, adotada neste estudo a partir da coleta dos depoimentos.

Dentre as dez mulheres do estudo, sete disseram nunca terem realizado o preventivo. Entre as três que relataram já tê-lo feito, uma o realizava anualmente, outra o realizou duas vezes na vida, enquanto a terceira o fez uma única vez.

Nesta categoria, foi possível destacar quatro subcategorias: **Um caminho tecido pelo desconhecimento; Um caminho tecido pelas oportunidades; Um caminho tecido pelo gênero; Um caminho tecido pelos serviços de saúde.**

##### **4.1.1 Um caminho tecido pelo desconhecimento**

As entrevistadas demonstraram desconhecimento da condição assintomática do câncer de colo do útero em seus estágios iniciais, assim como insuficiência no conhecimento sobre o exame preventivo, sua finalidade, periodicidade e população alvo. O conceito de saúde emergiu como ausência de perturbação física e ou psíquica e ligado a ter disposição. Evidenciou-se uma ausência de percepção de risco.

Eu fiz preventivo só uma vez na vida..., porque nunca tive nada, nada mesmo, era muito disposta. Não pensava que eu ia ter [...] (Mulher1).

[...] eu não fazia preventivo. Ah! Eu achava que num precisava. Não sentia nada.  
(Mulher 2)

Só fiz preventivo duas vezes. Nunca pensei que ia ter. (Mulher 3)

Estes relatos remetem a uma questão mais ampla e complexa que se refere à própria construção cultural do significado dos fenômenos de saúde e doença pelos indivíduos e coletividades.

A saúde e a doença constituem uma interpretação do indivíduo. Embora esta interpretação seja pessoal é baseada em significados internalizados através de interação e trocas em processo de comunicação com outras pessoas e construídos na vida cotidiana, refletindo a sabedoria popular, as experiências individuais e coletivas, as características da cultura local e também concepções atuais e pregressas da classe médica, entre outras influências. Esta subjetividade, mediada por uma conjuntura sociocultural, faz da doença um processo construído intersubjetivamente (BECKER et al, 2009).

A doença tenderia a ser percebida somente quando houvesse uma incapacitação do desempenho social, representada principalmente pelo trabalho e/ou quando fosse reconhecida como tal pelo grupo social ao qual pertence o sujeito (BOLTANSKI, 2008).

Detectar doença assintomática é um fenômeno comum na área de saúde devido ao avanço do conhecimento que aperfeiçoa a tecnologia diagnóstica. Entretanto, embora processos patológicos possam estar presentes no corpo, sem que se tenha conhecimento, serão consideradas enfermidades quando se tornam sensíveis ao doente.

Em um estudo, em São Paulo, entre mulheres que relataram nunca terem realizado o exame preventivo, 45,3% justificaram não achar necessário porque não tinham sintomas de problemas ginecológicos e/ou se consideravam saudáveis (PINHO, et al, 2003).

Alguns profissionais de saúde acabam por reforçar este tipo de comportamento que liga a necessidade do exame preventivo a queixas, conforme depoimento a seguir:

A Dra [...] falou pra mim que eu tava com um pouquinho de corrimento e então depois era pra mim voltar lá pra fazer o preventivo. (Mulher 5)

Habitualmente, diante de queixas como leucorreia, prurido e outras queixas ginecológicas, as mulheres são orientadas a marcar um exame preventivo, pois o mesmo também se presta ao diagnóstico de algumas patologias do trato genital inferior. Contudo, a indicação do exame preventivo, perante queixas ginecológicas, pode originar a crença de que esse exame está relacionado à condição sintomática de uma enfermidade.

Estudos realizados em Fortaleza e em São Paulo revelaram que 33,3% e 18,2% das mulheres, respectivamente, relataram a presença de queixas ginecológicas como principal motivo para a realização do último exame preventivo (PINHO, et al, 2003). O desconhecimento sobre o exame preventivo, sua periodicidade, finalidade, população alvo fica claro em alguns depoimentos:

Nas campanhas eu não fiz, eu achei que já tava velha pra isto, que num precisava fazer mais, porque já tava na menopausa. (Mulher 3)

[...] tive que falar prá minha filha e ela falou: mãe, a senhora não tava fazendo preventivo? Eu falei, tava minha filha, tinha seis anos que eu tinha feito e num deu nada, até procurei o resultado pra mostrar pra ela. (Mulher 8)

Um dos sentidos da integralidade aplica-se ao princípio orientador das políticas de saúde que traduzem as respostas governamentais para o atendimento de necessidades de saúde de grupos sociais específicos. Algumas políticas foram elaboradas desconsiderando a integralidade da população alvo. Foi, por exemplo, o Programa de saúde materno infantil que focalizava apenas a função reprodutora da mulher, numa acepção reducionista das questões de saúde das mesmas. A atenção à saúde da mulher tinha como foco o acompanhamento dos eventos relacionados à gravidez, parto, puerpério, contracepção e ciclo menstrual (MATTOS, 2006).

A luta do movimento feminista contra este reducionismo e fragmentação na totalidade da mulher, denunciando as diversas formas de dominação, que funcionavam como determinantes no adoecimento das mesmas, culminou na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O movimento das mulheres não logrou o alcance pleno de seus objetivos, pois a proposta do movimento ficou ainda restrita ao biológico e as particularidades culturais ligadas ao gênero, ainda não foram contempladas de forma conveniente (MATTOS, 2006).

Após a menopausa, o foco da atenção é direcionado às alterações próprias do climatério que podem vir acompanhadas de intensa sintomatologia, problemas de saúde como alterações cardiovasculares, hipertensão, diabetes, artralguas, dores lombares e outros, demandando atendimento nos serviços de saúde em virtude de suas queixas específicas (MATTOS, 2006).

A prevenção de agravos relacionados aos órgãos genitais (internos e externos) é negligenciada e relegada ao segundo plano e até mesmo esquecida, principalmente na ausência de queixas que os afetam. Entretanto, a abordagem do profissional de saúde não pode se limitar apenas às demandas explícitas. Ao pensar a integralidade, é recomendável ir além e averiguar as necessidades de saúde para as quais há tecnologias que envolvem o diagnóstico precoce e/ou redução de fatores de risco. O progresso do conhecimento na área de saúde, especialmente no que tange ao diagnóstico precoce, possibilita que a medicina reconheça várias doenças antes do aparecimento de sintomatologia, o que permite antecipar o sofrimento humano (MATTOS, 2006).

Outro ponto que merece reflexão em um dos depoimentos acima é o alcance das campanhas, mutirões e a educação em saúde. Estas estratégias, usadas para a melhoria das condições de saúde da população, são recursos importantes desde que se atente para a forma como são elaborados.

Ao se elaborar uma campanha ou se realizar práticas educativas, é indispensável que se considere o contexto sociocultural das pessoas a quem estas práticas se destinam, pois as crenças e costumes que fazem parte da cultura estabelecem significados e sentidos que interferem em sua concepção do processo saúde/doença/tratamento.

Ao se ignorar a visão de mundo que norteia o indivíduo em determinada sociedade, possibilita-se a ocorrência de ruído de comunicação e estratégias pouco adequadas por ocasião da divulgação de campanhas. O mesmo pode ocorrer no trabalho de educação em saúde, fazendo com que as mensagens sejam processadas de forma incompletas ou ininteligíveis para as mulheres.

É inquestionável o valor da educação em saúde, especialmente para a prevenção, desde que esta se processe num clima de interação onde se considere que a cultura fornece os elementos para que os eventos e as práticas do cotidiano, inclusive as relativas à saúde, sejam compreendidas e aceitas.

A prevenção do câncer do colo do útero é considerada prioridade nacional, inserida no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, ratificada no Pacto pela Saúde 2006 e em 2011 pela Presidente do Brasil e prevê ação educativa direcionada às mulheres propiciando informações sobre a saúde e o câncer.

Em Minas Gerais, onde está localizada a cidade cenário do estudo, a educação em saúde está contemplada nos protocolos de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2011d; MINAS GERAIS, 2008).

O desconhecimento sobre a finalidade e periodicidade do exame preventivo resulta numa despreocupação e desinteresse pela sua busca, enquanto a apropriação destes conhecimentos acarreta uma maior e mais consciente procura pela prevenção (CHUBACI; MERIGHI, 2005).



Um estudo realizado em São Paulo revelou que 25% das mulheres que não realizaram o exame preventivo alegaram desconhecimento de sua importância e finalidade (PINHO et al, 2003).

#### 4.1.2 Um caminho tecido pelas oportunidades

Quando a prevenção foi realizada, ocorreu mediante o surgimento de uma oportunidade ou chance, conforme depoimentos que se seguem:

Fiz o preventivo só duas vezes na minha vida, há muito tempo: A 1ª foi naquele negócio de mutirão. A 2ª vez foi quando a minha nora tava fazendo tratamento pra engravidar, marcou preventivo pra ela e aproveitou e marcou pra mim também [...] (Mulher 3).

Fiz o preventivo uma vez na vida, porque tinha uma amiga que trabalhava na unidade de saúde e ficava falando pra eu fazer (Mulher 9).

Percebe-se nas falas acima que a realização do exame pode estar mais relacionada à conveniência ou chance de realizá-lo durante campanhas, mutirões, incentivos e ou chamamento de outras pessoas, que propriamente mediante um caráter baseado em percepção de risco ou pela valorização de medidas preventivas. A busca espontânea pela prevenção, especialmente em saúde, é um valor ainda não incorporado ao repertório cultural da população, de um modo geral.

Os acontecimentos e as práticas do cotidiano, inclusive as relativas à saúde precisam ser compreendidos para serem valorizados e aceitos. É preciso que estes façam sentido para o sujeito. Este “fazer sentido” é a congruência entre a base cultural do sujeito e o processo por ele desenvolvido para uma ação de saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Considerando o valor das oportunidades, os profissionais de saúde devem aproveitá-las não apenas em seus contatos com as mulheres, mas criá-las através de uma busca ativa, na medida do possível.

O sistema de informação no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero (SISCOLO), volta-se para o registro de procedimentos e controla diversas variáveis. Entretanto, não permite o registro da história de rastreamento das mulheres de forma longitudinal, identificando a data do último exame, a busca do resultado, as mulheres expostas ao maior risco e sem controle a mais de três anos. Não existe no Brasil um registro de base populacional consistente. Nas equipes de saúde, onde há o Agente Comunitário de Saúde, este poderia realizar a busca ativa mediante a existência de um registro na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) baseado na pessoa (VALE et al., 2010).

Considerando a carência de informatização dos serviços e tomando como exemplo o Programa Nacional de Imunização (PNI), onde as ações programadas são monitoradas por meio do cartão do usuário e o cartão espelho arquivado no serviço, o programa de prevenção do câncer do colo do útero, nas UAPS, poderia adotar esta sistemática. Esta ação propiciaria agilidade na convocação para exame, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação, encaminhamento das mulheres para unidade secundária e avaliação da cobertura de citologia na área.

Entretanto, percebe-se no depoimento que se segue, que há profissionais que deixam escapar a oportunidade de se fazer o rastreamento.

A Dra [...] falou pra mim que depois que eu ganhasse nenê que era pra mim voltar lá pra fazer o preventivo. (Mulher 5)

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização do exame preventivo nas gestantes, obedecendo a periodicidade e faixa etária das demais mulheres, sendo que a procura ao serviço para realizar o pré-natal deve ser considerado uma oportunidade para o

rastreio. É uma questão de diminuir-lhes a necessidade de vindas repetidas e garantir a realização do exame (BRASIL, 2011c; GONÇALVES, C.V. et al., 2011).

Sabe-se que as mulheres têm presença acentuada nas unidades de saúde buscando os serviços por diversos motivos, inclusive pelo seu papel de cuidadora da família. Os profissionais de saúde devem otimizar esta presença examinando sua situação em relação ao exame preventivo e reforçando a necessidade da prevenção.

Muitas mulheres fazem o preventivo em momentos de atendimento por razões diversas que não a prevenção, caracterizando um rastreamento oportunístico, conforme alguns autores observaram em seus estudos. Ainda que tal procedimento não seja o ideal para concretizar a efetividade de um programa, não pode ser uma oportunidade perdida (MENDONÇA et al, 2008; VALE et al, 2010).

A desorganização nos serviços contribuiu para um caminho onde as oportunidades se perderam:

Aí fui lá consultar. Ela fez o exame e disse que eu tava com mioma, e pediu uma porção de exames. Eu fiz e quando fui buscar os resultados, disse que num tinha encontrado, num tava achando, perderam meus exames. Fui lá umas três vezes e nada. Ninguém achou meus exames. Aí fui larguei aquilo pra lá [...] Mulher 4).

Quando eu fiz o preventivo naquele negócio de mutirão falaram que era pra pegar o resultado no posto. Fui lá uma porção de vezes e falaram que num tinha nada lá não. Aí num sei o que deu [...] (Mulher 3).

A perda de resultados de exames traz grandes transtornos ao usuário ocasionando perda de tempo, prejuízo financeiro pelas vindas repetidas ao serviço na tentativa de encontrá-los, prejuízos emocionais ante a incerteza dos resultados e a expectativa e o desagrado de ter de repeti-los. Isto gera descrédito na instituição e nos profissionais de saúde. O acesso a cuidados parcelares e descontínuos compromete a efetividade das ações de um sistema de saúde. É imperioso que a população possa adentrar a um sistema com cuidados integrais.

Deve ser garantida a finalização do cuidado e a resolutividade máxima dentro dos conhecimentos disponibilizados pela medicina.

Estudos realizados em Fortaleza (GREENWOOD et al, 2006) e em São Paulo, (PINHO, et al, 2003), concluíram que 8,97% e 13% respectivamente das mulheres não retornam em busca do resultado pelos mais diversos motivos. Não se observou esse comportamento no estudo. Ainda que poucos preventivos tenham sido realizados, houve uma busca pelo resultado, ocorrendo falhas nos serviços que comprometeram a integralidade.

Os serviços de saúde, em qualquer dos seus níveis, apresentam estruturas administrativas complexas onde devem ser armazenadas várias informações a respeito dos usuários, e muitas delas transitam entre os vários serviços.

A informatização promove um fluxo mais adequado das comunicações, mas muitos serviços ainda utilizam de tecnologias ultrapassadas e se valem de papéis que circulam por vários caminhos.

#### **4.1.3 Um caminho tecido pelo gênero**

O exame preventivo foi considerado algo temeroso por acarretar dor e constrangedor pela exposição do corpo:

Quando cheguei pra fazer vi que marcaram pra mim errado, marcaram pro médico. Era pra ter marcado com a Dra [...] Aí eu fiquei com vergonha e voltei pra casa e nunca mais fiz. (Mulher 10)

Eu num fazia preventivo, não. Eles falavam comigo pra fazer, mas eu tinha medo, medo de doer. Eles falavam comigo que doía e eu tinha medo (Mulher 7)

Com ou sem coleta de material cérvico-vaginal, o exame ginecológico é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável. A vergonha

prevalece frente à presença do profissional de saúde do sexo masculino. (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006; FERREIRA, 2009).

Retornando à faixa etária das mulheres do estudo, elas fazem parte de uma geração que sofreu intensamente os efeitos da repressão sexual que negava o corpo feminino na sua sexualidade, sendo esta voltada apenas para a reprodução. À menina foi ensinado que não deveria expor, tocar ou se deixar tocar na genitália configurando um quadro de total anulação dos órgãos sexuais.

O exame ginecológico constitui-se na exposição da genitália, no toque e manuseio de zonas erógenas tão cercadas de proibições e tabus, evidenciando que sentimentos negativos em relação ao exame podem advir das experiências restritivas vivenciadas no decorrer da vida sobre a sexualidade. Corroboram a falta de informações sobre a anatomia e fisiologia do corpo, assim como o papel da mulher na sociedade e relações de gênero (JORGE et al, 2011).

Os modelos de visão do corpo e da sexualidade feminina, que se fizeram ao longo do tempo, podem estar presentes, mesmo que sutilmente. O corpo feminino era visto como a imperfeição do corpo masculino, desde os tempos de Aristóteles e Galeno até o século XIX. Os órgãos sexuais femininos eram considerados invertidos, pois a mulher não teria calor suficiente para exteriorizar seus órgãos sexuais. Já no início do século XVIII, surge um novo modelo que atribuía as diferenças sexuais ao gênero e não ao sexo. Este novo modelo buscava na natureza a explicação para considerar a mulher inferior ao homem. Geralmente elas são menores, possuidoras de força física menor, mais frágeis e sensíveis (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Os fatores culturais de desvalorização da feminilidade e da sexualidade levam as mulheres ao desconhecimento do seu corpo e vergonha de expô-lo, ainda que seja por necessidade de se realizar algum exame. São valores transmitidos de uma geração a outra e,

ainda que a cultura tenha um caráter dinâmico e heterogêneo, determinados valores por demais arraigados levam tempo para se modificarem.

O medo e a vergonha das mulheres podem estar associados à impessoalidade em um atendimento que envolve temas que ainda são tabus para a mulher. Os profissionais de saúde lidam com o evento de forma corriqueira e sem importância, esquecendo-se de que o mesmo pode não acontecer com quem está do outro lado da mesa (PELLOSO et al, 2004).

Executar o exame pode ser simples e natural para o profissional de saúde, mas submeter-se a ele pode significar uma experiência difícil e constrangedora, até para os próprios profissionais de saúde. Uma pesquisa realizada com auxiliares e técnicas de enfermagem, pertencentes a uma instituição que cuida de mulheres na prevenção do câncer cérvico-uterino, com o objetivo de investigar os sentimentos das mesmas ao serem submetidas ao exame preventivo, revelou que 74% delas relataram sentimentos de vergonha, medo e incômodo (JORGE et al, 2011).

A cultura se expressa na interação social onde os sujeitos se comunicam e negociam significados. As mulheres, neste processo de intercâmbio de experiências, atribuem significado para o exame tal qual o experienciaram. Experiências prévias dolorosas durante um exame ginecológico, efetuadas sem esclarecimento, de forma fria e descuidada, têm esta vivência externalizada no contato com o grupo de convivência e têm o poder de perpetuar e disseminar a convicção de que o exame preventivo fatalmente acarreta dor.

Os resultados encontrados são semelhantes aos de outros estudos, onde o exame foi considerado embaraçoso, desconfortável, ocasionando medo e ou vergonha (PINHO, et al, 2003; RAFAEL, et al, 2010; DAVIM et al, 2005, JORGE et al, 2011; FERREIRA, 2009; CHUBACI, MERIGHI, 2005; OLIVEIRA; PINTO, 2007; MOURA et al, 2010).

O atendimento pautado na integralidade pressupõe o olhar e a valorização do contexto sociocultural no qual a mulher está inserida, pois cada uma traz consigo suas raízes culturais que permitirá aflorar diferentes sentimentos.

Não basta que os profissionais de saúde realizem o exame em ambientes físicos de privacidade. É preciso ir além, na busca da valorização dos significados do corpo, da sexualidade, do feminino e do “ser mulher”. É ter a percepção de que a mulher leva consigo mais do que um útero e um corpo. Quando busca o exame preventivo, uma mulher traz seus sentimentos, suas angústias, seus temores reais e irrealis, suas carências, suas vivências, seus valores, seu conhecimento e seu desconhecimento, enfim toda a sua história de vida. Contudo, além da sensibilidade dos profissionais de saúde na percepção das necessidades femininas, é imperativo que estes se percebam em sua atitude, seu gesto, sua forma de abordagem, sua linguagem, seu olhar, para que estes não reforcem preconceitos e tabus vigentes na sociedade (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

É preciso compreender como as mulheres percebem, sentem e vivem os eventos relacionados ao exame preventivo, sendo este o primeiro passo para definir estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às necessidades das mesmas.

Problemas socioeconômicos exigem enfrentamentos imediatos absorvendo o tempo, a atenção, o raciocínio e impedindo a visão de outras necessidades que se mostram aparentemente menos prementes. Estudos mostram que a realização do preventivo está diretamente ligada à condição socioeconômica das mulheres (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; MARTINS, VALENTE, THULER, 2009; FONSECA et al, 2010; MENDONÇA et al 2008; MULLER et al, 2008; RAFAEL, MOURA, 2010; ALBUQUERQUE et al, 2009; RODRIGUES NETO; FIGUEIRED; SIQUEIRA, 2008; CARMO; LUIZ, 2011).

É que eu tinha muita luta, muito trabalho, muita dificuldade, uma filha especial, muita pobreza. Eu vivia uma vida muito perturbada. Ele chegava em casa quebrando tudo, batendo em mim e nos filhos. Porque a gente tinha estes problemas ele descarregava na família. Era difícil fazer o exame com uma vida destas. Então fui deixando passar mesmo. (Mulher 3)

A luta pela sobrevivência e relacionamentos familiares conturbados afetam a saúde das pessoas por mobilizarem-nas totalmente em direção a resolver necessidades primárias e prementes. As práticas de autocuidado podem ser consideradas secundárias pelas mulheres diante de uma sobrecarga de tarefas laborais que se superpõem envolvendo cuidados com a família e o lar e diante da violência doméstica que abala a autoestima das vítimas (RAFAEL, et al, 2010).

O nascimento de um filho especial pode trazer complicações para o relacionamento do casal e da dinâmica familiar, ainda mais em situação de pobreza. A manutenção do afeto e relacionamento conjugal não é tarefa fácil para o casal, dentro de um clima de culpabilização e decepção (RIBEIRO, 2000).

Em nossa sociedade ocorre uma naturalização dos papéis sociais que determinam os espaços ocupados de acordo com o sexo, determinado por uma construção histórica e legitimada pela sociedade. O espaço privado naturalizou-se como o espaço feminino onde se aprende a ser mulher conforme padrões que a sociedade estabeleceu para ela. A casa era identificada com a mulher e ela se dizia a 'dona da casa' sendo responsável por todos os afazeres do lar e cuidados dos filhos. Sua autoridade era doméstica, fundada na valorização da figura da mãe e esposa. Espera-se do gênero feminino o ser mãe, o cuidar e o maternar (PEREIRA, 2009).

É comum a mãe julgar que apenas ela é capaz de cuidar adequadamente e de dar afeto aos filhos. Esta ideologia tem suas raízes culturais no século passado, no modelo de família à época quando se dizia que só a mãe poderia dar tudo o que o filho precisava para desenvolver-se bem.



Salienta-se que uma transmissão cultural se processa dentro do próprio relacionamento mãe-filha. As mulheres, da mesma maneira como foram educadas, educam suas filhas perpetuando a cultura do exercício da maternagem como atividade suprema e específica da mulher.

A família era identificada com o homem e ele se dizia o chefe e provedor da mesma. Os filhos homens são educados para reduzir ou reprimir o desejo de exercer a maternagem, julgada como específica da mulher (RIBEIRO, 2000).

Ao longo do tempo, o papel da mulher na sociedade foi redefinido. Entretanto, as repercussões dos avanços observados nem sempre foram positivas e não geraram a qualidade de vida esperada pela população feminina. Ainda que ela saia do espaço privado para o público, no exercício de uma função laboral, permanece com a responsabilidade da administração do lar, acumula várias funções, sendo responsável também pela tarefa de educar os filhos, em decorrência da sua capacidade de conceber e dar à luz. A sobreposição das atividades laborativas com os cuidados com a família, sobrecarrega a mulher, dificultando a realização de práticas de autocuidado (RAFAEL; MOURA, 2010).

Obviamente, com este tipo de formação, as mulheres abarcam todas estas responsabilidades e muitas se encontram assoberbadas pelas tarefas domésticas e não encontram tempo para se cuidarem, apesar de serem as cuidadoras de toda a família.

Este processo, sendo exclusivamente de cunho sociocultural, denuncia uma ideologia por detrás desta intervenção humana que camufla a realidade ao legitimar a “superioridade” do homem, como provedor, detentor de força física e inteligência superior à da mulher (ALMEIDA; SILVA; AGUIAR, 2009).

Outro tema que tem sua origem na construção cultural de gênero é a violência doméstica. Em 80% dos casos de violência contra a mulher, o agressor é o parceiro íntimo ou

ex-parceiro. Entretanto, estas situações não são reveladas facilmente, a despeito da elevada frequência, trazendo a marca distintiva de gênero (SCHRAIBER et al, 2009).

Um estudo transversal realizado na cidade de São Paulo e 15 cidades do interior de Pernambuco sugere ser a questão de gênero preponderante na questão da violência doméstica. (D' OLIVEIRA et al, 2009), sendo o etilismo do parceiro um fator preditivo da mesma (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

A violência de gênero, até recentemente um assunto marginal entre os temas da saúde, tem um impacto muito grande na saúde da mulher sendo responsável por um em cada cinco anos potenciais de vida saudável perdidos, considerando-se apenas a violência sofrida na esfera doméstica (RIBEIRO, 2000).

Vê-se que a cultura tem íntima relação com o processo saúde doença e pode estar na gênese de muitos distúrbios, o que obriga a medicina a ampliar os seus horizontes para além dos fenômenos puramente biológicos.

Na maioria das vezes, os profissionais de saúde assumem apenas como de sua competência o tratamento das conseqüências físicas e psicológicas da violência doméstica. Este tipo de conduta que trata apenas os efeitos da violência traduz uma prática médico-sanitária na contramão da integralidade, pois insuficiente da perspectiva da prevenção (SCHRAIBER et al, 2009).

#### **4.1.4 Um caminho tecido pelos serviços de saúde**

Uma atenção distanciada da prática da integralidade contribuiu para que a mulher não realizasse o preventivo:

Nunca nenhum médico falou pra eu fazer. Sabe, se a gente fala alguma coisa com eles que não é o que eles tratam, eles falam pra gente assim: Oh! Isto não é comigo não e não faz nada, nada, fica por isso mesmo. (Mulher 2)

[...] mas nunca nenhum médico falou que eu tinha que fazer. Eu consultava e eles num falavam disto. Consultei vários médicos, pra muitas coisas que tava sentindo, nunca os médicos falaram que eu precisava fazer preventivo.  
(Mulher 4)

Eu consultava por causa da pressão alta, mas nunca o médico falou comigo que eu precisava fazer preventivo. Uma vez até mandou eu ir no médico que trata de diabetes, mas nenhum falou de preventivo.( Mulher 10)

Embora a coleta de material para o exame preventivo não seja atividade exclusiva do profissional médico, as mulheres o referenciaram denotando uma visão ainda existente de centralidade do mesmo na atenção à saúde. Em um estudo realizado em São Paulo, sobre motivos relatados para a realização do ultimo preventivo, a recomendação médica foi citada por 24,9% das mulheres (PINHO et al. 2003).

Em observância ao princípio da integralidade, uma consulta médica ou de outro profissional de saúde, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma escuta atenta, vislumbrando identificar outras necessidades para as quais há saberes e práticas disponíveis na equipe e/ou em outros serviços, que possam complementar a assistência ao usuário (CECILIO, 2006).

As ações de saúde, tanto preventivas quanto curativas e de reabilitação, devem estar integradas. Sob este prisma, os serviços de saúde devem responder não apenas a demanda por tratamento de doenças, mas devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem. A equipe deve estar predisposta a ouvir atentamente, numa escuta que transcende a demanda que levou o paciente ao serviço, no sentido de identificar outras necessidades de saúde não expressas pelo paciente (CECILIO, 2006).

A presença da mulher na unidade de saúde deve ser aproveitada por todos os integrantes da equipe, no sentido de orientá-la e incentivá-la a realizar o exame preventivo. A educação em saúde acerca da prevenção do câncer de colo de útero pode ser realizada em

grupo ou individualmente, não se constituindo responsabilidade de um único membro da equipe.

A única entrevistada que relatou realizar o preventivo anualmente, o fez em desacordo à periodicidade recomendada pelo MS e às orientações preconizadas pelas diretrizes do SUS, que estabelece uma linha guia de cuidados onde a porta de entrada é preferencialmente a Atenção Primária. A Atenção Primária é parte integrante do Sistema de Saúde Nacional e constitui-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema. As unidades de atendimento, neste nível de atenção, deverão estar localizadas o mais próximo possível do usuário.

Entretanto, demonstrando a falta de credibilidade na unidade de saúde onde está cadastrada, a usuária rompia barreiras geográficas e administrativas e realizava o preventivo numa unidade de atenção secundária. A entrada no serviço especializado, sem necessidade, através da demanda espontânea, caracteriza ausência de referência com responsabilidade, o que acarreta sobrecarga no sistema, incrementando a demora no atendimento a quem realmente necessita daquele tipo de serviço.

Eu fazia todo ano com o Dr [...] lá no (nível secundário de atenção à saúde). Sempre dava normal, mas deste último não. No posto eu não faço não, não é a mesma coisa não. Demora a sair o resultado, acho que eles fazem aquilo de qualquer maneira, corrido. Imagine eu fazia todo ano ali e ainda aconteceu isto! Imagina então pelo posto? Eu já tinha até morrido, não ia dar nada. Faz de qualquer maneira. Nunca fiz no posto, mas vejo os outros falar que é assim. (Mulher 6)

Mediante expectativas frustradas que se repetem consigo, com familiares e amigos, os usuários qualificam o sistema e os profissionais de saúde como ineficientes. A entrevistada agiu conforme significados que lhe foram comunicados e negociados na interação social que ocorre entre as pessoas.

Não só o acesso geográfico determina a procura por um serviço de saúde, mas também a maneira como a população é recebida pela unidade, o conceito do serviço na comunidade e a sua capacidade de resolução dos problemas de saúde (PRADO, FUJIMORI, CIANCIARULLO, 2007).

A realização do exame preventivo numa periodicidade maior que a recomendada não traz benefícios e eleva o custo da assistência, diminuindo as oportunidades para as outras usuárias.

Ainda demonstrando a falta de credibilidade no Sistema e em busca de atendimento de melhor qualidade, as mulheres até se dispuseram a despender recursos financeiros significativos perante a sua condição econômica:

[...] eu tava esperando me aposentar pra fazer um *check up* geral, porque a gente vai pro SUS, não é que eles são ruins, os médicos, mas eles não podem fazer o justo, eles não ganham prá isto, então eles atendem da altura que pode. Coitados! (Mulher 3)

O sistema de saúde do Brasil, “enquanto aparato jurídico-legal é sem dúvida um dos mais avançados do mundo, porém quando se contextualizam as dimensões sócio-culturais, políticas e econômicas na qual esse sistema se concretiza, surgem contradições de diversas ordens.” (PRADO, FUJIMORI, CIANCIARULLO, 2007, p.401).

A falta de investimentos em educação permanente, em recursos humanos e materiais causa desmotivação nos profissionais que, em alguns momentos, passam a atender de forma descuidada, sem envolvimento com as questões de saúde do usuário, ignorando a totalidade de sua realidade, desconsiderando o princípio da integralidade na atenção à saúde, o que gera insatisfação em ambos.

Tanto os gestores quanto os profissionais de saúde necessitam planejar, organizar e avaliar melhor os serviços prestados no sentido de assegurar a eficiência, efetividade e eficácia dos mesmos garantindo a aplicabilidade dos princípios do SUS aos seus usuários.

Ainda que o usuário reconheça a existência de problemas no Sistema e isente os profissionais de sua parcela de responsabilidade pela má qualidade dos serviços prestados, estes não podem se furtar a disponibilizar recursos pessoais traduzidos pelo acolhimento, atendimento humanizado, vinculação e responsabilização. É uma questão de ética profissional e respeito à cidadania do usuário.

#### **4.2- Itinerário no diagnóstico**

Esta categoria permitiu levantar três subcategorias: **Um caminho iniciado com sinais e sintomas; Um caminho cheio de obstáculos; Um caminho que trouxe uma revelação dolorosa.**

##### **4.2.1 Um caminho iniciado com sinais e sintomas**

As experiências que deram início ao percurso foram, em sua maioria, sinais e sintomas como sangramento vaginal e dores nas relações sexuais.

Como experiência, pode-se dizer que a doença não é um conjunto de sintomas físicos universais, mas é um processo subjetivo no qual as vivências das pessoas, as impressões sensíveis experimentadas pelo corpo são construídas por mediações dos contextos socioculturais, considerado um processo objetivo (LANGDON, 2005).

Uma desordem física e/ou psíquica que se torna perceptível leva as pessoas a se considerarem doentes, não assinalando apenas para as sensações, mas principalmente para o sentido atribuído a elas. A doença como experiência é reconhecida após interpretação e julgamento das impressões sensíveis produzidas no corpo, originando um significado.

Estes significados emergem, não de um instante pontual do sujeito, mas de toda a sua história. Uma história que se estabelece também através da comunicação com os outros que se

influenciam mutuamente. Esta mediação entre o subjetivo e o objetivo dá um caráter intersubjetivo à enfermidade (ALVES, 1993).

Começou assim a sangrar, tava emagrecendo, pensei que o meu “negocio” tava voltando e aí não esquentei a cabeça, mas aí ficou sangrando mais de um mês, pensei: o que pode ser isto! Aí fui no médico (Mulher 7).

Fiquei três anos sem menstruar e aí depois, veio por dois meses seguidos, todo dia um pouquinho. Pensei que tava voltando a minha menstruação. E quando tinha relação doía e sangrava. Pensei: isto não tá normal, isto me preocupou Marquei lá no posto (Mulher 5).

Percebe-se o julgamento de Mulher 1 e Mulher 2 não pelo instante pontual, mas pela sua história de mulher que experienciou os períodos menstruais durante a menacme como um sinal de saúde e a cessação esperada dos mesmos no climatério.

Inicialmente, deram um sentido de normalidade ao sangramento conjecturando que a menstruação estava de volta, mas em seguida, percebendo características diferentes e esgotado o conhecimento sobre os fatos, significaram-nos conferindo-lhes um sentido de desordem, o que indicou-lhes a necessidade de busca de entendimento e tratamento.

A doença como processo prevê três passos: o reconhecimento dos sintomas e do distúrbio como desordem; a busca pelo diagnóstico e a escolha do tratamento; a avaliação do tratamento. A partir do momento em que o estado de sofrimento é reconhecido como desordem, o processo de diagnóstico se estabelece com vistas à tomada de decisão. Geralmente, o início do processo ocorre no contexto familiar, onde há negociação visando a um consenso sobre o fenômeno. Considerando a cultura e a subjetividade, várias condutas podem ser encontradas: desde tratar com um chá uma doença considerada leve e conhecida, até buscar o sistema médico formal ante a doença entendida como grave. Impossível predizer a escolha, pois esta será determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos

envolvidos (LANGDON, 2005). Segundo Aves (1993), nem sempre há consenso nas negociações.

E começou a sangrar. Falei com meu marido. Ele falou assim: Ah! Isto é porque você tá nervosa, pelejando com sua mãe [...]. Aí fui deixando passar, passar, mas por fim eu falei, não tem jeito, isto não tá certo. Vou marcar com Dra [...]. (Mulher1)

Ela me examinou e falou que era mioma. Pediu uma porção de exames. Aí as pessoas falavam comigo que mioma num era nada não, num tinha importância não. Aí larguei aquilo pra lá. (Mulher 4)

A doença não é uma categoria estática, mas um processo sociocultural em que parte deste processo é social envolvendo interação e negociação do grupo e parte envolve as subjetividades.

As pessoas estão sempre interagindo num processo em que percebem e interpretam o que os outros estão dizendo e também interagem segundo suas interpretações. Decidir ou interpretar que se está doente é um processo que é construído junto ao seu grupo, envolvendo noções compartilhadas sobre o corpo, seu funcionamento e quais sinais indicam que algo está errado e a gravidade da situação (LANGDON, 2005).

A noção de doença como experiência tem implicação clínica, pois pressupõe que os profissionais de saúde devem desenvolver competência cultural para ouvir as narrativas dos usuários. Seria importante evitar os filtros dos esquemas de *anamnese* e realizar uma escuta qualificada da narração. Tal atitude pode modificar significativamente o entendimento e a ação sobre o quadro de saúde do paciente (BOEBS et al., 2007).

#### 4.2.2 Um caminho cheio de obstáculos

Os sinais sensíveis, apontando um sentido de desordem e gravidade, fizeram a maioria das mulheres buscar atendimento no sistema formal de saúde, considerado aqui como a



biomedicina. Inicialmente, buscaram atendimento no SUS. No entanto, nem todas lograram êxito, conforme ilustra o depoimento de Mulher 4 e Mulher 1.

Eu paguei a consulta, paguei porque no SUS não tinha, disse que tinha que esperar só prá daí a 6 meses. Eu falei que estava com sangramento. Nem assim. Aí minha neta me deu 20 reais, eu peguei mais 20. A consulta era 40 e o exame era 15 (Mulher 3)

[...] procurei o posto[...]. Eles falaram que eu tinha que esperar 5 meses! Era conforme deixava o nome, eles chamavam a pessoa. Eu não podia ficar esperando, então marquei com médico particular. Falei no posto que estava com sangramento, não me passaram na frente!( Mulher 7).

A inexistência de um acolhimento, com avaliação de risco para o estabelecimento de prioridades, impediu-lhes o acesso restando a marcação de consulta no serviço privado, a despeito de suas precárias condições financeiras. O acesso é um dos princípios do SUS mais fortemente ligado ao princípio da integralidade, tendo em vista que a inserção do indivíduo no sistema é condicionante para que se desenrole uma atenção integral ou não. A incorporação do princípio da integralidade na prática requer, primeiro, a garantia do acesso aos serviços. Entretanto, embora o acesso seja imprescindível para que ocorra a integralidade e tem sido considerado como um dos componentes principais na atenção à saúde, ele por si só, não garante a efetuação de cuidados integrais (SOUZA, et al., 2008; PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

A acessibilidade em saúde é a capacidade de se obter cuidado de saúde, com facilidade e conveniência, sendo um produto de fatores de diversas dimensões, classificadas como de ordem sociocultural, organizacional, geográfica e econômica (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

O acolhimento pode ser um potencializador do acesso, enquanto entendido como uma atividade inserida em uma etapa do processo de trabalho, responsável pelo atendimento da demanda espontânea, possibilitando uma reorganização do trabalho na unidade. Visto sob este prisma, o acolhimento, além de ampliar o acesso dos usuários ao serviço, contribui para a

humanização do atendimento. A viabilização deste processo se daria através da instituição de uma equipe de acolhimento, com papel central no atendimento do usuário que chega ao serviço, visando a recebê-lo, escutá-lo e solucionar seus problemas de saúde.

Esta forma de acolhimento procura identificar problemas pontuais trazidos nas demandas dos usuários e busca oferecer respostas a eles, rearticulando o serviço em torno delas. Isto implica numa atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de ajuda (TAKEMOTO et al., 2007).

Sob esta ótica, o acolhimento cria nova porta de entrada, recebe todas as pessoas que chegam à unidade, busca a máxima e melhor resolução dos problemas apresentados e, quando necessário, assegura o fluxo do usuário para outros serviços (CARVALHO et al, 2006).

Em uma pesquisa sobre o acesso em unidades de saúde que atendiam pelo modelo tradicional e em outras onde funcionava a Estratégia Saúde da Família, foi observado que em ambos os modelos, o acesso às consultas foi bastante dificultado. As autoras concluíram que mesmo o Programa Saúde da Família, não tem garantido acesso para a população de seu território (PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Sem discutir se o interesse foi ou não estritamente mercantilista, o serviço privado foi mais humano, mais acolhedor, deu uma resposta mais efetiva e proporcionou alívio momentâneo do sofrimento gerado pela ansiedade e incerteza, conforme depoimento da Mulher 4.

Aí fui numa clínica particular que tem lá perto de casa. Tive este sangramento no final de julho, numa quarta feira. Ela disse que só tinha vaga pro fim de setembro. Eu falei com ela: vê se ocê consegue aí prá mim, mais depressa...ela conseguiu no sábado, aí eu fiz a consulta e ela já fez a biópsia. (Mulher 3)

Um atendimento desqualificado, ausência de resolutividade, dificuldades de acesso, demora nos atendimentos levam algumas pessoas como a Mulher 1 e a Mulher 2 a

desacreditarem no SUS e a desenvolverem expectativas de um atendimento melhor na rede privada. O SUS se põe como um sistema que afiança a universalidade de acesso, entretanto, na conjuntura dos serviços de saúde é possível se deparar com uma ‘universalidade’ que exclui uma parcela da população que diante de falta de vagas e descrédito nos serviços, migra para os serviços privados.

lá tem unidade de saúde, mas eu nunca fui. Falam que é difícil marcar e que não é bom. Eu pago sindicato dos aposentados. Porque lá cê paga por mês e depois paga uma diferença na consulta, porque aí cê é atendida mais rápido, marca quando quer, muito bom. Aí marquei lá (Mulher 1)

eu fiz na [...] que eu tinha plano na [...], o atendimento lá é muito bom, diferente do SUS, era dependente da minha filha (Mulher 2)

O SUS tem, em sua essência, os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no Brasil, por seu caráter universal, gratuito e integral, afiançando acesso a todo cidadão, na medida em que transforma a saúde em direito abolindo o caráter de mendicância. Contudo, a realidade de saúde no país ainda se encontra bem distante da proposta humanizadora do SUS, haja vista as enormes e inúmeras filas cotidianas nas portas dos serviços de saúde (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009; SIMÕES et al., 2007; COSTA; LUNARDI FILHO; SOARES, 2003).

#### **4.2.3 Um caminho que trouxe uma revelação dolorosa**

Em nossa sociedade, o câncer ainda é uma doença temida, carregada de estigma e preconceito, pois é considerada incurável ligada à morte e a muito sofrimento. A maioria das entrevistadas relatou ter experimentado um impacto emocional muito forte, onde foram absorvidas pela idéia de finitude. Os sonhos, metas e planos idealizados ao longo da vida perderam o sentido e a razão de existirem e o diagnóstico foi considerado um prenúncio de morte iminente.

Uma morte traduzida não apenas como a morte biológica, mas também como morte social, cultural e especialmente a morte da capacidade de sonhar, de projetar o futuro e sentir-se vivo em sua plenitude, no mais completo bem estar biopsicossocial e espiritual (XIMENES NETO; CUNHA, 2006).

Alguns depoimentos demonstram os sentimentos dolorosos de medo e desesperança no futuro, tendo a espiritualidade como conforto e acolhimento, mitigadores do sofrimento advindo do resultado.

Eu fiquei descontrolada. Ah! É difícil receber uma notícia desta, porque as duas doenças que é só com a misericórdia de Deus é o câncer e a AIDS. (Mulher 5)

Eu fiquei doida! Na hora eu fiquei doida, sabe, estava sozinha. Aí eu saí de lá, nossa! Até tremendo e chorando. (Mulher 6)

Eu fiquei num sofrimento só. Chorei muito, chorei muito mesmo, eu fiquei até ruim da cabeça, não dormia, só pensando naquilo. Eu pensava assim: ah! Meu Deus será que eu vou morrer agora, assim tão depressa, tão de repente! (Mulher 4)

Foi horrível quando ele falou! Aquilo prá mim era o fim do mundo! Que eu podia desistir da vida. Nossa! Pensei: agora acabou! Aí eu não queria fazer tratamento nenhum. Fiquei pensando em não fazer, depois fazer, não fazer, fiquei naquela. (Mulher 2)

Seguindo a linha guia de cuidados estabelecidos no SUS, o exame preventivo será realizado no nível de Atenção Primária. Caso haja alguma alteração, a mulher será encaminhada à Atenção Secundária para colposcopia e biópsia, se necessário. O resultado da colposcopia e biópsia será encaminhado à Unidade de Atenção Primária na qual a mulher realizou o preventivo.

A possibilidade de uma formação maior de vínculo entre equipe e usuária ocorre no nível de Atenção Primária, sendo este o nível mais adequado para informar à mulher um resultado de exame positivo para câncer, onde a mesma seria acolhida por outros membros da equipe numa atitude que vislumbresse a sua integralidade de ser humano. Entretanto, o diagnóstico foi revelado pelo profissional do nível secundário que realizou a biópsia. Além disto, as entrevistadas disseram estar sozinhas no momento em que receberam o diagnóstico

quando deveriam estar acompanhadas por uma pessoa do seu convívio, o que poderia ajudá-las neste momento difícil.

A conceituação ampla sobre a saúde consolidou, como direito de cidadania, uma assistência materializada por uma ação cuidadora integral. Numa ação cuidadora integral há que se haver o reconhecimento e a consideração do encontro singular entre os indivíduos, pois a assistência em saúde tem seus pilares em uma interrelação pessoal muito intensa, o que torna a eficácia das ações em saúde dependente dos laços interpessoais mais do que em outros serviços (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Não se equaciona a integralidade sem valorizar um encontro entre profissionais de saúde e usuário que vai muito além de respostas obtidas puramente na execução das técnicas. Em todo encontro deve-se buscar a valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, com zelo e dedicação profissional pelo outro no sentido de ajudá-lo a enfrentar positivamente os desafios de sua condição adversa em seus momentos de risco ou adoecimento, considerando o respeito à sua individualidade e a essência do ser humano como um ser biopsicossocial.

O profissional de saúde deve estar preparado para a entrega do resultado numa perspectiva de ajuda, como recurso de apoio e aconselhamento. Na maioria das vezes, o profissional de referência para a mulher com câncer do colo do útero é o médico. É importante que ele informe à mulher e à sua família sobre o diagnóstico, a condição real da situação de saúde e a possibilidade terapêutica, ainda que esta responsabilidade seja dolorosa devido ao estigma que envolve a doença e as diversas formas de reações frente à doença.

O contato com pessoas que tiveram câncer influenciou estas reações das mulheres entrevistadas. Imediatamente em seu imaginário surgiram as cenas de sofrimento que julgaram que inevitavelmente vivenciarão. O sofrimento com a doença pode ser amenizado

com recursos terapêuticos, mas as pessoas desconhecem esta possibilidade e julgam não haver nada a ser feito.

Minha avó teve isto também, começou com um carcinho no peito. Ela quis vir para minha casa. Ela sofreu muito, não adiantou nada, teve barriga d'água, inchou muito, inchou muito. Ficou aquela água escorrendo pelas pernas. Ficou um "caquinho" (Mulher 2)

Minha sobrinha teve, só que o dela foi no maxilar, então eu vi ela gritando, nossa! Ela rolava de dor, Ela ficou ruim mesmo, emagreceu, o cabelo dela caiu, sabe. Aí não sei se é porque passou aquilo com minha sobrinha, a gente pensa um monte de coisas, imagina um monte de coisas. (Mulher 4)

A minha irmã coitada, não teve jeito. Ela teve no peito. Morreu ano passado. Tirou o peito, mas não adiantou, apodreceu o osso aqui da perna, ficou sem andar, apodreceu. (Mulher 7)

Numa perspectiva de integralidade, o desenvolvimento da atenção aponta para a produção da saúde e não só para o tratamento. Com vistas à produção de saúde, a pessoa deve ser abordada com suas histórias de vida, histórias familiares, histórias culturais e com o próprio andar da vida perante o adoecimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Isto requer dos profissionais de saúde um trabalho totalizante em que todas as dimensões da realidade do ser humano sejam vista em sua singularidade. Isto equivale a dizer que o princípio da integralidade, deixa de ser uma atenção conformada a uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas para se efetivar em uma atenção humanizada (SIMÕES et al., 2007; BECK et al., 2007).

As mulheres tinham conhecimento do diagnóstico, mas a maioria evitava falar a palavra 'câncer'. Geralmente, ao se falar sobre o câncer é possível perceber mudança no tom da conversa, silêncios, desvios de olhares e comportamentos que indicam a expectativa de morte. Percebe-se a necessidade de dar voz a estas mulheres para que elas possam expor todos os seus temores e a equipe de saúde possa conversar abertamente apresentando-lhes todas as possibilidades e desmistificando preconceitos.

Aí ela (a médica) falou: vou pedir o preventivo. Aí pediu, eu fiz, aí deu (pausa).  
(Mulher 1)

Fiz o preventivo e acusou (pausa) no colo do útero (Mulher 5)

O médico queria conversar comigo. Fui lá e deu (pausa) (Mulher 6)

Uma funcionária da limpeza, que talvez não tenha recebido preparo para o acolhimento, foi a única que, num gesto tão simples, apoiou a Mulher 6 naquele momento de tanta fragilidade, captou uma mensagem não verbal e respondeu com um cuidado.

Aí parei no corredor e a moça da limpeza perguntou para mim: você está sentindo mal? Eu falei: não. Mas você está tremendo e chorando. Senta aí, vou pegar um copo d'água com açúcar. Aí me deu, sabe? Ficou ali conversando comigo. [...] Aí fui para o ponto de ônibus, estava sozinha e fiquei lá, pensando, pensando.  
(Mulher 6)

O cuidado permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor intrínseco das coisas, na medida em que permite sentir o outro e ter compaixão com os seres que sofrem. É preciso que o ser humano busque obedecer mais a lógica do coração, da cordialidade e da gentileza. É preciso derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado (BOFF, 1999).

Tendo em vista que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo e não restrito ao campo biológico, devendo ser tratado de maneira integral, torna-se uma tarefa árdua para ser assumido somente pelo médico. Cabe a toda equipe de saúde propiciar apoio à mulher, à família e ao profissional tido como referência.

Mas, é preciso que a equipe discuta as representações que tem da doença. As informações devem ser simples, objetivas, claras e verdadeiras sobre a doença numa linguagem acessível ao nível da compreensão da usuária. Os sentimentos devem ser abordados e aceitos com cuidado, com o objetivo de facilitar sua reelaboração voltada para conviver com o tratamento do câncer.

A integralidade é um ideal difícil de ser alcançado em sua plenitude, pois está relacionada a vários condicionantes, entre eles o acolhimento e a assistência humanizada. Para a efetuação da integralidade é necessário ampliar a dimensão do cuidado realizado na prática dos profissionais de saúde onde o acolhimento, o estabelecimento de vínculos, a humanização e o diálogo com outras dimensões do processo saúde-doença possibilita uma responsabilização maior pelos resultados das ações de atenção à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FONTOURA; MAYER, 2006).

A humanização da saúde pressupõe considerar a essência do ser que legitima o humano das pessoas envolvidas em todo processo de atendimento. Uma atenção humanizada pressupõe ajudar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar positivamente seus desafios (SIMÕES et al., 2007).

#### **4.3- Itinerário no tratamento**

Esta categoria permitiu seu desdobramento em 4 subcategorias: **Um caminho difícil e complicado; Um caminho desconhecido e sofrido; Um caminho que alterou o cotidiano; Um caminho com apoio.**

##### **4.3.1 Um caminho difícil e complicado**

Após a confirmação do diagnóstico de câncer através do resultado da biópsia, o percurso teve início com uma maratona de idas e vindas a várias instituições para a realização de exames complementares e sessões de quimioterapia e radioterapia. Para a elaboração do plano terapêutico, fez-se necessário uma série de exames realizados no nível secundário e terciário, para que fossem estabelecidos, com maior segurança, os limites da invasão e, conseqüentemente, a indicação e alcance das terapias.



As mulheres empreenderam um caminho que se revelou muitas vezes difícil e complicado no qual se percebeu que a integralidade ficou comprometida, na medida em que o atendimento revestiu-se de um caráter reducionista com ênfase apenas nas questões biológicas da doença.

Com frequência, nota-se que a preocupação dos profissionais de saúde se restringe apenas às questões da avaliação dos exames, a escolha do melhor tratamento para o tumor e não atentam para a possibilidade de existência de questões inerentes ao contexto sociocultural dos usuários, dificultadores do acesso à consulta e adesão ao tratamento.

Os profissionais de saúde devem perceber os usuários para além de sua doença. Não é possível a persistência tão somente na inscrição corporal da doença, na qual os doentes são objetos de atenção na medida em que se constituem no terreno em que a mesma evolui (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ainda que o crescimento científico e tecnológico no setor da saúde resulte em medidas verdadeiramente efetivas de intervenção no tratamento e prevenção das doenças, consolidadas em práticas gerenciadas por serviços de saúde e equipes multiprofissionais, não podemos abster-nos de escutar a vida concreta e cotidiana, como individualmente vivida, daqueles que buscam atendimento às suas necessidades de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As usuárias se deslocam muitas vezes sozinhas, enfrentam as dificuldades de transporte coletivo, vem às vezes de bairros distantes ou até de outra cidade, despendem grandes esforços para o arranjo das atividades domésticas, mobilizam recursos financeiros por vezes indisponíveis. O tempo gasto no deslocamento, assim como na sala de espera, gera ansiedade e sofrimento antecipado pela expectativa de um tratamento desconhecido.

Várias barreiras se interpuseram no itinerário, inclusive o excesso de burocracias, programação inadequada dos atendimentos, suspensão de atendimento sem comunicação

prévia que leva em conta, na maioria das vezes, apenas o interesse do serviço e dos profissionais de saúde, comprometendo a acessibilidade.

Há uma distinção entre o acesso e a acessibilidade. O acesso é compreendido como possibilidade de entrada nos serviços de saúde e por acessibilidade compreende-se a atenção que os usuários recebem após a entrada nos serviços de saúde, tendo a resolutividade e a integralidade como indicadores da qualidade da atenção (FARIA et al., 2007)

A acessibilidade, nesta concepção, é mais abrangente abarcando, não apenas o uso do serviço de saúde, mas também a atuação dos profissionais de saúde e o atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Os depoimentos seguintes ilustram a discussão:

Depois deste rolo todo, né, cada dia que a gente vem aqui, é uma coisa. Cheguei no dia 22, ele marcou pro dia 5, mas quando foi dia 29, ele ligou prá eu vir aqui no dia 30, entendeu. Sou só eu e minha filha deficiente de 54 anos. Minhas filhas e minha neta estão revezando pra ficar com ela. Mas uma filha mora longe da minha casa, tem duas no Rio e uma em São Paulo. É muito difícil, todas tem seus problemas e não podem ficar longe de casa muito tempo. (Mulher 3)

Aí ele pediu esta papelada toda e eu fui fazendo.. fui fazendo... consegui fazer pelo particular, prá fazer mais depressa, que a gente tem um pouquinho de economia e outros pelo sindicato porque tem desconto. Eu não sabia que no SUS, o médico coloca prioridade prá estas coisas. (Mulher 1)

Tenho que fazer a braquí, mas só lá no [...] que tem este aparelho, mas tá preso lá no Rio... ainda num veio, tá preso na alfândega. Então vai demorar uns 15 a 20 dias. . . Não sei o que é...É um fiozinho que enfia... tá preso na alfândega. Lá... tava marcado prá 9 h e o médico só chegou 10:30 e mandou falar que não ia dar, porque tava preso na alfândega. Podia ter avisado antes, telefonado, que a gente nem vinha, mas uma falou que vai falar poucas e boas com ele (Mulher 1)

A integralidade passa, obrigatoriamente, pela integração de serviços por meio de redes assistenciais, mediante o fato de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução de todos os problemas de saúde de uma população. Normalmente, as redes que se conformam nos atendimentos de nível secundário e terciário, se localizam nas áreas centrais das cidades de maior porte e muitos dos usuários do SUS

apresentam precárias condições financeiras, que dificultam sua mobilização até estas unidades de referência.

A acessibilidade geográfica é considerada um fator determinante para que o SUS consolide seus princípios e diretrizes, entre eles o da integralidade (FARIA et al., 2007). A existência de transporte pelo SUS é um instrumento que facilita a acessibilidade geográfica e a efetivação do princípio da integralidade. Para atender a esta demanda o SUS conta com as ambulâncias destinadas ao transporte de usuários que necessitam cuidados especiais e veículos comuns para os demais.

Entretanto, é imprescindível garantir um eficiente serviço de manutenção nos veículos, no sentido de evitar-lhes o sucateamento, garantindo o benefício, especialmente aos usuários carentes e com dificuldades de acesso geográfico. Percebe-se que o problema de gestão dos recursos materiais ocasionou o uso indevido e inadequado do veículo, gerando desconforto aos usuários e possibilidade de dificultar o acesso de outros realmente necessitados de uma ambulância, conforme ilustrado pela fala a seguir:

A gente vinha no carro da prefeitura, mas os carros tavam tudo quebrado, aí a moça lá da ambulância mandou nós dois vim junto de ambulância. Foi uma viagem muito cansativa! A estrada muito cheia de buraco, sacudia muito, arriscado até a ambulância virar. (Mulher 3)

Após uma sessão de quimioterapia, a entrevistada relata dificuldades para utilizar um transporte coletivo urbano e até mesmo dificuldade financeira para solicitar um serviço de táxi, o que a levou a recorrer à solidariedade de um vizinho. Numa pesquisa realizada em Paranaguá sobre itinerário terapêutico com famílias em situação de pobreza, as relações familiares e de vizinhança desempenharam o papel principal (GERHARDT, 2006).

Estas são questões que envolvem a acessibilidade e estão diretamente relacionadas à integralidade e comprometem a efetividade do SUS, conforme relato:

Eu vinha de ônibus, mas num podia voltar de ônibus. Ficava assim... não aguentava ficar de pé... aí um vizinho que é muito amigo de meu marido... vinha com ele me buscar de carro... a gente dava a ele 20 reais que era pra ajudar na gasolina, é muito longe de casa... ele sabia de nossa situação...e sabia que a gente num podia dar mais. (Mulher 4)

A entrevistada, debilitada fisicamente pela doença invasora, no pós-operatório para a retirada de um tumor no reto, sem condições financeiras para um deslocamento motorizado, se mostra preocupada com as dificuldades de acesso à unidade de saúde onde estava adscrita e ainda denuncia a ocorrência de um atendimento desqualificado e fragmentado na referida unidade, conferindo falhas na acessibilidade. A garantia da integralidade do cuidado deve ser responsabilidade do sistema de saúde e não uma batalha individual em busca de acesso a algum recurso tecnológico necessário (PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007; KANTORSKI et al., 2006).

Lá na UBS eu não posso ir, do jeito que estou . É um morro pra subir e um outro pra descer. Eles não vão fazer o curativo em casa...sempre arrumam uma desculpa.. um dia diz que não tem material, outro que faltou pessoal... outro dia que tá muito apertado.. num pode contar com eles. (Mulher 6)

É inegável que a carência de recursos materiais e humanos interfere sobremaneira na qualidade da atenção à saúde. A equipe de saúde deve atentar para a autonomia do auto cuidado do paciente, da família e identificar o elemento familiar em condições de ser capacitado para a realização de alguns procedimentos menos complexos. Estes ocorrerão sob o monitoramento e avaliação da equipe de saúde visando estreitar o vínculo familiar, a relação do doente e família com o serviço, a otimização da cobertura de assistência à população adscrita, para garantir um atendimento que contemple as necessidades do usuário.

O itinerário envolveu a necessidade de recorrência ao sistema judiciário, devido à dificuldade relatada de se ter acesso a medicamentos. Não obstante os avanços do SUS desde sua criação, o Estado ainda falha em viabilizar o acesso dos usuários aos medicamentos

essenciais, comprometendo a atenção integral. Visando a evitar a negligência do Estado, é vital resguardar o direito do cidadão de demandar a garantia de acesso a medicamentos via sistema judiciário (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Eu uso o colpotrofino.. é um creme pra botar na vagina, prá poder fazer o preventivo e prá poder ter relação. No começo eu consegui uma caixa, agora não consigo mais. Já tenho 4 receitas lá, falaram que não chegou e pediram pra ficar ligando ... mas já cansei de ligar. Não vou ligar mais, vou entrar pela defensoria ... não possa comprar. (Mulher 6)

Em uma pesquisa com mulheres portadoras de câncer do colo do útero, submetidas a radioterapia, foi observado durante o exame físico que 75% das pacientes tratadas com braquiterapia apresentavam fibrose, estenose e atrofia vaginal que são fatores condicionantes de disfunção sexual. A irradiação, oriunda da braquiterapia, pode afetar alguns órgãos pélvicos que podem se mostrar deficientes levando a uma resposta sexual inadequada (BERNARDO, 2007). O uso de terapia hormonal local pode melhorar o trofismo vaginal e assim facilitar a realização do exame preventivo na periodicidade prescrita e também a manutenção das relações sexuais.

A despeito de entrarem na composição da lista de medicamentos essenciais, estes hormônios não foram garantidos às mulheres em tratamento do câncer do colo do útero, levando-as a ter que recorrer à defensoria pública, procedimento que vem se tornando comum entre usuários que querem garantir o seu direito.

O acesso aos medicamentos essenciais é condicionante importante para garantir o princípio da integralidade. Em 1998, foi aprovada por meio da Portaria GM/MS 3.916/98 (BRASIL, 1998b), a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que garante legalmente o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais e foi adotada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esta diretriz é reafirmada, posteriormente, pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) na Resolução 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

As mulheres diagnosticadas com câncer são diretamente encaminhadas ao atendimento de nível secundário onde são avaliadas e recebem a autorização para se

submeterem aos procedimentos de alta complexidade (APAC), não passando pela central de marcação de consultas.

Na elaboração do primeiro plano terapêutico, a realização dos exames complementares foi realizado com relativa facilidade, porque o médico colocou a palavra “prioridade ou urgência” nos pedidos de exames e estes foram realizados de maneira rápida de acordo com os relatos da maioria das entrevistadas.

Entretanto, em caso de recidiva loco-regional ou complicações torna-se necessário repetir os exames complementares para que novo plano terapêutico seja elaborado, envolvendo procedimentos de média e alta complexidade. Porém, as entrevistadas não conseguiram realizá-los com a presteza inicial. Relataram dificuldades para o acesso aos exames no nível de atenção secundária e terciária, mesmo na área de oncologia, a despeito dos avanços na legislação, o que perpetua as iniquidades e compromete a integralidade e o respeito à cidadania.

Uma pesquisa realizada em cinco municípios do Estado da Bahia analisando a descentralização da gestão revelou que houve ampliação da cobertura assistencial em todos os municípios analisados, entretanto, o acesso aos serviços encontrava barreiras, tanto na atenção básica quanto na alta e média complexidade (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

É natural que diante de um quadro de evolução desfavorável, as mulheres se sintam temerosas e o tempo de espera para se conseguir os exames torna-se mais longo, o que as levam a recorrer à rede privada, mesmo sem recursos financeiros e até ao “clientelismo político”.

O primeiro eu fiz pelo SUS saiu rápido porque botaram “urgente”. Mas estes exames demoram muito pelo SUS, de 2 a 3 meses. Depois, como deu estas coisas, eu não quis esperar tudo isto. O segundo quem conseguiu marcar pra mim, foi aquele vereador...marcou em 2 semanas (em campanha eleitoral). Mas da terceira vez não consegui falar com ele ... tinha que marcar audiência, (já eleito) aí eu fiz particular. Consegui desconto porque eu trato na [...] (Mulher 6)

O SUS demora... sempre demora.. demorou uns 3 meses ( para as tomografias) nunca veio antes não..mas se for demorar muito eu vou procurar um vereador... é o jeito... porque num posso esperar, né. (Mulher 2)

Uma pesquisa em Paranaguá revelou que entre as estruturas sociais utilizadas e as estratégias desenvolvidas pelas famílias de baixa renda, para resolverem seus problemas de saúde, está a política do clientelismo (GERHARDT, 2006). Segundo a autora, num país como o Brasil fortemente cunhado pela diversidade cultural e mobilidade, o clientelismo político constitui-se numa destas políticas frequentemente buscada pelos usuários, quando se deparam com a ineficiência do sistema em garantir-lhes o direito de acesso aos cuidados de que necessitam.

#### **4.3.2 Um caminho desconhecido e sofrido**

O tratamento instituído para as participantes deste estudo foi a radioterapia e a quimioterapia, e algumas se submeteram também a cirurgias. A radioterapia apresenta duas modalidades de aplicação: uma à distância, denominada teleterapia, e outra local ou intracavitária, denominada braquiterapia. Os efeitos adversos da radioterapia são reais, não obstante os progressos ocorridos concernentes à melhoria do tratamento do câncer, com manifestações principalmente na pele, ocasionando radiodermatites que podem expressar-se em eritema leve, prurido, descamação seca e ou úmida até necrose tecidual (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Em um estudo com mulheres com câncer de mama, a quimioterapia foi referida como a etapa mais sofrida da experiência com câncer, considerada pior que a mastectomia, devido a seus efeitos colaterais (AURELIANO, 2006; ANJOS; ZAGO, 2006). De maneira geral, estes efeitos se manifestam em vômitos incontroláveis, diarreias, feridas bucais e fadiga. A ocorrência de uma debilidade generalizada assusta as mulheres na medida em que reforça o estereótipo do câncer que torna a pessoa debilitada, fraca, magra, inapetente e expelindo

secreções como os vômitos e a diarreia (AURELIANO, 2006; ANJOS; ZAGO, 2006). A queda do cabelo depende do tipo de quimioterápico utilizado, mas a regra é cair o cabelo, em alguns casos todos os pêlos do corpo (sobrancelhas, cílios, pêlos pubianos) e até as unhas, o que afeta a identidade social da mulher, pois exterioriza a doença, torna-a pública já que a queda dos cabelos está culturalmente associada ao câncer.

São terapêuticas específicas, carregadas de estereótipos no imaginário coletivo, pouco ou nada familiar para a maioria das pessoas e que, de fato, podem apresentar vários efeitos colaterais imediatos ou tardios impingindo um sofrimento real.

São efeitos que têm um impacto direto não só no sofrimento físico da pessoa, mas perpassam todas as dimensões da vida psicológica, social, espiritual e existencial. As pessoas se confrontam com a dor, o sofrimento, a fadiga, a ansiedade e a tristeza. Muitas das vezes se deparam com a perda da autoimagem, da auto estima, da autonomia e com o sentido da própria finitude. O desconhecido pode gerar insegurança, angústia, incerteza e medo (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Observou-se nos depoimentos das mulheres que as mesmas possuíam insuficiência de conhecimento sobre a doença, estadiamento, tratamento, possibilidades terapêuticas, e pouco apoio para lidar com os efeitos colaterais e ou consequências da terapêutica.

Uma entrevistada desconhecia a extensão de seu problema, pois estava com um tumor invasivo inoperável e falava como se esta condição fosse de melhor prognóstico.

aí ele pediu varios exames, fiz tudo. Depois que ela viu disse: o Dr(... ) não vai operar a senhora. A senhora vai só fazer o tratamento. Graças a Deus não vou precisar operar. É só fazer o tratamento e vou ficar boa, se Deus quiser eu vou ficar boa. (Mulher 3)

A outra, com um tumor maligno já atingindo o reto, diz que seu tumor é benigno, inclusive não tendo conhecimento do nome correto.

Porque tem o malíguilo e o beníguilo e o meu é o beníguilo. (Mulher 6)



Algumas não sabiam falar o nome dos tratamentos a que foram submetidas.

Depois de todos os exames me mandaram pra casa e eu comecei a fazer aqueles tratamentos deles que eu nem sei falar o nome, quimi, radi, braqui, sei lá. Eu ficava em casa e só vinha pra fazer estas coisas aí. (Mulher 4)

Fiz também aquele negócio que a Dra (...) faz, de enfiar aqui (aponta para a região genital). Nem sei o nome (Mulher 7)

Outras não compreendiam as reações da quimioterapia.

Engraçado que no 1º dia que eu faço, igual vou fazer hoje, amanhã e depois eu fico boa, mas depois de amanhã, é que vem a diarreia e aí eu fico só deitada. (Mulher 1)

Ficava assim, não aguentava ficar de pé. Num sei porque eu ficava daquele jeito com esta quimi (Mulher 4).

Uma delas demonstrou despreparo para a consequência de uma cirurgia, denotando dificuldades no manejo de equipamentos e materiais.

Agora esta bolsa aqui, (da colostomia) não sei se vou me acostumar com ela, me dá até nervoso de olhar. Eu já falei que eu não vou trocar. Não tenho coragem de mexer nela. (Mulher 6)

A partir da etapa de revelação do diagnóstico, mostra-se imperioso fornecer as informações quanto ao tratamento, a importância da manutenção do mesmo, as reações adversas específicas de cada terapia e os cuidados que deverão ser observados de maneira objetiva e transparente (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Não se pode ignorar a subjetividade, o contexto cultural e socioeconômico das usuárias objetivando traduzir as informações numa linguagem acessível ao nível cultural e de compreensão das mesmas.

As informações deverão abranger não só conhecimento sobre a doença, o tratamento e seus efeitos adversos, mas também o processo evolutivo da doença e do tratamento visando a proporcionar um melhor suporte ao doente e aos familiares, uma vez que estes carecem de

saber o que pode e deve vir a acontecer. Destaca-se o valor do apoio familiar e também da equipe de saúde, indispensável à mulher no enfrentamento da doença.

O processo saúde-doença é um fenômeno complexo que só poderá ser adequadamente abordado se tratado de maneira integral, pois não se restringe somente ao campo biológico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A ideia de integralidade deve ser trabalhada nas ações de uma equipe multiprofissional, em um trabalho interdisciplinar no espaço dos serviços de saúde, em todos os níveis, seja na atenção primária, secundária ou terciária (CECILIO, 2006).

Cada profissional deve realizar seu atendimento buscando a máxima integralidade possível, mas complementado pelo trabalho solidário da equipe com seus múltiplos saberes e práticas no sentido de atender não apenas a dimensão biológica do usuário, mas integrar suas dimensões psicológicas, culturais e sociais.

A questão da interdisciplinaridade, tão defendida em nível de discursos, é muito difícil de ser implementada na prática. A questão está em como fazer com que as disciplinas que se referem às pessoas doentes, em busca de soluções para seus problemas, incorporem o fato de que a essência do ser humano ultrapassa seu corpo biológico e que eles vivem tanto de “alimentos materiais quanto de afetos e fantasmas, pois pensam, imaginam, e simbolizam.” (RAYNAUT, 2006).

Pensar em interdisciplinaridade é pensar em totalidade. O mundo real, na sua essência, é total desconhecendo fronteira estanque. O grande desafio consiste em tentar restituir, mesmo que de forma parcial, o caráter de totalidade do mundo real, dentro do qual, e sobre o qual, todos nós tentamos atuar (RAYNAUT, 2006).

Os relatos das entrevistadas exemplificam bem como as pessoas podem atribuir significados diferentes ao vivenciar a mesma experiência. Segundo Almeida, Pereira, Oliveira (2008), na pesquisa sobre as percepções das mulheres no tocante a radioterapia, a percepção

referente ao tratamento do câncer do colo do útero teve representações distintas para cada mulher que o vivenciou.

Sendo a morbidade um fenômeno objetivo e subjetivo, não existe uma demarcação nítida entre as variações da saúde e da doença. Um indivíduo pode sentir-se mais doente que outro, sentir-se mais incomodado que outro com os mesmos sintomas objetivos e, assim, abandonar mais precocemente suas atividades cotidianas e/ou ausentar-se do trabalho por mais tempo que outro (GERHARDT, 2007).

Contudo, o fato de as pessoas nascerem inseridas num sistema sócio-cultural já dado, não quer dizer que este sistema não esteja sempre se fazendo através das biografias individuais. Nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento, percepção e ação, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras que tem outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos de uma mesma cultura por serem atores conscientes e individuais têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência que nunca é igual a dos outros (LANGDON, 2005).

Esta constatação reforça a necessidade de um olhar voltado para a singularidade de cada usuário que vem em busca de atenção às suas necessidades de saúde.

Algumas mulheres relataram a vivência de situações difíceis e de desconforto durante o processo terapêutico pela braquiterapia, ocasião em que se separaram de seu meio social, das suas atividades cotidianas e da satisfação de suas necessidades humanas básicas para se submeterem aos procedimentos avaliados como intervenções agressivas, dolorosas e invasivas. Para elas, a experiência da braquiterapia significou sentimento de solidão, abandono, desamparo, uma etapa que trouxe sofrimento pelo desconforto da dor e da posição (ROSA; SALES, 2008).

Na braquiterapia, uma das queixas mais freqüente entre as mulheres é a sensação dolorosa durante a colocação dos aplicadores. Para minimizar a dor faz-se necessário a

administração de antiespasmódicos e analgésicos (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008; ROSA; SALES, 2008). A mulher deve permanecer aproximadamente três dias isolada e praticamente imóvel numa cama, para evitar o deslocamento do dispositivo intravaginal. São proibidas as visitas de familiares e a presença dos profissionais de saúde se dá na medida estrita do necessário, por haver o perigo de contaminação por elementos radioativos, que são liberados por ocasião da implantação do dispositivo.

A braquiterapia, esta eu fiz lá em baixo com Dr (...) Nesta eu fui bastante judiada, porque dói pra caramba! Não pode receber visita. A quimio não me incomodou tanto (Mulher 5)

Isto é muito ruim (a braquiterapia) ficar só de barriga para cima, a noite toda, ali sozinha, com aquele negócio ligado. Deus me livre, e dói, viu. Enfiar aquele ferro na gente, assim. A quimio não achei ruim, não (Mulher 7)

Algumas mulheres perceberam a quimioterapia como a fase mais difícil do tratamento, principalmente devido à fadiga. A fadiga é um tema pouco abordado junto à clientela, porque há escassa informação disponível sobre sua avaliação e tratamento, a despeito de ser o sintoma mais freqüente vivenciado por pacientes com câncer (VAZ et al, 2002).

Só a quimio que eu achei ruim demais, demais da conta. É aquela que fica pingando aquele soro. Quando acabava, eu não sabia se queria ficar deitada ou em pé, ficava esquisita, toda mole. Esta braqui, não me incomodava. (Mulher 4)

O pior é a quimio, você fica ali olhando aquilo pim, pim, pim, 4 horas, não é fácil não. tô com problema aqui (mostra os braços) não tem veia. Nossa senhora! é um sacrifício para as moças pegar. Agora já limpou um pouco, tava mais roxo, aqui tava tudo preto. É uma tremedeira, uma bambeza, fico só deitada e com diarreia. A radio eu não tenho queixa. Só que me queimou o rabo todo (leva a mão na região do cóccix). Aí o doutor falou que é da radio e passou uma pomada, mas ainda continua. (Mulher 1)

Para uma delas o que mais perturbou durante o tratamento foi o preconceito percebido entre as vizinhas. Em seu depoimento, evidencia-se que o sofrimento foi enfrentar a visibilidade da doença e perceber o preconceito que afasta as pessoas. A mulher sentiu-se isolada e discriminada num momento de grande fragilidade, o que lhe causou sofrimento.

É muito triste, as vizinhas falam por trás, assim: olha! Ela tá com “aquilo”, você viu? Caiu o cabelo dela, estas coisas. Sabe, eu acho assim, porque não chega perto, fala, pergunta. Mas não, fica de longe só falando. Sempre tem uma mais chegada que vem te contar. Mas deixa isto pra lá (Mulher 2)

O câncer adquire uma dimensão peculiar pelos mitos e crenças que envolvem a doença, assim como pela incerteza, temor irracional e insegurança que se apoderam do doente e do sistema familiar. Continua a revelar-se como uma das doenças mais temidas da humanidade que desperta no doente diversas reações emocionais com repercussões imediatas na família e na própria sociedade (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Ainda é considerado, pelo senso comum, uma doença que representa a morte, da qual não se pode nem falar o nome ou, quando este é pronunciado, muda-se o tom de voz e, por vezes, até se bate na boca.

O desânimo e a perda da vontade de lutar pela recuperação aparecem numa sobrevida longa que não vem acompanhada da qualidade de vida desejada. As pessoas com câncer aspiram uma sobrevida que represente mais “que um escape à morte” e suas expectativas vão além da cura e remetem à qualidade de vida afetiva, de continuidade dos vínculos com o cotidiano, ou seja, a volta aos padrões normais de seu viver, sem tanto sofrimento físico que não cede a despeito do uso de medicação. É o que revela o depoimento de uma usuária:

Depois de 3 anos do primeiro tratamento, deu de novo no exame preventivo. Tratei. Depois de mais 3 anos deu na vulva. Operei. Aí depois de mais 3 anos apareceu aqui na virilha. O Dr (...) me operou, tirou 9 linfonodos. Fiz a quimio, e vários exames. Ele tá acompanhando com a tomografia. Agora me encaminharam pro Dr (...) para continuar fazendo os preventivos. Ah! Num vou não, chega! porque se der alguma coisa de novo, não vou tratar mais, chega! Já têm 10 anos que tô pelejando com isto. Depois que tirou estes linfonodos, a perna dói demais. Tô até tomando tramol que é forte para dor. Dói muito, queima, arde uma coisa horrorosa! a dor não acabou, só piora. A perna dói e sobe prá escadeira e esparrama pela barriga. Deito, tô vivendo mais é deitada! Faço uma coisinha ou outra e deito. Mas tanto faz eu tá deitada ou em pé, todo jeito dói! A minha boca amarga demais, nossa senhora! Dor no estômago, eu tomo omeprazol, eu tomo remédio prá vômito. Desde que eu fiz a quimio que eu tomo remédio prá vômito. Isto não é vida! Agora chega! tá na hora de ir mesmo. (Mulher 2)

A vida pode estar livre do câncer, mas a qualidade de vida pode ficar comprometida em consequência de efeitos adversos reais ou potenciais. Há que se aprender a monitorizar sinais do corpo e adaptar-se à incerteza do futuro. Estão interrelacionados tanto os efeitos físicos quanto os psicológicos sociais e existenciais, requerendo uma abordagem integradora de todas estas dimensões (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Constitui um desafio à integralidade perceber a dimensão vivencial da experiência de ser saudável/adoecer/curar-se. A dimensão vivencial se refere às condições subjetivas do processo de viver e deve ser considerada à luz das práticas da integralidade, que não se limita tão somente a diagnósticos e prescrições que promovem a sobrevida, mas envolvendo os aspectos sociais, econômicos, legais e espirituais, em suma, com a qualidade de vida (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A sobrevida, em termos biomédicos, deixou de ser considerada a única medida de sucesso na oncologia, lembrando que “não basta dar anos à vida, mas é igualmente importante dar vida aos anos”, (conforme Pinto; Pais-Ribeiro (2007), parafraseando a OMS).

#### **4.3.3 Um caminho que alterou o cotidiano**

O câncer, seu tratamento e suas consequências são experiências globais que muitas vezes altera o significado da vida da pessoa e da família. Há mudanças de papel na estrutura familiar, local de trabalho ou outras áreas da teia social, alterando a cotidianidade da vida.

Quando se trata das doenças crônicas e/ou de tratamentos prolongados, debilitantes e/ou que deixam sequelas, há uma desorganização na cotidianidade da vida, que se faz sentir principalmente na família, no trabalho e no lazer. A doença se entrelaça nas redes sociais onde a pessoa doente está inserida e esta como ser relacional, não pode viver sua doença fora dos contextos sociais, havendo uma influência recíproca entre contexto e experiência da doença (AURELIANO, 2006).

Para as mulheres deste estudo, o adoecimento pelo câncer do colo do útero demarcou experiências de alteração no cotidiano de suas vidas e até de seus familiares. Um cotidiano de “dona de casa”, administradora do lar, que passou de protetora a protegida pelos familiares.

Foi ruim demais, ficar longe de casa este tempo todo. Nunca tinha ficado. O meu marido emagreceu muito. Ele que ficou cozinhando para ele mesmo, mas botava a comida no prato, olhava pro prato, pensava em mim, perdia a fome e não conseguia comer. (Mulher 4)

Não moro aqui, estou ficando aqui para fazer os tratamentos, na casa de meu irmão. Minha filha deficiente que nunca separou de mim ficou lá, até entrou em depressão, coitada. Minhas filhas e minha neta estão revezando pra cuidar dela, dar banho, dar comida, botar prá dormir. Mas uma filha mora longe da minha casa, tem duas no Rio e uma em São Paulo. É muito difícil, todas tem seus problemas e não podem ficar longe de casa muito tempo. (Mulher 3)

Faço o meu serviço de casa, devagarzinho. Quando canso eu deito, depois volto. Um filho e uma filha moram perto, mas têm suas obrigações. A filha lava a minha roupa, mas eu faço o resto. Ah! não gosto de estar amolando ninguém. (Mulher2)

meu marido é que ta arrumando cozinha, esquentando a comida, lavando roupa. (Mulher 1)

a minha nora tá me ajudando lá em casa, fazendo o serviço de casa, mas a minha menina de 12 anos ta fazendo junto. Ela já faz a comida.. tem que aprender né, não posso fazer. (Mulher 6)

Em uma cultura onde predomina o sistema capitalista, está muito presente a relação doença-trabalho pela valorização que se dá à capacidade produtiva ou não dos indivíduos. O estar doente é um sinônimo de improdutividade que passa a identificar a pessoa doente como incapaz ou inútil.

À primeira vista, pode-se crer que, por exercerem uma atividade do lar não remunerada, essas mulheres sofram menos o impacto da doença em relação ao trabalho, porém em uma pesquisa realizada com mulheres com câncer de mama, percebeu-se que, na verdade, são elas as que mais padecem o estigma da inutilidade e das limitações ocasionadas pela doença (AURELIANO, 2006).

As atividades ditas do lar, exercidas por uma dona de casa, sofrerão alterações significativas no ritmo e intensidade, sendo algumas impossíveis de serem realizadas. Essas

alterações terão repercussão na família, pois obrigarão outros membros da família a se posicionarem e assumirem uma responsabilidade que era da mulher. Para muitas mulheres, estas alterações não são encaradas como um alívio das tarefas estafantes do lar, mas irão consolidar sua inutilidade e dar-lhe uma posição de inválida na qual elas não querem ser vistas. Esta situação faz com que a mulher experimente um sentimento de perda de autonomia na esfera doméstica, uma seara que era de seu domínio.

Algumas entrevistadas relataram alterações em sua vida sexual que sinalizaram diminuição da libido. De mulher detentora de capacidade de ter prazer e de dar prazer a partir das práticas sexuais com seu parceiro, passa ao desprazer e à obrigação de realizá-las, obedecendo à orientação médica, nitidamente apoiada na inscrição corporal da doença.

A única coisa que me tirou... é que eu num tenho mais assim... como é que fala... disponível pra relação sexual... eu perdi a vontade.. eu continuo fazendo... é o jeito...prá não fechar, mas eu acho,... sei lá... a gente fez muito esta braquiterapia, mas com o tempo, acho que vai chegando. (Mulher 5)

depois disto não tenho mais vontade.. não sinto mais nada.. meu marido me procura.. eu faço sem aquela vontade, eu acho que deve ser por causa daquela braqui, dizem que ela é muito forte ..não sinto mais prazer. Eu falei para Dra. e ela disse que eu tenho que fazer pra não fechar, mas nossa eu tenho até nojo.. já falei até prá psicóloga. (Mulher 6)

O tratamento radioterápico a que são submetidas as mulheres com câncer do colo do útero já em estágio avançado pode provocar a destruição do ovário e alterar sua condição hormonal. Podem provocar também fibrose e estenose vaginal, assim como a perda da elasticidade da mesma. Não se pode afirmar que a radioterapia é a única responsável pela disfunção sexual. Há que se considerar o dilema do câncer, alterações hormonais, questões como preocupações, condições gerais de saúde que podem interferir na sexualidade, mas as disfunções realmente existem e são fundamentais (BERNARDO, 2007).



Visto que a qualidade da atividade sexual interfere na qualidade de vida, faz-se necessário uma abordagem interdisciplinar no sentido de trabalhar estas experiências sexuais percebidas de forma negativa.

A revelação de um diagnóstico de câncer leva a família do doente a experimentar também uma grande dor. É uma situação desestruturante, geradora de estresse, que pode levar a mudanças quase imediatas de comportamento em relação ao familiar adoecido pelo câncer (SOUZA; SANTO, 2008).

Uma pesquisa com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica, em Niterói, concluiu que a trajetória das famílias foi impregnada por momentos difíceis e que o câncer e seu tratamento não envolvem apenas o doente, mas todo o grupo familiar que se mantém com disposição a auxiliar no enfrentamento da doença. Quando a família vivencia a condição de ter alguém com câncer passa a agir como se a morte fosse iminente e a terminalidade inquestionável, aumentando na maioria das vezes o seu sofrimento e a impotência frente à situação (BARROS; LABATE, 2008).

É uma circunstância provocadora de mudanças no comportamento dos familiares que instituem uma vigilância constante sobre o doente, numa atitude de superproteção, na expectativa de socorrê-lo evitando ou retardando-lhe a morte.

Uma entrevistada se aborrece com este comportamento dos familiares, ao experienciar mudança na sua vida que significou um cerceamento de sua liberdade.

A minha vida mudou bastante. A família fica assim, onde cê vai querem ir atrás, onde cê bota o pé querem botar também. Eu fiquei brava com eles e falei: não estou morrendo ainda não, gente. Me deixem em paz. A gente quer ir num lugar qualquer e eles acham que lá não tem recurso, que a gente vai passar mal de repente e não tem condição de vir embora. Eu ainda brinquei, não tem importância se eu morrer por lá, fico enterrada por lá mesmo, não tem nem trabalho. (Mulher 5)

Houve alterações que ampliaram as dificuldades financeiras, visto que os recursos foram direcionados para subsidiar os desequilíbrios imputados pela condição de saúde,

tratamento e atendimento nos serviços de saúde. As mulheres entrevistadas tinham baixo poder aquisitivo e a doença veio agravar a situação financeira, na medida em que ocasionaram maiores gastos com medicamentos, exames complementares, transportes para deslocamento de casa até o local dos tratamentos, configurando uma experiência de agravo das privações, necessidade de contenção ainda maior dos gastos domésticos.

O meu marido é aposentado com um salário só. Como é que se vive assim? Tem que comprar remédio prá ele. Graças a Deus eu ganho os meus remédios, mas mesmo assim fica difícil, muito difícil. (Mulher 2)

Eu trabalhava, agora estou encostada. Meu marido ganha um salário, mas com a minha doença ficou apertado. Ele teve de fazer um empréstimo e só recebe 200 reais. Tem que pagar aluguel, comprar remédio. Ficou difícil, muito difícil. (Mulher 6)

#### **4.3.4 Um caminho com apoio**

O itinerário terapêutico não se configurou no único caminho do sistema formal de saúde. Este foi compartilhado com outros que, ao se constituírem em apoio, contribuíram no enfrentamento da doença.

Algumas mulheres buscaram práticas alternativas como o uso de chás, outras trilharam o caminho recebendo apoio nas relações afetivas com os familiares ou no contato com os profissionais de saúde e instituição. Todas buscaram a espiritualidade como um lenitivo que lhes deu força para seguir em frente.

Cada pessoa constrói a sua trajetória buscando apoio em valores, crenças religiosas, família e amigos, ou até mesmo naqueles que vivenciaram experiências semelhantes.

A utilização do chá e a busca de cultos religiosos foram, para a maioria das entrevistadas, práticas concomitantes à terapêutica prescrita pela biomedicina. Mesmo confiando em Deus e nos chás elas não abandonaram o tratamento biomédico. Elas não consideravam que fossem ações que se excluía, mas ações que se complementavam.

Tem outras maneiras de cuidar da doença, o chá da folha da graviola, porque eu tenho uma vizinha lá que o patrão dela deu..., e então ela falou pra mim que ele tá tomando e foi muito bom. Tem sido muito bom. Eu estou tomando direto, todo dia eu tomo, aí parece que me diminuiu, sabe, a barriga. Desinchou, sabe, então melhorou bem mesmo. (Mulher 5)

Eu sempre tomei muito chá, tomo pra tudo que estou sentindo, inclusive para sangramento no útero, acho que é isto que não fiquei pior. (Mulher 3)

Uma das entrevistadas que não estava fazendo uso de chás para o combate ao câncer, não o fazia devido ao fato de não conhecê-los e explicitou a intenção de fazê-lo, caso tivesse conhecimento.

Sempre tomei muito chá, prá coisas que às vezes tava sentindo, mas pra esta doença não tomo nenhum chá porque não conheço. Se soubesse de um, eu tomaria, mas não conheço. (Mulher 4)

As plantas medicinais já fazem parte da cultura popular, inclusive de alguns profissionais de saúde. Numa pesquisa com médicos do sul do país sobre a fitoterapia, 77,8% afirmaram fazer uso em sua vida pessoal e 70,4% com seus pacientes, contudo os mesmos demonstraram não possuir conhecimento institucionalizado sobre o assunto, o que limita o uso mais abrangente. A maior frequência no uso foi para buscar ação terapêutica calmante ou ansiolítica (DA ROSA; CAMARA; BERIA, 2011).

Em 1978, por ocasião da Declaração de Alma-Ata, a OMS anunciou a sua posição a respeito da necessidade de valorizar o emprego de plantas medicinais na atenção primária à saúde. No Brasil, em várias oportunidades, a temática foi discutida como em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o que fez surgir a recomendação da introdução das práticas tradicionais de cura popular na esfera sanitária dos serviços públicos. Tais discussões culminaram na criação da Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS em 2006, através da portaria 971/maio/2006. Contudo, ainda percebe-se uma atitude desfavorável de grande parte dos profissionais quanto ao uso destas práticas.

O uso da fitoterapia na atenção primária à saúde implica a aceitação do saber do outro, o respeito por valores culturais, condições de vida, e significa mais que uma redução de custos. Pode resultar em um rompimento da dicotomia entre os sistemas formal e informal de saúde, vindo a se constituir em uma parceria entre eles (DA ROSA; CAMARA; BERIA, 2011).

Uma das entrevistadas prefere ficar apenas com o tratamento da biomedicina, mas relatou a insistência da filha para que ela fizesse tratamento homeopático.

Eu escuto no rádio, falar sobre chá prá isto, mas eu nem presto atenção porque não vou tomar mesmo. Minha filha insiste para eu fazer tratamento com a homeopatia, vai um homeopata atender lá uma vez por semana. Ah!, mas eu não vou , não quero. (Mulher 2)

A família é uma unidade primária de cuidado e um espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações e ao depararem com problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e direcionam esforços na solução das questões (BIELEMANN, 2003).

O fato de existir visões discordantes, até mesmo contraditórias, sobre a questão terapêutica e a busca simultânea a vários tratamentos, demonstra que a doença e a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, familiares e pessoas próximas estão continuamente negociando significados (ALVES; SOUZA, 1999).

A família deve estar consciente da importância e necessidade de apoio que essa deve direcionar ao doente com câncer, tornando o enfrentamento da doença mais seguro e tranquilo. É preciso estar junto a esta pessoa, conduzindo-a no tratamento e cuidado. Ainda que a cura não seja alcançada, haverá conforto ao longo de sua caminhada pós diagnóstico (CARVALHO, 2008). Em uma pesquisa com mulheres com câncer invasivo em uma cidade do interior da Bahia, aquelas que obtiveram apoio da família relataram a importância do fato para o enfrentamento da doença, referindo que, caso contrário, talvez tivessem desistido do tratamento (BARROS; LOPES, 2007).

A participação da família, incentivando e estimulando a adesão ao tratamento, é questão primordial naqueles momentos em que vem o desânimo e a vontade de interromper o tratamento ou de não iniciá-lo. Algumas entrevistadas ponderaram em abandonar o tratamento quimioterápico em decorrência dos efeitos colaterais que se mostraram quase intoleráveis, reforçando os sentimentos de morte e de sofrimento agregados ao câncer.

Queria parar por causa destas coisas aí, ( mostra os braços cheios de equimoses) mas meu irmão falou assim: você tem que fazer sim, você tem que aguentar... eu aguentei!!! teve um dia que a Dra.... falou assim: então eu vou te dar uma folga hoje e marcou pro outro dia. (Mulher 1)

Aí eu num queria fazer o tratamento... fiquei pensando em num fazer ... depois fazer... fiquei naquela, sabe. Minha filha e a médica ficaram tentando me convencer. Depois foi indo ... indo ... e eu fiz... (Mulher 2)

A família é uma rede de apoio importante, não apenas porque as relações afetivas são de capital importância e imprescindíveis para se ter e preservar o bem-estar físico e psicológico de qualquer pessoa, mas também para o auxílio frente às diversas carências e necessidades com as quais um dos seus membros possa se deparar.

Aí fico direto na casa do meu irmão, só que eu não sei andar aqui ainda e dependo do meu irmão, da minha sobrinha, mas eles tem a maior boa vontade, coitados. Vim hoje com minha sobrinha, coitada, largou tudo prá me trazer aqui. (Mulher 3)

A experiência de pessoas próximas e ou conhecidas que tiveram câncer influencia as expectativas em relação ao tratamento e desfecho da situação. No itinerário terapêutico, os processos de escolha, avaliação e adesão a determinados tratamento são complexos e de difícil apreensão caso seja descontextualizado da realidade na qual o indivíduo está inserido (GERHARDT, 2007). A situação bem sucedida, vivida pelo irmão que adoeceu com câncer, propiciou na entrevistada uma atitude otimista e de confiança que alimentou a esperança de cura ao iniciar o tratamento.

Meu irmão teve, ficou até careca, mas fez tratamento e ficou bom de tudo. Eu também vou ficar boa, se Deus quiser. (Mulher 3)

Os profissionais de saúde atenciosos e respeitosos também constituem fonte de apoio e acolhimento para as mulheres, que se sentem valorizadas e consideradas em sua integralidade.

A atenção, respeito e polidez deveria ser usual na prática profissional, especialmente na área da saúde, pois é quando as pessoas se sentem mais fragilizadas e impotentes. Reconhecer esta condição e proporcionar um atendimento digno é perceber que, além de órgãos doentes, está ali um ser humano cheio emoções e sentimentos, entre os quais alguns negativos como insegurança, medos e aflições.

Muitas vezes os usuários percebem o atendimento, que deveria ser o usual, como um favor que estão recebendo e não como um direito, inclusive não tendo a consciência de que contribuem financeiramente de modo indireto para o custeio do sistema, através dos impostos que pagam em todo o consumo que realizam como a alimentação, o transporte e outros. O CACON e os profissionais onde as entrevistadas eram atendidas foram avaliados pelas mesmas de forma positiva.

Graças a Deus, até hoje não tenho nada que reclamar. Sempre fui muito bem atendida pelo SUS, em todo lugar que eu passo, os médicos excelentes. Aqui o tratamento é muito bom, o povo aqui é muito amoroso. (Mulher 2)

Aqui tudo é muito bom. (Mulher 7)

O pessoal aqui é muito bom, muito atencioso. (Mulher 6)

Agradecem a Deus pelo atendimento, que seria o justo e consideram-se com sorte por estarem recebendo este tipo de atenção. Esta atitude leva a inferir que nem sempre receberam um tratamento digno e acolhedor em outros episódios de adoecimento. Em uma pesquisa, realizada no Rio de Janeiro, com usuários do SUS, observou-se também que os entrevistados acreditavam que o fato de serem atendidos estava diretamente relacionado com Deus ou

com a sorte. Segundo a autora, a atribuição do alcance do atendimento como uma questão de fé em Deus e sorte sugere a ausência de efetividade do sistema (PONTES et al., 2010).

Percebe-se que quando são acolhidas numa atitude humanizada, as mulheres não as reconhecem como um direito a que fazem jus e a um dever dos profissionais. Desta forma, o alcance do atendimento, ou até mesmo a qualificação deste, se deve a Deus e a sorte e não à organização dos serviços, à competência profissional e ao direito que lhes é garantido por lei.

A médica daqui é uma ótima médica, a Dra(...) também e o Dr(...) é um ótimo médico. Sabe, trata a gente muito bem, tanto um quanto o outro. Nisto eu dei uma sorte danada! Até falei com minha tia, nossa! Dei sorte, estou com uma ótima médica. (Mulher 6)

Graças a Deus, aqui é tudo pelo SUS, porque ninguém pode pagar. Meu irmão me falou que chegou a tomar remédio que custava 400 reais a caixa. Aí como que eu posso? Aqui é bom, eu não posso reclamar, sempre fui bem tratada, uns anjos que Deus botou na minha vida pra me ajudar. (Mulher 3)

Uma entrevistada faz referência à questão temporal avaliando a situação atual como bem melhor. Esta alusão se justifica, pois estas mulheres, na faixa etária em se encontravam, vivenciaram a época de um sistema de saúde excludente em que somente as pessoas que estavam no mercado formal de trabalho tinham direito à saúde. Por várias décadas, o acesso à saúde foi atrelado a esta contribuição decorrente do contrato formal de trabalho. Restava àqueles que não o possuíam, recorrer aos poucos serviços estaduais ou municipais, ou à Santas Casas de Misericórdia destinadas ao tratamento de indigentes.

Antigamente tudo era muito difícil... agora melhorou muito, não paguei nada. Na prefeitura eles até queriam arrumar carro pra eu vir e voltar todo dia, mas eu não quis. Ia ficar muito cansada. Aí fico direto na casa de meu irmão. (Mulher 3)

Na mesma pesquisa citada anteriormente, houve referência também a uma maior facilidade no acesso à saúde nos dias de hoje, pois na época do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) a parcela da população que não

contribuía com a previdência social encontrava barreiras para conseguir acesso aos serviços (PONTES et al., 2010).

É inegável que a política de saúde pública vigente no Brasil, com o princípio da universalidade, promoveu o acesso de muitas pessoas excluídas, entretanto ainda falta acrescentar qualidade a este acesso. Nas últimas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) notam-se avanços nas diversas áreas e elevadas taxas de utilização dos serviços de saúde. Contudo, prosseguem dificuldades relativas à acessibilidade, no sentido que a considera como a utilização fácil dos serviços de saúde pelos usuários, advindo tanto dos atributos organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários suplantarem as barreiras porventura existentes (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

O apoio do hospital, materializado na disponibilização de abrigo para as pessoas que residiam fora do domicílio, foi considerado importante para viabilizar o tratamento. Percebe-se também o valor da atuação da equipe multiprofissional que trabalha na instituição, ressaltando que o atendimento integral não prescinde do trabalho interdisciplinar.

Pra fazer a quimio eu fiquei naquela casa de repouso que tem lá na rua Benjamin. Eu vinha na segunda-feira e ia embora pra casa na sexta-feira. Lá é muito bom, é igual a casa da gente. A moça, assistente social, foi que arumou pra mim, porque eu não tinha onde ficar. (Mulher 7)

Há necessidade de se trabalhar a ideia de integralidade nas ações de uma equipe multiprofissional, em um trabalho interdisciplinar no espaço dos serviços de saúde, em todos os níveis, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de perscrutar outras necessidades além da demanda referenciada pelo usuário (CECILIO, 2006).

A integralidade não é apenas uma diretriz, mas um ideal a ser defendido para formar uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2006).



Embora os serviços de saúde devam responder à demanda por tratamento de doenças, eles devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem. Desta forma, cada profissional deve realizar seu atendimento buscando a máxima integralidade possível, mas complementado pelo trabalho solidário da equipe com seus múltiplos saberes e práticas (MATTOS, 2006).

Cecílio (2006) aponta reflexões sobre a impossibilidade de se concretizar a integralidade apenas na dimensão micropolítica, já que a integralidade mais ampliada depende também de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede de outros serviços, não apenas de saúde, mas serviços que não pertencem ao setor saúde, e que influenciam o bem estar das pessoas.

A espiritualidade pode ser incluída nesta rede de apoio que, juntamente com as crenças pessoais e a religião, são âncoras onde as pessoas se apoiam e, de certo modo, se sentem acolhidas. Todas as mulheres entrevistadas declararam possuir uma religião e serem praticantes.

Quando as pessoas se deparam com a possibilidade de morte próxima e doenças graves como o câncer, os sentimentos de religiosidade sempre irrompem nas mesmas (CARVALHO et al., 2010).

Os pensamentos sobre a vida e a morte tornam-se muito habituais e pode surgir a negociação pela cura ou por um milagre e/ou prolongamento da vida (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A cura do câncer não está incorporada no repertório cultural como realidade. Algumas mulheres conferiam sua cura ou melhora a Deus, demonstrando dificuldade em entender como essa cura poderia ser obra única e exclusivamente do conhecimento médico e da condição de seu corpo. Na perspectiva da pessoa, é percebida como um milagre e não como

um acontecimento presumível de ocorrer, a despeito do progresso da terapêutica médica (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

A minha vizinha é crente e me chamou um dia prá ir à igreja deles. Eu fui que Deus tá em todo lugar. Fui 2 vezes. Lá eles rezaram muito aquelas orações deles, puseram a mão na minha cabeça e falaram que eu ia ficar curada e quando viesse a cura que eu levasse os exame lá prá mostrar prá eles. Eu até tenho que voltar lá prá mostrar meus exames que num tem mais nada. (Mulher 4)

Quando se esgotam as esperanças de cura nas competências humanas pode-se observar total confiança em Deus, entregando-lhe esta esperança. Entregar a doença ou sua cura ao sagrado abranda o enfrentamento de uma doença grave que traz consigo uma ligação forte com a possibilidade de morte próxima.

Ele falou que estava muito preocupado com o resultado do exame e repetia aquilo toda hora. Eu falei: não preocupa não, Deus está na frente.. (Mulher 2)

Quando eu tô vindo pra cá e entro no ônibus, eu venho rezando de lá até cá, pedindo a Deus prá num dá nada. Graças a Deus até agora tá dando tudo certo, num tem mais nada. (Mulher 4)

A entrevistada expressa sua fé, tanto no sistema formal de saúde representado pelo saber médico, quanto no poder divino, vislumbrando alcançar a cura. Expressa claramente o papel da religiosidade como suporte social importante no processo de vivência do câncer, onde o acolhimento recebido na prática religiosa é um lenitivo que lhe dá força para seguir em frente.

Crer em um poder sobrenatural que transcende as dores humanas pode fazer com que a pessoa sinta-se amparada e protegida.

Nesta parte ser evangélica é bom. Quando sabem de um problema seríssimo assim, todo mundo fica em oração. Isto ajuda muito também. A igreja evangélica é mesmo uma ajuda, a gente chega lá e se sente mais aliviada. Qualquer religião que a gente tiver, quando a gente tem fé, pode ser católica, pode ser espírita, ou outra, a gente tem que ter fé e também fé no médico. Eu acho que se eu não acreditar no médico, como é que eu vou conseguir alguma coisa? (Mulher 5)

A probabilidade da morte enquanto realidade e a esperança de cura que poderá estar depositada em algum lugar, seja na equipe de saúde ou no poder divino, seja através dos dois, atuam sobre o doente e seus familiares, muitas vezes no sentido de recuperar as forças para enfrentar as angústias e o temor da morte (RASIA, 2003; GUERRERO et al., 2011).

O câncer é considerado uma doença metafórica, pois carrega consigo diversos significados, advindos de suas correlações com as ideias de desordem, castigo, fatalidade entre outros, todavia cada significado terá um sentido específico de acordo com a interpretação apreendida no meio cultural em que se vive (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Para uma entrevistada, a cura da doença está relacionada a ter ou não merecimento.

Eu sempre fui muito católica, sempre tive muita fé. Vivo sempre rezando e pedindo com fé. Acho que se eu num sarei ainda é porque não mereci. O dia que eu merecer, Deus vê. Nossa senhora! Eu tenho fé demais! até demais! (Mulher 2)

Essa fé, na perspectiva dos doentes, revela que Deus é o senhor do tempo e só ele poderá definir o tempo necessário para que a cura se concretize. Desta forma, o enfrentamento da doença pode ser suavizado (RASIA, 2003; GUERRERO et al., 2011).

Uma entrevistada entrega seu destino à Deus. Receber as situações que desarranjam a vida e submeter-se a vontade de Deus faz com que o profano se curve ao sagrado e haja o domínio da entidade divina sobre a vida dos homens. Esta confiança em Deus pode ser apreendida como uma maneira de fazer frente aos sentimentos de temor e angústia (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Mas aí eu pensei: ah! Seja o que Deus quiser, olha eu sou muito católica, sabe. Aí a Dr(...) falou comigo: olha o que te ajuda é que você é muito católica. Ah! tô entregando para Deus (Mulher 6)

As práticas espiritualistas têm demonstrado refletir positivamente no bem estar físico e mental durante todo o processo saúde/doença de um ser humano. Estudos internacionais têm discutido e apresentado resultados significativos sobre a relação entre a espiritualidade, religiosidade e bem estar físico e emocional resultando em qualidade de vida (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

A prática reducionista e fragmentária, estritamente biológica desconsidera outras necessidades da pessoa, inclusive aquelas de cunho psicológico e espiritual. A integralidade só se concretiza com a inclusão desses temas nas práticas de saúde para melhor compreensão da integração da mente, corpo e espírito, especialmente quando se aventa a construção de mecanismos de enfrentamento da doença e do sofrimento (MATTOS, 2006).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método História de Vida mostrou suficiência para atingir os objetivos do estudo, demonstrando ser adequado a este tipo de abordagem da realidade e revelou os caminhos percorridos pelas mulheres em busca da prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, bem como a experiência vivenciada em todas as três etapas e as respostas que os serviços de saúde deram às demandas das mulheres.

Para as mulheres deste estudo, o itinerário terapêutico rumo à prevenção do câncer do colo do útero foi um caminho ora não percorrido, ora trilhado sem continuidade; um caminho delineado ao sabor de oportunidades que surgiram ou ao sabor de oportunidades que se perderam. Às vezes o caminho foi longo na esperança de um bom atendimento ou foi perdido à espera de recursos financeiros que lhe garantissem uma escolha confiável.

A experiência da prevenção foi forjada pelo conceito de saúde e de doença, onde a saúde é a ausência de desordens físicas e psíquicas sensíveis à pessoa. Compreendeu-se que a prevenção para as entrevistadas é uma ação que se busca diante do aparecimento de sinais e sintomas indicativos de desordem e/ou em caso de indicação médica e/ou mediante o surgimento de oportunidades. Sentimentos como vergonha e medo da dor foram fatores impeditivos da prevenção.

O itinerário no diagnóstico iniciou-se quando sinais sensíveis em seus corpos, após suas próprias avaliações, foram considerados anormais. As mulheres foram à luta em busca do diagnóstico, revelando as dificuldades e ajudas encontradas. A revelação do diagnóstico foi experienciado com sofrimento, com percepção de finitude dos sonhos, pela representação do câncer ligado à morte iminente precedida de sofrimento.

Ficou evidente a falha na gestão dos serviços de saúde referente à entrega do resultado de exames. O resultado deveria ser contra referenciado pelo serviço da Atenção Secundária ao

serviço de Atenção Primária, pois, neste nível de atenção à saúde, há possibilidade de o vínculo entre a mulher e os profissionais de saúde ser mais estreito.

Observou-se a existência de um gargalo estreito para se ter acesso a exames complementares na média e alta complexidade, a despeito dos avanços na legislação na área oncológica, obrigando as mulheres a recorrer ao clientelismo político, ou excluindo-as do sistema público.

Ficou claro que nem todos os serviços da rede pública têm um acolhimento com avaliação de risco, o que direcionou o itinerário de algumas mulheres ao serviço privado, apesar de suas dificuldades econômicas. Contudo, para a realização do tratamento, todas foram encaminhadas a um Centro de Assistência de Alta complexidade em oncologia, realizando o tratamento pelo SUS.

Após a confirmação do diagnóstico, teve início o itinerário terapêutico em busca do tratamento que foi percebido pelas mulheres como um caminho desconhecido, difícil e complicado pelo excesso de burocracia relacionada aos vários exames solicitados, imprescindíveis para a instituição da terapêutica mais adequada. Constituiu-se uma maratona o ir e vir a várias instituições para que os exames fossem agendados e efetivados, devido a suas localizações espaciais distintas.

A terapêutica exigiu também diversos deslocamentos, com destaque para a realização das sessões de quimioterapia e radioterapia. As dificuldades de locomoção, o desconhecimento sobre direito do consumidor de saúde frente ao SUS, a falta de conhecimento da rede de atendimento a partir dos níveis de atenção à saúde, a falta de informações sobre a terapêutica instituída, as condições socioeconômicas desfavoráveis serviram para amplificar suas dificuldades.

Foi um caminho cheio de sofrimento, pois submeteram-se a tratamentos agressivos e com vários efeitos adversos que trouxeram dor, fadiga, vômitos, diarreia, além do sofrimento

psicológico gerado pelo preconceito, incerteza e angústias. Foi um caminho que alterou o cotidiano, onde a identidade social foi perdida devido à visibilidade da doença e o preconceito ainda vigente em nossa sociedade.

O itinerário terapêutico no tratamento empreendido no sistema formal de saúde cursou paralelo à utilização de medidas alternativas no sistema religioso e utilização de chás. Mesmo confiando no poder da biomedicina não dispensaram a ajuda espiritual e o uso de chás. Elas não consideravam ações que se excluíam, mas pelo contrário ações que se complementavam e as realizavam concomitantemente.

A participação da família, com ajuda financeira, ajuda nas atividades domésticas bem como o incentivo e estímulo à adesão à terapêutica, foi questão primordial naqueles momentos em que veio o desânimo e a vontade de interromper o tratamento e/ou até de não iniciá-lo. A atitude acolhedora de alguns profissionais no CACON constituiu também um lenitivo para o sofrimento relatado.

Apesar dos avanços na legislação, na prática as mulheres encontraram vários obstáculos no enfrentamento do câncer do colo do útero, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento. Em todas as etapas do itinerário, mas principalmente na prevenção e diagnóstico, foi identificado um caminho com uma assistência fragmentada, que não considerou os aspectos culturais e socioeconômicos da mulher, onde ficou demonstrado que os princípios da integralidade e seus condicionantes como a acessibilidade, o acolhimento e a humanização, não estão totalmente incorporados na práxis dos profissionais de saúde. Esta, em muitas das vezes, revestiu-se de um caráter reducionista com ênfase apenas nas questões biológicas da doença.

Torna-se necessário o envolvimento e a compreensão do profissional para acolher a mulher com a sua história de vida, perceber suas fantasias, crenças, tabus e respeitar sua cultura.

É fundamental haver uma gestão melhor dos processos de trabalhos que envolva a educação em saúde direcionada às mulheres e que aborde temas relacionados à prevenção e o tratamento do câncer do colo do útero, onde as mensagens devem ser claras, objetivas e em uma linguagem adequada aos padrões culturais linguísticos das mesmas. Há necessidade de mostrar-lhes e oferecer-lhes as possibilidades que o sistema de saúde disponibiliza para que possam usufruí-las em prol do alcance de uma melhor condição de saúde, como direito de cidadania.

É preciso investir na qualificação da gestão do sistema e dos serviços tornando-os mais eficientes, de modo a que seja implantado, de fato, um registro geral de base populacional para que possa haver o recrutamento personalizado da mulher para a realização do preventivo.

É possível, em nível da atenção primária à saúde, haver um planejamento onde as ações do controle do câncer do colo do útero sejam programadas, através da implantação de um registro das mulheres na unidade, que permita a identificação das faltosas, especialmente aquelas de maior risco. Poderia ser um sistema a exemplo do que ocorre no Programa Nacional de Vacinação, em que as crianças têm um cadastro onde as vacinas são agendadas e se realiza busca ativa das faltosas.

É importante investir na educação permanente, pois cuidar é a essência do trabalho profissional em saúde que muitas vezes envolve situações dolorosas e de carências e muitos profissionais se perdem no torvelinho das rotinas, das tarefas e não percebem o sofrimento alheio e a potencialidade de sua atuação como recurso para qualificar a atenção à saúde.

A prevenção do câncer do colo do útero não está isolada dos demais aspectos da vida da mulher. Decidir fazer ou não fazer não é apenas uma questão de autonomia, mas uma decisão que vem mediada pelos contextos em que a mulher está inserida, sejam eles



socioculturais, políticos, econômicos e pelas contínuas avaliações das respostas obtidas no serviço.

Ficou demonstrado a complexidade do tema, na medida em que percebeu-se que as dificuldades não se restringem a uma só questão, mas a várias, e exige inclusive uma abordagem interdisciplinar das questões aqui elencadas.

**REFERÊNCIAS**

- ALBURQUEQUE, K.M. et al. Cobertura do Teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de Prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco. **Cad. Saude Pública**. Rio de Janeiro, v.25, suppl.2 p. 5301-9, 2009.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, ago. p. 753-70, 2001 .
- ALMEIDA, L.H.R.B.; PEREIRA, Y.B.A.S.; OLIVEIRA, T.A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cervico-uterino. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.61, n.4, p.482-487, Jul/Ago 2008.
- ALMEIDA, M.V.G; SILVA, S.S.; AGUIAR, M.G.G. Gênero e Sexualidade: as máscaras sociais e a ética. **Anais do SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES - Educação, Saúde, Movimentos Sociais, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2009.
- ALVES, P.C.B. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul/set.1993. 263-71
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In : Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 125-38.
- ANJOS, A.C.Y.; ZAGO, M.M.F. A experiência da terapêutica quimioterápica na visão do paciente. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 33-40. Jan/Fev 2006.
- ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **Eur.J. Cancer**, v.45,n.15, p 2649-5, 2009.
- APGAR,B.S.; BROTZMAM,G.L.; SPITZER, M. **Colposcopia-princípios e prática- atlas e texto**. Editora revinter. 2ª ed. 2010
- ARBYN, M. et al. Trends of cervical cancer mortality in the Member states of the European Union. **Eur.J. Cancer**, v.45,n.15, p 2640-8, 2009.
- AURELIANO, W.A. **Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupo de ajuda mútua e universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande – Paraíba**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Campina Grande- Paraíba. 2006.
- AYRES, A.R.G.; SILVA, G.A. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev.Saúde Pública**. São Paulo, v.44, n.5, p.963-974, Out 2010.
- BARROS, D.O. LOPES, R.L.M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.60, n.3, p.295-298, Jun. 2007.

BARROS, G.C.; LABATE, R.C. Repercussões psicológicas relacionadas ao tratamento de braquiterapia em mulheres com câncer ginecológico: uma análise da produção de 1987 a 2007. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.16, n.6, p.1049-1053, Nov/Dez 2008.

BASTOS, A.C. **Noções de Ginecologia**. 11ª ed. São paulo: Atheneu Editora, 2004.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto enferm**. Florianópolis, v.16, n.3, p.503-510, Set. 2007.

BECKER, S.G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.62,n.2, p.323-326, mar/abr.2009.

BELLATO, R.; ARAUJO, L.F.S.; CASTRO, F. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R. Silva Junior, AG. Mattos RA ( Orgs). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ- ABRASCO. 2008.

BERNARDO, B.C. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo do uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.2, p. 85-90, Jul 2007.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra; 2005.

BERTAUX, D. **Biography and society**. Beverly Hills, CA USA: Sace Publications, In,1980

BIELEMANN, V.L.M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. **Rev. Bras. Enferm**.Brasília, v.16, n.1, p.133-137, Mar/Abr.2003.

BOEBS, A.E. et al. Interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**. Florianopolis, v.16, n.2, p. 307-14, Abr/Jun. 2007.

BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis: vozes; 1999.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4ª ed. Machado RA, tradutora. São Paulo: Paz e Terra: 2004. 179 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher- bases de ação programática**. Brasília, 1984, 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias**. Brasília, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS 3.040- 98 de 21 de junho de 1998. Criação do Programa nacional de combate ao câncer do colo do útero**. Brasília, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS 3.916/98** Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM), e adota a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Brasília, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS 788-99 de 23 de junho de 1999. Transferência do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero para o Instituto Nacional de Câncer.** Brasília, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS 408 de 30 de agosto de 1999. Criação do SISCOLO.** Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Conhecendo o Viva Mulher: Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 380p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM-MS 2.439-2006 de 31 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas. Recomendações para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Rio de Janeiro: INCA, v.52, n.3, p.213-236, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. Coordenação geral de apoio à gestão descentralizada. **Pacto pela saúde 2006. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.664 de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetividade de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo do útero e de mama, no âmbito do SUS.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Coordenação geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância.** Rio de Janeiro: INCA, 2009, 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Coordenação geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Coordenação geral de ações estratégicas. Divisão de apoio à rede de atenção oncológica.** Rio de Janeiro: INCA; 2011b. 104 p.

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria Executiva. Departamento de apoio à gestão descentralizada. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011.** Brasília, fev. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.2012/23 de agosto de 2011: estabelece recursos adicionais para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres de colo uterino e de mama.** Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.. **Atlas da mortalidade por câncer.**Disponível em <http://mortalidade.inca.gov.br/>. Acesso em 25 de setembro de 2011. 2011e.

BRIOSCHI, L.R.; TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em Ciências Sociais: considerações metodológicas. **Ciência e Cultura**, v.39, n.7, jul 1997,CERU-FFLCH/USP.

CAMARGO, A. Os usos da história oral e da historia de vida: trabalhando com elites políticas. **In: os usos de Narrativas autobiográficas (historias de vida) na pesquisa social**, X Congresso Mundial de Sociologia, México, agosto de 1992.

CARMO, C.C.; LUIZ, R.R. Survival of a cohort of women with cervical cancer diagnosed in a Brazilian Cancer Center. **Rev. Saude Pulica**. São Paulo, v.45.n.4, p. 661-7, Ago/2011.

CARVALHO, C.A.P et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Unico de Saúde. **Arq. Cienc. Saúde**. S. José do Rio Preto, v.15, n.2, p.93-5, Abr/Jun 2006.

CARVALHO, C.S.U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev.bras.cancerol. INCA**. Rio de Janeiro, v.54, n.1, p.87-96, Jan/Fev/Mar. 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, Set/Out. 2004.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **In: Pinheiro R, Mattos RA ( Orgs) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ- ABRASCO: 2006. 113-26.

CHUBACI, R.Y.S.; MERIGHI, M.A.B. Exame para detecção do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude mater. Infant**. Recife, v.5, n.4, p. 471-81, Out/Dez. 2005.

COELHO, F.R.G. **Padronização em Ginecologia oncológica**. Editora Tecmedd: 2007. 364 p.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referencia científica. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.9,n.2, p.315-333.2002

CONNILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1.417-1423, Set/Out. 2004.

CORBANI, N.M.S.;BRETAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.62, n. 3, p. 349-54, Maio/Jun. 2009.

COSTA, C.A.; LUNARDI FILHO, W.D.; SOARES, N.V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev.Bras.Enferm.** Brasília, v.56, n.3, p.310-314, Mai/Jun. 2003

COSTA, G.M.C.; GUALDA, D.M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **Historia, Ciências, Saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 925-937, Out/Dez. 2010.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-38, jun 2008.

CUNHA, A.B.O. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 725-737, Abr 2010.

D<sup>o</sup>OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saude publica**. São Paulo, v.43, n.2, p. 299-311, Abr.2009.

DA ROSA, C. CAMARA, SG. BERIA, JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.319-325, Jan.2011.

DATA-SUS. SISPACTO. **Pacto pela Saúde. Relatório estadual de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde – prioridades e objetivos, Estado: Minas Gerais**. Disponível no [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto). 2012a.[on -line] Acesso em 15 abril de 2012.

DATA-SUS. SISPACTO. **Pacto pela Saúde. Relatório estadual de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde – prioridades e objetivos, Estado: Minas Gerais - município: Juiz de Fora**. 2012b. Disponível no [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto). [on -line] Acesso em 15 abril de 2012.

DAVIM, R.M.B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o Exame de Papanicolaou. **Rev. Esc. Enferm.USP**. São Paulo, v.39, n.3, p. 296-302, Set.2005.

FARIA, A.P.S. et al. Acesso e Acessibilidade: uma análise sob a perspectiva da integralidade na atenção em saúde. In: Anais 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem, **Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2007.

- FERREIRA, M.L.M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.5-15. 2006.
- FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo percepções de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 376-84, abr/jun. 2009.
- FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v.16, supl.1, p.935-944, 2011.
- FONSECA, A.J. et al. Epidemiologia e impacto econômico do cancer de colo do utero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev. Bras. de Ginecol e obstet.** V.32, n.8, p. 386-392, Ago. 2010.
- FONSECA, L.A.M.; RAMACCIOTTI, A.S.; ELUF NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.136-42, mes. 2004.
- FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev.Bras. Enferm.** Brasília, v.59, n.4, p. 532-536, Ago. 2006.
- FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.E.R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic: teor.e pesq.** Brasília, v.26, n.2, p. Abr/Jun. 2010.
- GAMARRA, C.J.; VALENTE, J.G.; SILVA, G.A. Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005. **Rev.Saúde Pública**. São Paulo, v.44 n.4, p. 629-38, Ago. 2010.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1989.
- GERHARDT, T.E. Itinerarios terapeuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: **Razões publicas para a integralidade em saude- o cuidado como valor**. (orgs) roseni pinheiro e rubens alves de mattos. Rio de janeiro: ims/uerj/cepsc/abrasco. 2007.
- GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2449-2463, Nov.2006.
- GONÇALVES, C.V. et al . Perdas de oportunidades na prevenção do cancer de colo uterino durante o pre-natal. **Ciencia e Saude Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16,n. 5, p. 2.501-2.510, Maio. 2011.
- GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.4, p. 503-9, Jul/ago. 2006.

GUERRERO, G.P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.64, n.1, p.53-59, Fev. 2011.

HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia.** São Paulo: Roca. 2000, 3ª ed.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** Porto Alegre: Artmed. 2003

JEMAL, A. et al. Global Patterns of Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention.** August. 2010 19; 1893

JORGE, R.J.B. et al. Exame Papanicolaou: Sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a exame. **Cien. Saude Coletiva.** Rio de Janeiro, v.16,n.5, p.2.443-2.451, Maio.2011.

KANTORSKI, L.P et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão do município. **Texto Contexto-enferm.** Florianópolis, v.15, n.3, p. 434-441, Jul/Set. 2006.

LANGDON, E.J. (2005). **A doença como experiência. A construção da doença e seu desafio para a prática médica.** Acesso em : 17 outubro 2007. disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/nessi/A20doença20como20Experiencia.htm>

LANGDON, E.J.; WILK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev.Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.18, n.3, p, 459-466, Maio/Jun. 2010.

LAPLATINE, F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes 4ª ed. 2010.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. Cienc. Saúde-manguinhos.** Rio de Janeiro, v.13 n.1, p.113-128, Jan/Mar 2006.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J.P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev.latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 944-50, Nov/Dez.2005.

MAGI, J.C. et al. Resultados de exame anátomo-patológico e “polymerase chain reaction (PCR) na forma clínica, subclínica da infecção pelo Papilomavirus Humano ( HPV),. Estudo em 4 grupos de pacientes. **Rev. Bras. Colo-proctol.** Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.406-413, out/dez.2006.

MARTINS, J.; BICUDO M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005. 110 p.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.27, n.8, p. 485-92, ago.2005.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G.; Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. **Rev. Saude publica.** São paulo, v.43, n.2, p. 318-25, Abr.2009.



MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA ( Orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO: 2006. 39-64.

MENDONÇA, V.G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras de Ginecol e obstet**. Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p. 248-55, Mai. 2008.

MERINO, M.F.G. L.; MARCON, S. S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.60, n.6, p. 651-658. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saude de Belo Horizonte. **Prevenção e controle do câncer do colo do útero: protocolos de atenção à saúde da mulher**. Belo horizonte. 2008. 22 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saude**. São Paulo Hucitec, 2006, 406 p

MOURA, A.D.A. et al. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Rene**. Fortaleza. v.11, n.1, p. 86-93, Jan/Mar. 2010.

MULLER, D. K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2511-20, nov 2008.

NEGREIROS, T.C.G.M.; FERES-CARNEIRO,T. Masculino e feminino na família contemporânea. **Estud. psicol**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, 2004.

OLIVEIRA, H.C; LEMGRUBER, I.**Tratado de ginecologia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Elsevier, v.1, 2001. 1480p.

OLIVEIRA, H.C; LEMGRUBER, I.**Tratado de ginecologia da FEBRASGO**. São Paulo: Revinter, v.2, 2001. 709p.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-8, mar. 2007

OLIVEIRA, M.M.H.N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em S. Luis, Maranhão, Brasil. **Rev.Bras. Epidemiol**. São Paulo, v.9, n.3, p.325-34, Set.2006.

PANZINI, R.G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. de Psiquiatr clín**. São Paulo, v.34, suppl 1, p.105-115, 2007.

- PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.
- PEREIRA, A.K.D. Saúde do homem até onde a masculinidade interfere. *Anais do II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais: culturas, leituras e representações*. Universidade Federal da Paraíba. 2009.
- PERES, M.F.P. et al. A importancia da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e cuidados paliativos. *Rev. de Psiquiatr clín.* São Paulo, v.34, suppl 1, p. 82-87, 2007
- PINHO, A.A. et al. Cobertura e motivos para realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, p. 303-13, 2003.
- PINOTTI, J.A; FONSECA, A.M.; BAGNOLI, V.R. **Tratado de Ginecologia: condutas e rotinas da disciplina de ginecologia da F.M.** Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 1096p.
- PINTO, C.A.S.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Sobrevivente do câncer: uma outra realidade. *Texto contexto-enferm.* Florianópolis, v.16, n.1, p. 142-148, Jan/Mar. 2007.
- PONTES, APM et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v.63 n.4, p.574-580, Jul/Ago. 2010.
- PRADO, S.R.L.A.; FUGIMORI, E.; CIANCIARULLO, TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto contexto enferm.* Florianopolis v.16, n.3, p.399-407 Jul/Set 2007.
- PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.8, p. Set/Out. 2004.
- RAFAEL, R.M.R.; MOURA, A.T.M.S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.1045-50, Mai 2010.
- RASIA, J. M. Tempo e Subjetividade em Doentes de Câncer. In: XI Congresso Brasileiro de Sociologia, 2003, Unicamp. **Sociologia e Conhecimento Além das Fronteiras**. Campinas: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2003. v. Único. p. 243.
- RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saude: em busca de novas abordagens conceituais. *Rev. Gaucha enferm.* Porto alegre, v.27,n.2, p.149-65, Jun. 2006.
- RIBEIRO, M.G.M. **Gestante HIV positivo: a história de vida contribuindo para a assistência de enfermagem** [ dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
- RICCI,M.D. et al. **Oncologia Ginecologica: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento**. Editora Manole: 2008. 520 p.

- RODRIGUES NETO J.F.; FIGUEIREDO M.F.S.; SIQUEIRA, L.G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(3):610-21. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a07.htm>
- ROSA, M.T.S.; SALES, C.A. Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial. **Rev.eletr.enf.** Goiânia, v.10, n.4, p. 990-1003, Dez. 2008.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Cienc Saude Coletiva.** Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1019-1027, Jul/Ago.2009.
- SIMÕES, A.L.A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto-enferm.** Florianópolis, v.16, n.3, p.439-444, Jul/Set.2007.
- SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad.Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.24, sup.1, p.100-110, 2008.
- SOUZA, M.G.G.,; SANTO, F.H.E. O olhar que olha o outro. Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplástica. **Rev.bras.cancerol.** INCA. Rio de Janeiro, v.54,n.1, p. 31-41, Jan/Fev/Marc.2008.
- SOUZA, P.L.R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. **Psiquiatria na Prática Médica.** Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, v.34, n.4, 2002.
- TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.331-340, Fev.2007.
- TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M. Adolescência, gênero e saúde. **Adolesc. Saúde.** UERJ Rio de Janeiro v.3 n.2, p.6-9, abr/jun. 2006.
- TAVARES, C.M.A.; PRADO,; M.L. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto Contexto-Enferm.** Florianópolis, v.15, n.4, p. Out/Dez. 2006.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-97, set. 2005.
- THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção de câncer de mama feminino. **Rev Bras. de Cancerol.** INCA. Rio de Janeiro, v.49, n.4, p. 227-228, Out/Nov/Dez. 2003.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.20, suppl. 2, 2004, p.190-8.
- VAZ, A.F. et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.10, n.3, mai/jun 2002.
- VALE, D.B.A.P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do utero na estratégia Saude da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad.de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 383-90, Fev. 2010.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.S.C.; SANTOS, A.S. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.4, p.730-737, Ago. 2011.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev.Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n.2, p. 214-222, Abr.2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International agency for research on cancer. Cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide in 2008. **Globocan 2008**.

XIMENES NETO, F.R.G.; CUNHA, ICKO. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto Contexto- enferm**. Florianópolis, v.15, n.3, p.427-433, Jul/Set.2006.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

**Parecer nº 012/2008**

**Protocolo CEP-UFJF: 1321.012.2008**      **FR: 173801**      **CAAE: 0053.0.000.180-08**  
**Projeto de Pesquisa:** Itinerário Terapêutico de Mulheres Acometidas pelo Câncer Cérvico-uterino.  
**Pesquisador Responsável:** Maria das Graças Martins Ribeiro  
**Pesquisadora Participante:** Maria Teresa Bustamante Teixeira  
**Instituição:** Associação Feminina de Combate ao Câncer (ASCONCER)/UFJF.


**Sumário/comentários**

O CEP analisou o Protocolo 1321.012.2008, Grupo III e considerou que:

- Justificativa: objeto bem delimitado, tema relevante para área de ciências da saúde. O câncer de colo uterino constitui um importante problema de saúde pública, ocupando, no Brasil, o segundo lugar de incidência, entre aqueles que acometem a mulher, perdendo apenas para o câncer de mama. Sua prevenção se faz através da colpocitologia, colposcopia e estudo histopatológico de lesões precursoras, que podem ser tratadas.
- Objetivos: identificar, descrever, compreender e analisar as práticas individuais e sócio-culturais, considerando o caminho trilhado pelas mulheres, acometidas pelo câncer de colo uterino, na busca de prevenção, tratamento e cuidados.
- Metodologia: estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando o método "História da Vida". Os sujeitos deste estudo serão vinte mulheres com idade superior a vinte anos, acometidas pelo câncer cérvico-uterino. Não haverá restrições quanto à raça, escolaridade, renda, procedência ou estágio da doença. Será realizada uma entrevista aberta entre as participantes, na ASCONCER, em datas previamente agendadas. As entrevistas serão gravadas para posterior análise. As informações das entrevistas serão registradas por escrito, e seguirão o roteiro elaborado em instrumento específico.
- Revisão e referências bibliográficas: pertinente ao estudo.
- Instrumento de coleta de dados: instrumento contendo dados de identificação e relativos a doença.
- Cronograma: pertinente ao estudo. A coleta de dados iniciará no mês de junho de 2008 e terminará em dezembro de 2008.
- Orçamento: de responsabilidade do pesquisador.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, informa o sujeito da pesquisa sobre reações adversas, forma do sujeito fazer contatos com o pesquisador informando que está de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- Qualificação da pesquisadora: especialista, com experiência compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 27 de março de 2008.

  
**Profa. Ms. Cyntia Pace Schmitz Correa**  
Coordenadora – CEP/UFJF

<b>RECEBI</b>
DATA: _____ / _____ / 2008
ASS: _____

# Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção

*Therapeutic Itinerary of Women with Cervical Neoplasms: an Approach Focused on Prevention*

Itinerario Terapêutico de Mujeres con Câncer de Cuello Uterino: un Enfoque Centrado en la Prevención

Maria das Graças Martins Ribeiro<sup>1</sup>, Sueli Maria dos Reis Santos<sup>2</sup>, Maria Teresa Bustamante Teixeira<sup>3</sup>

## Resumo

**Introdução:** O Brasil tem realizado esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção do câncer do colo do útero, visando à modificação das altas taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de câncer, entretanto as medidas adotadas não têm obtido os resultados esperados. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero focando a prevenção. **Método:** Foi adotado, como percurso metodológico, a abordagem qualitativa e o método "História de Vida", mediante entrevista aberta. As entrevistadas foram mulheres em tratamento para o câncer do colo do útero em um hospital especializado no tratamento do câncer, localizado em um município de Minas Gerais. Os dados foram analisados após categorização temática. **Resultados:** Evidenciaram-se diversos motivos que levaram a maioria das mulheres a não realizar a prevenção. Entre eles, ressaltase o conceito que emergiu de saúde, doença e prevenção, o desconhecimento sobre o exame preventivo, os fatores culturais e sociais frente a questões de gênero, a qualidade dos atendimentos e organização dos serviços de saúde. **Conclusão:** Percebe-se que a questão de prevenção não é simplesmente uma escolha, mas uma decisão envolvendo emoções, experiências, conhecimento e circunstâncias, mediadas pelo contexto social, cultural, político, econômico e por avaliações das respostas obtidas no serviço, sendo realizada entre as possibilidades acessíveis. **Palavras-chave:** Atenção à Saúde; Saúde da Mulher; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Epidemiologia Descritiva

<sup>1</sup> Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. *E-mail:* mariagrribeyro@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Doutora em Comunicação e Cultura. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. *E-mail:* sueli.santos@uff.edu.br.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. *E-mail:* teitabt@hotmail.com.  
*Endereço para correspondência:* Maria das Graças Martins Ribeiro. Sítio N. Sra. Das Graças, Caixa Postal 8. Rio Novo (MG), Brasil. CEP: 36150-000.

## INTRODUÇÃO

Os dados mundiais apontam o câncer do colo do útero como responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano, com uma estimativa para 2010/2011 de surgimento de 500 mil casos novos por ano<sup>1</sup>. No Brasil, ocorrerão 18.430 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres, constituindo-se em um problema de saúde pública. O câncer mais frequente entre as mulheres é o de mama, enquanto o do colo do útero assume a segunda posição<sup>1</sup>.

A incidência desse tipo de câncer pode ocorrer na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta, rapidamente, a partir dos 35 anos, até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos<sup>1</sup>. Está entre as principais causas de morte da população feminina de 40 a 60 anos, gerando custos sociais de repercussão familiar e na economia do país, interrompendo a vida de um grande contingente de mulheres em idade útil, social e economicamente ativa<sup>2,4</sup>.

No Brasil, o exame citopatológico (teste de Papanicolaou) é recomendado como estratégia de rastreamento, para mulheres a partir de 25 anos, que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos de idade e serem interrompidos após essa idade quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais consecutivos considerados normais<sup>5</sup>.

Estratégias para a prevenção do câncer do colo do útero surgiram no Brasil, de forma mais organizada, em 1984, com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Observou-se uma crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos, a partir de 1998, com o Programa Viva Mulher, que foi precedido por um projeto-piloto em 1996. Antes de 1998, o número de exames não ultrapassava sete milhões por ano e no período de 2003 e 2004 foram realizados 10,4 milhões. No Brasil, os dados quanto à cobertura são escassos, porém dois estudos de base populacional com abrangência nacional ocorridos em 2003 apresentaram coberturas de menos de 70% nos últimos três anos<sup>6</sup>.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma cobertura de 80% do exame entre mulheres de 35 a 59 anos seria suficiente para impactar os indicadores de incidência e mortalidade<sup>7</sup>, o que pode ser observado após quatro anos de implementação das ações de rastreamento e cerca de dois anos mais tarde respectivamente<sup>8</sup>. Em uma pesquisa realizada em um município do nordeste brasileiro, observou-se que algumas mulheres realizavam o exame com intervalos muito curtos, diferentemente do recomendado, o que pouco contribui para a prevenção, entretanto eleva o custo e dificulta o acesso dos grupos mais vulneráveis<sup>4</sup>. Destaca-se que grande parte dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de

35 anos de idade que buscam os serviços de saúde para a atenção reprodutiva, enquanto o risco aumenta a partir dessa idade<sup>9</sup>.

Apesar de os esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, ou seja, aumentar o quantitativo de mulheres examinadas com qualidade e com o menor custo possível, a manutenção das taxas de incidência e de mortalidade no Brasil revela que as medidas adotadas não conduziram aos resultados esperados<sup>3</sup>.

Estudos envolvendo mulheres tentaram revelar as causas que obstaculizam a efetivação do exame de Papanicolaou, porém poucos abordaram mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero. Sabe-se que as mulheres, diante da constatação da doença, têm maior possibilidade para refletir sobre o caminho percorrido ou não na prevenção, o que fortalece a proposta do presente estudo. Nesse sentido, optou-se por trabalhar com o itinerário terapêutico dessas mulheres, entendido como eventos sucessivos que, formando um percurso, caracterizam a forma como o sujeito elabora ou define a sua situação dentro de um dado fenômeno sociocultural<sup>10</sup>.

Assim, o estudo teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero focando a prevenção.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Na pesquisa qualitativa,

busca-se a compreensão particular daquilo que se estuda [...] a generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centrado no específico, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados<sup>11</sup>.

O método utilizado foi a História de Vida que usa a história de uma vida ou parte dela, narrada ao entrevistador, tal qual foi vivenciada pelo sujeito, possibilitando encontrar o ponto de convergência ou divergência dos seres humanos em suas condições sociais, da cultura e da práxis, assim como as relações socioestruturais e da dinâmica histórica<sup>12</sup>.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer número 012/2008, atendendo à Resolução 196/1996.

Os sujeitos foram mulheres que buscaram tratamento para o câncer do colo do útero, em um hospital filantrópico, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e localizado em um município de médio porte, pertencente ao Estado de Minas Gerais. Esse hospital atende especificamente a pessoas com câncer, registrando um número significativo de atendimentos às mulheres com câncer do colo do útero, muitas vezes, em estádios avançados. Essas

mulheres são procedentes do próprio município e ou de municípios pactuados para procedimentos de média e alta complexidade.

A instituição forneceu os dados das mulheres a partir da agenda de marcação de consultas, com objetivo de verificar data e horário de retorno. A pesquisadora compareceu nas datas, no período de janeiro a abril de 2009, identificou as mulheres na sala de espera e as convidou a fazer parte do estudo.

Os critérios de inclusão foram mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero, em qualquer fase do tratamento, atendidas no referido serviço no período de coleta de dados. Realizou-se, através dos prontuários, um levantamento de dados referentes à caracterização das mulheres, tais quais: idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, religião, número de filhos, procedência, assim como estadiamento e tratamento.

Conforme preconizado pelo Método "História de Vida", solicitou-se às mulheres que falassem livremente sobre a sua vida, no que fosse relacionado à prevenção do câncer do colo do útero. Os relatos foram obtidos por meio de entrevista aberta, gravada e transcrita pela pesquisadora. Assim que os depoimentos relacionados ao objeto da pesquisa começaram a se repetir, interromperam-se as entrevistas. Esse ponto de saturação ocorreu na décima entrevista.

Após as transcrições e leitura aprofundada das entrevistas, foram realizadas a identificação e classificação dos temas, que emergiram nos depoimentos, destacando a prevenção e o itinerário em busca da mesma. Como produto da classificação foi evidenciado quatro temas significativos, que foram analisados com base em referências atuais sobre a temática em questão.

Para manter o sigilo e anonimato das participantes do estudo, os fragmentos das falas foram referenciados com a palavra Mulher, seguida de numeração arábica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo considerou a prevenção apenas o exame colpocitológico, ou teste de Papanicolaou, pois percebeu-se que as mulheres associaram a prevenção exclusivamente ao "exame preventivo", terminologia adotada a partir da coleta dos depoimentos.

As entrevistadas tinham idade entre 46 e 74 anos, sendo que oito mulheres estavam na faixa etária dos 50 aos 60 anos de idade. Somente uma possuía o ensino fundamental completo, enquanto as demais relataram possuir o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar, cinco mulheres recebiam dois salários mínimos mensais enquanto as outras auferiam uma renda de um salário mínimo por mês.

Observando a situação marital, duas eram viúvas, uma divorciada e sete eram casadas. A maioria era multipara,

com cerca de 5-6 filhos, mas dois extremos foram identificados, sendo uma com um filho e outra com dez filhos. Salienta-se que, em relação à espiritualidade, crença e religião, duas eram evangélicas e oito católicas.

Somente duas mulheres eram oriundas de outros municípios, as demais eram moradoras do município onde se localiza o hospital cenário deste estudo.

Quanto ao estadiamento, três mulheres estavam no estágio Ib, três foram diagnosticadas com a classificação estágio IIb, enquanto quatro se encontravam com as lesões características do estágio IIIb<sup>13</sup>. Todas as mulheres foram submetidas à quimioterapia, radioterapia e braquiterapia.

As mulheres, ao falarem livremente sobre o tema proposto, relataram a periodicidade com que realizavam o exame preventivo, até a data do diagnóstico do câncer. Entre as dez mulheres do estudo, sete disseram nunca terem realizado o preventivo. Entre as três que relataram já terem feito o preventivo, uma o realizou uma única vez, outra o realizou duas vezes na vida, enquanto a terceira o fazia anualmente.

A partir da análise dos depoimentos, foi possível destacar quatro categorias: *um caminho tecido pelo desconhecimento; um caminho tecido pelas oportunidades; um caminho tecido pelo gênero; um caminho tecido pelos serviços de saúde.*

### UM CAMINHO TECIDO PELO DESCONHECIMENTO

As entrevistadas demonstraram desconhecimento da condição assintomática do câncer do colo do útero em seus estágios iniciais, assim como insuficiência no conhecimento sobre o exame preventivo, sua finalidade, periodicidade e população-alvo. O conceito de saúde emergiu como ausência de perturbação física e ou psíquica e ligada a ter disposição. Evidenciou-se uma ausência de percepção de risco.

Eu fiz preventivo só uma vez na vida..., porque nunca tive nada, nada mesmo, era muito disposta. Não pensava que eu ia ter [...] (mulher 1).

[...] eu não fazia preventivo. Ah! Eu achava que num precisava. Não sentia nada (mulher 2).

Só fiz preventivo duas vezes. Nunca pensei que ia ter (mulher 3).

Esses relatos remetem a uma questão mais ampla e complexa, que se referem à própria construção cultural do significado dos fenômenos de saúde e doença pelos indivíduos e coletividades. A doença tenderia a ser percebida somente quando houvesse uma incapacitação do desempenho social, representada principalmente pelo trabalho<sup>14</sup>.

Detectar doença assintomática é um fenômeno comum na área da saúde devido ao avanço do conhecimento que



aperfeiçoa a miúda a tecnologia diagnóstica. Entretanto, embora processos patológicos possam estar presentes no corpo, sem que se tenha conhecimento, serão consideradas enfermidades quando se tornam sensíveis ao doente.

A saúde e a doença constituem uma interpretação do indivíduo da sua subjetividade, porém formada a partir de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente<sup>15</sup>. Embora essa interpretação seja pessoal, é baseada em significados internalizados através de interação e trocas em processo de comunicação com outras pessoas e construídos na vida cotidiana, refletindo a sabedoria popular, as experiências individuais e coletivas, as características da cultura local e também concepções atuais e pregressas da classe médica, entre outras influências.

Em um estudo, entre mulheres que relataram nunca terem realizado o exame preventivo, 45,3% justificaram não achar necessário, porque não tinham sintomas de problemas ginecológicos e ou se consideravam saudáveis<sup>16</sup>.

Alguns profissionais de saúde acabam por reforçar esse tipo de comportamento, que liga a necessidade do exame preventivo a queixas, conforme depoimento abaixo:

A Dra. [...] falou pra mim que eu tava com um pouquinho de corrimento e então depois era pra mim voltar lá pra fazer o preventivo (mulher 5).

Habitualmente, diante de queixas como leucorreia, prurido, e outras queixas ginecológicas, as mulheres são orientadas a marcar um exame preventivo, pois o mesmo também se presta ao diagnóstico de algumas patologias do trato genital inferior. A indicação do exame preventivo perante queixas ginecológicas pode originar a crença de que esse exame está relacionado à condição sintomática de uma enfermidade.

Estudos realizados em Fortaleza e em São Paulo revelaram que 33,3% e 18,2% das mulheres, respectivamente, relataram a presença de queixas ginecológicas como principal motivo para a realização do último exame preventivo<sup>16-17</sup>. O desconhecimento sobre o exame preventivo, sua periodicidade, finalidade, população-alvo fica claro em alguns depoimentos:

Nas campanhas eu não fiz, eu achei que já tava velha pra isto, que num precisava fazer mais, porque já tava na menopausa (mulher 3).

[...] tive que falar pra minha filha e ela falou: mãe, a senhora não tava fazendo preventivo? Eu falei, tava minha filha, tinha seis anos que eu tinha feito e num deu nada, até procurei o resultado pra mostrar pra ela (mulher 3).

A atenção à saúde da mulher tinha como foco o acompanhamento dos eventos relacionados à gravidez, parto, puerpério, contracepção e ciclo menstrual. Após

a menopausa, esse foco é direcionado às alterações próprias do climatério, que podem vir acompanhadas de intensa sintomatologia e outros problemas de saúde como alterações cardiovasculares, hipertensão, diabetes, artralgias, dores lombares e outros, demandando atendimento nos serviços de saúde, em virtude de suas queixas específicas. A prevenção de agravos relacionados aos órgãos genitais (internos e externos) é negligenciada e relegada ao segundo plano e até mesmo esquecida, na ausência de queixas.

As campanhas, mutirões e a educação em saúde são estratégias usadas para a melhoria das condições de saúde da população. Entretanto, pode ocorrer ruído de comunicação e estratégias pouco adequadas por ocasião das campanhas, assim como na prática da educação em saúde, possibilitando que as mensagens sejam processadas de forma incompleta ou ininteligível para as mulheres.

O desconhecimento sobre a finalidade, periodicidade do exame preventivo resulta numa despreocupação e desinteresse pela sua busca, enquanto a apropriação desses conhecimentos acarreta uma maior e mais consciente procura pela prevenção<sup>18</sup>.

Um estudo realizado em São Paulo revelou que 2,5% das mulheres que não realizaram o exame preventivo alegaram desconhecimento de sua importância e finalidade<sup>16</sup>.

A prevenção do câncer do colo do útero é considerada prioridade nacional, inserida no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, ratificada no Pacto pela Saúde 2006, e prevê ação educativa direcionada às mulheres propiciando informações sobre a saúde e o câncer. Em Minas Gerais, onde está localizada a cidade, cenário do estudo, está contemplada nos protocolos de atenção à saúde da mulher<sup>5-19</sup>.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO)/SUS volta-se para o registro de procedimentos e não para o usuário, controlando diversas variáveis, mas não permitindo o registro da história de rastreamento das mulheres de forma longitudinal identificando data do último exame, alterações e busca do resultado, mulheres expostas a risco e sem controle a mais de três anos. Nas equipes, em que há o Agente Comunitário de Saúde, este poderia realizar a busca ativa mediante a existência de um registro na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) baseado na pessoa<sup>20</sup>.

Considerando a carência de informatização dos serviços e tomando como exemplo o Programa Nacional de Imunização (PNI), no qual as ações programadas são monitoradas por meio do cartão do usuário e o cartão espelho arquivado no serviço, o programa de prevenção do câncer do colo do útero, nas UAPS, poderia adotar essa sistemática. Essa ação propiciaria a agilidade na convocação para exame, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das

mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área.

### UM CAMINHO TECIDO PELAS OPORTUNIDADES

Quando a prevenção foi realizada, ocorreu mediante o surgimento de uma oportunidade ou chance, conforme depoimento que se segue:

Fiz o preventivo só duas vezes na minha vida, há muito tempo: A 1ª foi naquele negócio de mutirão. A 2ª vez foi quando a minha nora tava fazendo tratamento pra engravidar, marcou preventivo pra ela e aproveitou e marcou pra mim também [...] (mulher 3).

Percebe-se que a realização do exame pode estar mais relacionada à conveniência ou chance de realizá-lo durante campanhas, mutirões, ou incentivo de outras pessoas, que propriamente mediante um caráter espontâneo baseado em percepção de risco ou pela valorização de medidas preventivas. Considerando o valor das oportunidades, os profissionais de saúde devem aproveitá-las em seus contatos com as mulheres. Entretanto, alguns, negligenciando o atendimento, nem sempre realizam a coleta do material cervical para ser examinado.

A Dra. [...] falou pra mim que depois que eu ganhasse nenê que era pra mim voltar lá pra fazer o preventivo (mulher 5).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização do exame preventivo nas gestantes, obedecendo à periodicidade e faixa etária das demais mulheres, sendo que a procura ao serviço para realizar o pré-natal deve ser considerada uma oportunidade para o rastreio<sup>5</sup>. É uma questão de diminuir-lhes a necessidade de vindas repetidas e garantir a prevenção.

Sabe-se que as mulheres têm presença acentuada nas unidades de saúde buscando os serviços por diversos motivos, inclusive pelo seu papel de cuidadora da família. Os profissionais de saúde devem otimizar sua presença examinando sua situação em relação ao exame preventivo e reforçando a necessidade da prevenção.

Muitas mulheres fazem o preventivo aproveitando os momentos de consulta por razões diversas que não a prevenção, caracterizando um rastreamento oportunístico conforme alguns autores observaram em seus estudos<sup>3-20</sup>, o qual, ainda que não seja o ideal para concretizar a efetividade de um programa, não pode ser uma oportunidade perdida. A desorganização nos serviços contribuiu para um caminho no qual as oportunidades se perderam:

Aí fui lá consultar. Ela fez o exame e pediu uma porção de exames. Eu fiz e quando fui buscar os resultados, disse que num tinha encontrado, num tava achando, perdeu meus exames. Fui lá umas três vezes e nada. Ninguém achou meus exames. Aí fui larguei aquilo pra lá [...] (mulher 4).

Quando eu fiz o preventivo naquele negócio de mutirão, falaram que era pra pegar o resultado no posto. Fui lá uma porção de vezes e falaram que num tinha nada lá não. Aí num sei o que deu [...] (mulher 3).

Estudos realizados em Fortaleza, em 2004<sup>21</sup>, e, em São Paulo, em 2000<sup>16</sup>, concluíram que 8,97% e 13%, respectivamente, das mulheres não retornam em busca do resultado, pelos mais diversos motivos. Não se observou esse comportamento no estudo. Ainda que poucos preventivos tenham sido realizados, houve uma busca pelo resultado, ocorrendo falhas nos serviços que comprometeram o acesso.

Os serviços de saúde, em qualquer dos seus níveis, apresentam estruturas administrativas complexas, nas quais devem ser armazenadas varias informações a respeito dos usuários, tendo muitas destas necessidade de transitar entre os vários serviços.

A informatização promove um fluxo mais adequado das comunicações, mas muitos serviços ainda utilizam de tecnologias ultrapassadas e se utilizam de papéis que circulam por vários caminhos.

O acesso a ações e serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes principais na atenção à saúde. O aspecto sócio-organizacional da acessibilidade inclui os atributos referentes aos recursos e à organização do serviço, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter cuidados. A perda de resultados de exames traz grandes transtornos ao usuário, ocasionando perda de tempo, prejuízo financeiro, pelas vindas repetidas ao serviço na tentativa de encontrá-los, prejuízos emocionais ante à incerteza dos resultados, à expectativa e ao desagrado de ter de repeti-los. Isto gera descrédito na instituição e nos profissionais de saúde.

### UM CAMINHO TECIDO PELO GÊNERO

O exame preventivo foi considerado algo temeroso por acarretar dor e constrangedor pela exposição do corpo:

Quando cheguei pra fazer vi que marcaram pra mim errado, marcaram pro médico. Era pra ter marcado com a Dra. [...] Aí eu fiquei com vergonha e voltei pra casa e nunca mais fiz (mulher 5).

Eu num fazia preventivo, não. Eles falavam comigo pra fazer, mas eu tinha medo, medo de doer. Eles falavam comigo que doía e eu tinha medo (mulher 7).

Com ou sem coleta de material cervicovaginal, o exame ginecológico é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável. Retornando à faixa etária das mulheres do estudo, elas fazem parte de uma geração que sofreu intensamente os efeitos da repressão sexual. Os fatores culturais de desvalorização da feminilidade levam as mulheres ao desconhecimento do seu corpo e à vergonha de expô-lo ainda que seja por necessidade de se realizar algum exame.

As mulheres relatam umas às outras o significado do exame, significado este subjetivo, mas com poder de perpetuar e disseminar a convicção de que o exame preventivo fatalmente acarreta dor.

Os resultados encontrados são semelhantes aos de outros estudos, em que o exame foi considerado embaraçoso, desconfortável, ocasionando medo e ou vergonha<sup>16-17,22-23</sup>.

Esses sentimentos podem ser consequentes de experiências prévias negativas durante um exame ginecológico, efetuadas sem esclarecimento, de forma fria e descuidada, afetando o espaço de autoconhecimento do corpo e da sexualidade da mulher.

Estudos mostram que a realização do preventivo está diretamente ligada à condição socioeconômica das mulheres<sup>9</sup>, e problemas no cotidiano do viver exigem enfrentamentos imediatos absorvendo o tempo, a atenção, o raciocínio, impedindo a visão de outras necessidades que se mostram menos prementes:

É que eu tinha muita luta, muito trabalho, muita dificuldade, uma filha especial. Muita pobreza. Eu vivia uma vida muito perturbada. Ele chegava em casa quebrando tudo, batendo nos filhos. Porque a gente tinha esses problemas ele descarregava na família. Era difícil fazer o exame com uma vida destas. Então fui deixando passar mesmo (mulher 3).

A luta pela sobrevivência, relacionamentos familiares conturbados afetam a saúde das pessoas por mobilizarem-nas totalmente em direção a resolver necessidades primárias e prementes. As práticas de autocuidado podem ser secundárias pelas mulheres diante de uma sobrecarga de tarefas laborais que se superpõem envolvendo cuidados coma a família e o lar<sup>22</sup>. O nascimento de um filho especial pode trazer complicações para o relacionamento do casal e da dinâmica familiar, ainda mais em situação de pobreza. A manutenção do afeto e relacionamento conjugal não é tarefa fácil para o casal, dentro de um clima de culpabilização e decepção<sup>24</sup>.

É comum a mãe julgar que apenas ela é capaz de cuidar adequadamente e de dar afeto aos filhos. Essa ideologia tem suas raízes culturais no século passado, no modelo de família à época, e quando também se dizia que só a mãe poderia dar tudo o que o filho precisava para se

desenvolver bem. A casa era identificada com a mulher e ela se dizia a 'dona da casa', sendo responsável por todos os afazeres do lar e cuidados dos filhos. Sua autoridade era doméstica, fundada na valorização da figura da mãe e esposa. A família era identificada com o homem e ele se dizia o chefe e provedor da mesma<sup>24</sup>. Salienta-se que uma transmissão cultural se processa dentro do próprio relacionamento mãe-filha. As mulheres da mesma maneira como foram educadas, educam suas filhas perpetuando a cultura do exercício da maternagem como atividade suprema e específica da mulher. Por outro lado, os filhos homens são educados para reduzir ou reprimir o desejo de exercer a maternagem, julgada como específica da mulher. Obviamente com esse tipo de formação as mulheres sentem-se mais responsáveis pela criação dos filhos<sup>24</sup>.

A violência de gênero, até recentemente um assunto marginal entre os temas da saúde, tem um impacto muito grande na saúde da mulher, sendo responsável por um em cada cinco anos potenciais de vida saudável perdidos, considerando-se apenas a violência sofrida na esfera doméstica<sup>24</sup>.

## UM CAMINHO TECIDO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Um atendimento, distanciado da prática da integralidade, contribui para que a mulher não realizasse o preventivo:

Nunca nenhum médico falou pra eu fazer. Sabe, se a gente fala alguma coisa com eles que não é o que eles tratam, eles falam pra gente: oh! Isto não é comigo não e não faz nada, nada, fica por isso mesmo (mulher 2).

[...] mas nunca nenhum médico falou que eu tinha que fazer, eu consultava e eles num falavam disto. Já consultei vários médicos, pra muitas coisas que tava sentindo, nunca os médicos falaram que eu precisava fazer preventivo (mulher 4).

Embora a coleta de preventivo não seja exclusiva do profissional médico, podendo ser feita pelo enfermeiro, as mulheres o referenciaram denotando uma visão ainda existente de centralidade do mesmo na atenção à saúde. Em um estudo realizado em São Paulo, entre mulheres, sobre motivos relatados para a realização do último preventivo, a recomendação médica foi citada por 24,9% das mulheres.

É importante ressaltar que em observância ao princípio da integralidade, uma consulta médica, ou de outro profissional de saúde, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma escuta atenta, vislumbrando identificar outras necessidades para as quais há saberes e práticas disponíveis na equipe e em outros serviços, que possam complementar a assistência ao usuário<sup>25</sup>.

Salienta-se que a educação em saúde, acerca da prevenção do câncer do colo do útero, é uma atividade preconizada pelo MS. Dessa forma, a presença da mulher na unidade deve ser aproveitada por todos os integrantes da equipe, no sentido de orientá-las e incentivá-las a realizar o exame preventivo, não se constituindo responsabilidade de um único membro da equipe.

A única entrevistada, que relatou realizar o preventivo anualmente, o fez em desacordo à periodicidade recomendada pelo MS e às orientações preconizadas pelas diretrizes do SUS, que estabelece uma linha-guia de cuidados em que a porta de entrada é preferencialmente a atenção primária, demonstrando a falta de credibilidade na unidade de saúde onde está cadastrada:

Eu fazia todo ano com o Dr. [...] lá no (nível secundário de atenção à saúde). Sempre dava normal, mas deste último não. No posto eu não faço não, não é a mesma coisa não. Demora a sair o resultado, acho que eles fazem aquilo de qualquer maneira, corrido. Imagine, eu fazia todo ano ali e ainda aconteceu isto! Imagina então pelo posto? Eu já tinha até morrido, não ia dar nada. Faz de qualquer maneira. Nunca fiz no posto, mas vejo os outros falar que é assim. Eu ia no posto só pra moça marcar a minha consulta lá (nível secundário) pra fazer o preventivo, depois pegava o resultado, ia no posto pra moça marcar outra consulta pra mostrar o resultado (mulher 6).

Ainda em busca de atendimento de melhor qualidade, até se dispõem a despendere recursos financeiros significativos perante a sua condição econômica:

[...] eu tava esperando me aposentar pra fazer um check-up geral, porque a gente vai pro SUS, não é que eles são ruins, os médicos, mas eles não podem fazer o justo, eles não ganham pra isto, então eles atendem da altura que pode. Coitados (mulher 3).

A falta de investimentos em educação permanente, recursos humanos e materiais causam desmotivação nos profissionais, que, em alguns momentos, passam a atender de forma descuidada, sem envolvimento com as questões de saúde do usuário, gerando insatisfação em ambos.

Diante de expectativas frustradas, que se repetem consigo, com familiares e amigos, os usuários qualificam o sistema e os profissionais como ineficientes. Ainda que o usuário isente os profissionais de sua parcela de responsabilidade pela má qualidade dos serviços prestados, estes não podem se furtar a disponibilizar recursos pessoais traduzidos pelo acolhimento, atendimento humanizado, vinculação e responsabilização. É uma questão de ética profissional e respeito à cidadania do usuário. A realização do exame preventivo numa periodicidade maior que a recomendada não traz benefícios

e eleva o custo da assistência, diminuindo as oportunidades para outras usuárias.

## CONCLUSÃO

Para as mulheres deste estudo, o itinerário terapêutico rumo à prevenção do câncer do colo do útero, foi um caminho ora não percorrido, ora trilhado sem continuidade; um caminho delineado ao sabor de oportunidades que surgiram ou ao sabor de oportunidades que se perderam. Às vezes, o caminho foi longo na esperança de um bom atendimento, ou foi perdido à espera de recursos financeiros que lhe garantissem uma escolha confiável. Em todas as formas, foi um caminho que não levou ao ponto de chegada.

A experiência da prevenção foi forjada pelo conceito de saúde e de doença, no qual a saúde é a ausência de doença e a doença é a presença de desordens físicas e psíquicas sensíveis à pessoa. Compreendeu-se que a prevenção para elas é uma ação que se busca diante do sentir-se doente, mediante o surgimento de oportunidades ou em caso de indicação médica. Sentimentos como vergonha e medo da dor foram fatores impeditivos da prevenção.

Visando à reversão desse quadro, é necessário o envolvimento e a compreensão do profissional para acolher a mulher com a sua história de vida, perceber suas fantasias, crenças, tabus e respeitar sua cultura. É necessário orientá-las através da prática educativa, abordando temas relacionados à prevenção, em que as mensagens devem ser claras, objetivas e numa linguagem adequada aos padrões culturais linguísticos das mesmas. É necessário oferecer-lhes e mostrar-lhes as possibilidades que o sistema de saúde disponibiliza para que possam usufruí-las em prol do alcance de uma melhor condição de saúde. É imperioso que, no nível da atenção primária à saúde, haja um planejamento em que as ações do controle do câncer do colo do útero sejam programadas, garantido o acesso, mantendo registros dos exames realizados e promovendo busca ativa para as faltosas, especialmente para aquelas de maior risco.

A prevenção do câncer do colo do útero não está isolada dos demais aspectos da vida da mulher. Decidir fazer ou não fazer não é apenas uma questão de autonomia. A decisão vem mediada pelos contextos em que está inserida, seja ele sociocultural, político, econômico e pelas contínuas avaliações das respostas obtidas no serviço.

## CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras participaram da concepção e planejamento da pesquisa; obtenção, análise e interpretação dos dados; e redação do artigo.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. 98 p.
2. Fonseca LAM, Ramacciotti AS, Eluf Neto J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no município de São Paulo entre 1980 e 1999. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):136-42.
3. Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(5):248-55.
4. Tavares CM, Prado ML. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):578-86.
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p.
6. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática de literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(8):485-92.
7. World Health Organization. Manual on the prevention and control of common cancers. Geneva: WHO; 1998. 318 p. (WHO regional publications. Western Pacific series; n. 20).
8. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev bras cancerol*. 2003;49(4):227-38.
9. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev bras epidemiol*. 2006;9(3):325-34.
10. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 125-38.
11. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5a ed. São Paulo: Centauro; 2005. 110 p.
12. Bertaux D. Los relatos de vida. Barcelona: Bellaterra; 2005.
13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). TNM: classificação de tumores malignos. 6a ed. Sobin LH, Wittekind Ch, editores; Eisenberg ALA, tradutora. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 253 p.
14. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4a ed. Machado RA, tradutora. São Paulo: Paz e terra; 2004. 179 p.
15. Becker SG, Rosa LM, Manfrini GC, Backes MTS, Meirelles BHS, Santos SMA. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):323-6.
16. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(supl 2):S303-13.
17. Carvalho FAM, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. *Rev RENE*. 2010;11(1):86-93.
18. Chubaci RYS, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(4):471-81.
19. Secretaria Municipal de Saúde (Belo Horizonte). Prevenção e controle do câncer de colo do útero: protocolos de atenção à saúde da mulher 2008. [Belo Horizonte; 2008]. 22 p.
20. Vale DBAP, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):383-90.
21. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(4):503-9.
22. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):1045-50.
23. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):296-302.
24. Ribeiro MGM. Gestante HIV positivo: a história de vida contribuindo para a assistência de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
25. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006. p. 113-26.

## Abstract

**Introduction:** Brazil has been making increasing efforts to improve the efficiency of cervical cancer prevention programs, seeking to change the high rates of incidence and mortality from this type of cancer; however the measures adopted have not been obtaining the expected results. **Objective:** This study aims at analyzing the therapeutic itinerary of women with cervical neoplasms focusing on prevention. **Method:** The qualitative approach and the "Life Story" method, by means of open interview, has been adopted as methodology. The women interviewed were undergoing cervical cancer treatment in a hospital specialized in cancer treatment, located in a city of Minas Gerais. The data were analyzed after theme categorization. **Results:** Several reasons why most women do not carry out preventive measures have been pointed out. Among them, the concept raised from health, disease and prevention, the lack of information about preventive exams, cultural and social factors facing gender issues, the quality of care and organization of health services were emphasized. **Conclusion:** It is clear that the issue of prevention is not simply a choice, but a decision involving emotions, experiences, knowledge and circumstances, influenced by the social, cultural, political, and economic contexts and by evaluations of the responses obtained from the service, which are accomplished within the available possibilities.

**Key words:** Health Care (Public Health); Women's Health; Cervix Neoplasms Prevention; Epidemiology, Descriptive

## Resumen

**Introducción:** Brasil ha hecho grandes esfuerzos para mejorar la eficiencia de los programas de prevención al cáncer de cuello uterino en el intento de cambiar las altas tasas de incidencia y mortalidad por este cáncer, no obstante las medidas adoptadas no han logrado los resultados esperados. **Objetivo:** Este estudio, centrado en la prevención, tuvo como objetivo analizar el itinerario terapéutico de mujeres con cáncer de cuello uterino. **Método:** Se adoptó como trazado metodológico el abordaje cualitativo y el método "Historia de Vida", con entrevista abierta. Las entrevistadas eran mujeres bajo tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital especializado en el tratamiento de cáncer, ubicado en un municipio de Minas Gerais. Los datos fueron analizados tras categorización temática. **Resultados:** Los diversos motivos por los cuales la mayoría de las mujeres no realizaron la prevención fueron evidenciados. Entre ellos, se destaca el concepto adoptado como salud, enfermedades y prevención, el desconocimiento sobre el examen preventivo, los factores culturales y sociales frente a cuestiones de género, la calidad del atendimento y organización de los servicios de salud. **Conclusión:** Se observa que la cuestión de la prevención no es sólo una opción, sino una toma entre las posibilidades accesibles y que envuelve emociones, experiencias, conocimiento y circunstancias, intermediadas por el contexto social, cultural, político, económico así como por evaluaciones de las respuestas obtenidas en el trabajo. **Palabras clave:** Atención a la Salud; Salud de la Mujer; Prevención de Cáncer de Cuello Uterino; Epidemiología Descriptiva