

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANGELA VIEIRA PIMENTEL

A percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com
diagnóstico avançado do câncer do colo do útero

Ribeirão Preto

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANGELA VIEIRA PIMENTEL

A percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco

Ribeirão Preto

2010

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Pimentel, Angela Vieira

A percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. Ribeirão Preto, 2010.

66 p. il.; 30 cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Panobianco, Marislei Sanches.

1. neoplasias do colo do útero.
2. vulnerabilidade.
3. enfermagem.
4. diagnóstico tardio.
5. prevenção de câncer de colo uterino.

PIMENTEL, Angela Vieira

A percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação a todas as mulheres que sofrem com o câncer do colo do útero e com muita coragem enfrentam o diagnóstico e o tratamento e, em especial à minha avó, Odila, que hoje vive na luz da eternidade.

Meus Agradecimentos

À Deus, pelas oportunidades concedidas, por me iluminar e me dar forças para superar os obstáculos durante todo o percurso de minha vida.

Aos meus pais, Gilberto e Marisa, que nunca deixaram de acreditar em mim, pela dedicação, incentivo e amor incondicionais dispensados.

Ao meu irmão, Gil, pelo amor, companheirismo e apoio.

À Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco, pela orientação, amizade, disponibilidade, atenção e, em especial, pela colaboração e paciência com que me conduziu pelos caminhos deste estudo.

À Prof^a Dr^a Marli Villela Mamede, pelas importantes sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida, pela amizade e pelo incentivo.

Às queridas amigas e irmãs, Camila, Gabriela, Isabela, Luciana e também, à nova amiga Bruna, pelo carinho, amor e apoio durante todos esses anos de amizade.

À minha família, em especial, aos meus tios Ana e Orlando, e primo Gugu, pelo carinho e palavras de incentivo durante esse caminhar.

Aos profissionais do Ambulatório de Oncologia Ginecológica e Serviço de Radioterapia pela colaboração na coleta dos dados.

Aos amigos e companheiros de trabalho na Enfermaria de Neurologia, Imunologia e Dermatologia pelo incentivo.

À Josefina Ballini, pela compreensão, incentivo e muita ajuda em conciliar o trabalho no hospital com a realização deste estudo.

Em especial, às mulheres participantes deste estudo, pela confiança, disponibilidade e pela atenção que dedicaram às entrevistas.

A todas aquelas pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste estudo.

CARANGUEJO DE COBRE (autor desconhecido)

Caranguejo de cobre

Tu precisas ser mesmo forte

Tu precisas ter casca dura...

Não porque tu sejas insensível

Mas porque precisas te livrares

Do preconceito no qual te embalaram

Que o nosso caranguejo

Símbolo de tão dolorosa doença

Consiga gritar para todos

Que ele não anda para trás

Que ele precisa de todos os braços

De todos os abraços

De muito amor e

De muito carinho

De prosseguir sempre a penosa estrada

Com a fé que só quem o carrega possui

Lute sem cansar

Pois não é o fim do caminho

Haverá sempre a investigação daqueles

Que querem amenizar os obstáculos

Tirando as pedras

E colocando no lugar

Maços de flores secas

As quais reafirmarão

A imortal esperança

Torcemos por você

Pois nos envolvemos com esta luta

Que é a verdadeira lição de vida.

RESUMO

PIMENTEL, A.V. **A percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.** Ribeirão Preto, 2010. 66p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem metodológica qualitativa, cujo objetivo foi identificar e avaliar a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero, tendo como referencial teórico, a vulnerabilidade, baseada no conceito proposto por Ayres et al. (2003). Os sujeitos do estudo foram doze mulheres que estavam em atendimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para tratamento do câncer do colo do útero avançado, entre 08 de abril e 28 de maio de 2009. Os dados foram coletados por entrevistas. A análise dos dados se deu segundo os pressupostos da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2006). Os resultados revelaram-se em 2 categorias centrais: “Percebendo-se vulnerável” e “Enfrentando a doença e o tratamento”. A vulnerabilidade se apresentou para as participantes deste estudo a partir do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença, crescendo à medida que o diagnóstico foi descoberto e o tratamento se fez necessário, trazendo dificuldades e sofrimento. Ao mesmo tempo, proporcionou a oportunidade de as mulheres encontrarem formas de enfrentamento e superação dos problemas, à medida do possível. Os componentes individual, social e programático da vulnerabilidade, contidos no conceito proposto por Ayres et al. (2003), mostraram-se nos fatores relacionados à cliente, aos profissionais, aos serviços, entre outros, e tornaram a mulher suscetível aos problemas e danos de sua saúde, relativos ao câncer cérvico-uterino, exacerbando sua vulnerabilidade à doença. Ficou clara a necessidade de se superar algumas deficiências no modelo de assistência e na humanização do atendimento, no grau de compromisso e na qualidade das instituições, dos recursos, do gerenciamento e do monitoramento dos programas de prevenção e detecção do câncer do colo do útero, nos diferentes níveis de atenção.

Palavras chave: câncer do colo do útero; vulnerabilidade; prevenção & controle; diagnóstico tardio; enfermagem.

ABSTRACT

PIMENTEL, A.V. **The perception of the vulnerability to the disease among women with delayed diagnosis of uterine cervical cancer.** Ribeirão Preto, 2010. 66p. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This cross-sectional, descriptive, exploratory and qualitative study aimed to identify and evaluate the perception of the vulnerability to the disease among women with delayed diagnosis of uterine cervical cancer. The theoretical framework used was the vulnerability, based in the concept proposed by Ayres et al. (2003). The subjects of the study were twelve women who were under follow-up at the *Hospital das Clínicas* of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School, for treatment of advanced uterine cervical cancer, between April 08th and May 28th 2009. Data were collected by interviews. The data analysis was done according to the presuppositions of content analysis, proposed by Bardin (2006). Two central categories emerged from the results: “Perceiving yourself vulnerable” and “Facing the disease and the treatment”. The vulnerability arose to the participants of this study through the emergence of the first signs and symptoms of the disease, increasing as the diagnosis was determined and treatment was needed, bringing difficulties and suffering. At the same time, women had the opportunity to find ways to face and overcome problems, to the extent possible. The individual, social and programmatic compounds of the vulnerability, included in the concept proposed by Ayres et al. (2003), were shown in the factors related to clients, professionals and services, among others, and made the women susceptible to the problems and damages of their health, related to the uterine cervical cancer, aggravating their vulnerability to the disease. The need to overcome some deficiencies in the model of care and in the humanization of care was evidenced, as well as in the level of commitment and in the quality of the institutions, resources, management, and monitoring of the programs of prevention and detection of uterine cervical cancer, in the different levels of care.

Keywords: uterine cervical neoplasms; vulnerability; prevention & control; delayed diagnosis; nursing.

RESUMEN

PIMENTEL, A.V. **La percepción de la vulnerabilidad a la enfermedad entre mujeres con diagnóstico avanzado de cáncer del cuello uterino.** Ribeirão Preto, 2010. 66p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

Este estudio transversal, descriptivo, exploratorio y cualitativo tuvo como objetivo identificar y evaluar la percepción de la vulnerabilidad a la enfermedad entre mujeres con diagnóstico avanzado de cáncer del cuello uterino. Se utilizó el referencial teórico de la vulnerabilidad, basada en el concepto propuesto por Ayres et al. (2003). Los sujetos del estudio fueron doce mujeres que recibían atención en el *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo para tratamiento del cáncer avanzado del cuello uterino, entre 08 de abril y 28 de mayo de 2009. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas. Se realizó el análisis de los datos según los presupuestos del análisis de contenido, propuesto por Bardin (2006). De los resultados emergieron 2 categorías centrales: “Se percibiendo vulnerable” y “Enfrentando la enfermedad y el tratamiento”. La vulnerabilidad se presentó para las participantes del estudio a partir del surgimiento de las primeras señales y síntomas de la enfermedad, creciendo a la medida que el diagnóstico fue descubierto y el tratamiento fue necesario, trayendo dificultades y sufrimiento. Al mismo tiempo, proporcionó la oportunidad para las mujeres encontrar formas de enfrentamiento y superación de los problemas, en la extensión posible. Los componentes individual, social y programático de la vulnerabilidad, contenidos en el concepto propuesto por Ayres et al. (2003), se mostraron en los factores relacionados al cliente, a los profesionales, a los servicios, entre otros, y tornaron la mujer susceptible a los problemas y daños de su salud, relativos al cáncer cérvico uterino, exacerbando su vulnerabilidad a la enfermedad. Se evidenció la necesidad de superar deficiencias en el modelo de atención y en la humanización de la atención, en el grado de compromiso y en la calidad de las instituciones, de los recursos, de la gestión y de la monitorización de los programas de prevención y detección del cáncer del cuello uterino, en los diferentes niveles de atención.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino; vulnerabilidad; prevención & control; diagnóstico tardío; enfermería.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	12
2.1 Vulnerabilidade à doença.....	22
3 OBJETIVO	25
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4.1 Vulnerabilidade.....	26
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	28
5.1 Tipo de estudo.....	28
5.2 Cenário do estudo	29
5.3 Sujeitos do estudo.....	30
5.4 Coleta dos dados	30
5.5 Aspectos éticos	31
5.6 Processo de análise dos dados.....	31
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1 Perfil das participantes do estudo	34
6.2 Categorização dos dados.....	35
6.2.1 Percebendo-se Vulnerável	35
6.2.1.1 Na descoberta da doença	35
6.2.1.2 Na realização do tratamento	46
6.2.2 Enfrentando a doença e o tratamento	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES	62
APÊNDICE A – Caracterização dos Sujeitos	62
APÊNDICE B – Questões norteadoras	63
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
ANEXOS	65
ANEXO A - Aprovação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP/USP.....	65
ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP/USP.....	66

1 APRESENTAÇÃO

No ano de 2002 iniciei o curso de graduação em enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), e no ano seguinte conheci o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – Rema, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, desta escola. A partir daí, durante toda a graduação, participei das atividades nesse serviço, ora como voluntária, ora como bolsista, ora como pesquisadora.

O convívio com mulheres com câncer de mama me fez perceber a necessidade e a importância de estudos acerca da saúde da mulher, em especial, a respeito das condições crônicas que as afetam, como o caso do câncer.

Em 2006, último ano do curso de graduação, em um estágio de três meses no setor de internação em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP (HCFMRP/USP), deparei-me novamente com mulheres com câncer de mama, mas também com aquelas que apresentavam outros cânceres ginecológicos, e pude constatar que, apesar dos avanços tecnológicos e do conhecimento acerca desta doença, muitas mulheres são diagnosticadas em estádios avançados, e sofrem e morrem em consequência disso.

Chamou-me a atenção o número de mulheres internadas para tratamento de câncer do colo do útero, que apesar de ter uma evolução lenta e um exame preventivo de fácil acesso, também é detectado, muitas vezes, em estádios avançados.

Instigou-me a vontade de pesquisar sobre esse câncer, e nesse mesmo ano tive a notícia de que minha avó materna estava com câncer do colo do útero em estágio avançado. No ano seguinte, antes da prova de seleção para o Mestrado, ela veio a falecer, o que aguçou ainda mais a vontade de pesquisar sobre esta doença que se desenvolve lentamente, mas de forma silenciosa em seus estádios iniciais, quando a detecção e tratamento adequado podem reduzir taxas de morbidade e mortalidade.

Esse estudo desenvolveu-se com o intuito de identificar e avaliar a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.

2 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero ou câncer cérvico-uterino é a maior causa de mortes por câncer entre mulheres na América Latina e Caribe (PAHO, 2007). É uma doença que se inicia a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos, que normalmente progride lentamente, por 10 a 20 anos, até atingir o estágio invasor, etapa em que a cura se torna mais difícil, quando não impossível (MULLER et al., 2008).

É o segundo câncer mais comum entre as mulheres, no mundo, sendo responsável, anualmente, por cerca de 500 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres. Sua incidência já é evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. O número de casos novos deste tipo de câncer estimados para o Brasil, em 2010, é de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2009).

Sem considerar o câncer de pele não melanoma, o câncer do colo é o mais incidente na Região Norte (23/100.000), o 2º mais incidente nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) e o 3º no Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000) (INCA, 2009).

Nos últimos anos, alguns tipos de Papilomavírus Humano (HPV) tem sido responsabilizados pelo desenvolvimento de malignidade das lesões em regiões que comumente infectam, compreendendo, na mulher, o períneo, vulva, vagina, colo do útero e região anal; no homem, pênis, uretra, saco escrotal e região anal. A transmissão do HPV ocorre, preferencialmente pelo contato sexual (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2002; BOSCH et al., 2002; SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005; ADAMS, 2002; LEPIQUE; RABACHINI; VILLA, 2009).

Estudos recentes demonstraram que pode ser detectado o DNA do HPV em 90 – 100% dos casos de espécimes de câncer cervical. Mais de 80 tipos de vírus foram classificados, sendo os tipos 6 e 11 benignos, causando o condiloma acuminado e as verrugas genitais. Os outros tipos de HPV têm propriedades oncogênicas, e os tipos 16 e 18 foram classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) como agente infeccioso carcinogênico (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND

QUALITY, 2002; BOSCH et al., 2002; SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005; ADAMS, 2002; INCA, 2009; LEPIQUE; RABACHINI; VILLA, 2009).

Estão sendo desenvolvidas vacinas contra o HPV, elaboradas a partir das cápsulas protéicas vazias produzidas por tecnologia recombinante, as partículas vírus-like (VLP), que não contem DNA ou produtos biológicos, sendo por isso não-infectantes. Estão disponíveis vacinas bivalentes que cobrem os sorotipos 16 e 18 e, no caso da quadrivalente, também os tipos 6 e 11 (NADAL; NADAL, 2008).

Diretrizes publicadas recentemente pelo Center for Disease Control (CDC), de Atlanta, estabeleceram o uso da vacina quadrivalente, atualmente a única aprovada pelo Food and Drugs Administration (FDA) americano. Ela não alterou o curso da doença pré-existente, mas protegeu o indivíduo das cepas às quais não foi exposto. Uma vez que a infecção é geralmente adquirida logo após o início da vida sexual, a vacina é recomendada para mulheres que ainda não iniciaram essa atividade. A idade sugerida para vacinação é aos 11 e 12 anos, podendo ter início a partir dos 9 anos. Embora a duração da imunidade seja desconhecida, as vacinas foram efetivas na prevenção da infecção e das doenças induzidas pelos genótipos virais específicos, nas mulheres sem história anterior ou evidência da infecção pelo vírus, durante pelo menos cinco anos (NADAL; NADAL, 2008).

No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS) as vacinas bivalente e quadrivalente, porém ainda está em estudo no Ministério da Saúde o uso da vacina pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e como ela não protege contra todos os subtipos do HPV, a recomendação é que o exame preventivo do câncer do colo do útero (Teste de Papanicolaou) continue a ser realizado, mesmo em mulheres vacinadas (NADAL; NADAL, 2008; INCA, 2009).

O HPV é, portanto, condição necessária para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, porém não é uma causa suficiente, pois para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais, além do HPV, é necessária a sua associação com os outros fatores de risco, que são o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis* (NADAL; NADAL, 2008; INCA, 2009).

O câncer do colo do útero, como já mencionado, é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. Nesse sentido, a Figura 1

demonstra o estadiamento do câncer do colo do útero, padronizado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), e que é amplamente utilizado, tanto para o planejamento terapêutico quanto para o acompanhamento das mulheres após o tratamento. O estadiamento é baseado na avaliação clínica (inspeção, toque vaginal e toque retal), colposcopia e exames radiológicos e é definido de acordo com a infiltração e invasão de tecidos vizinhos:

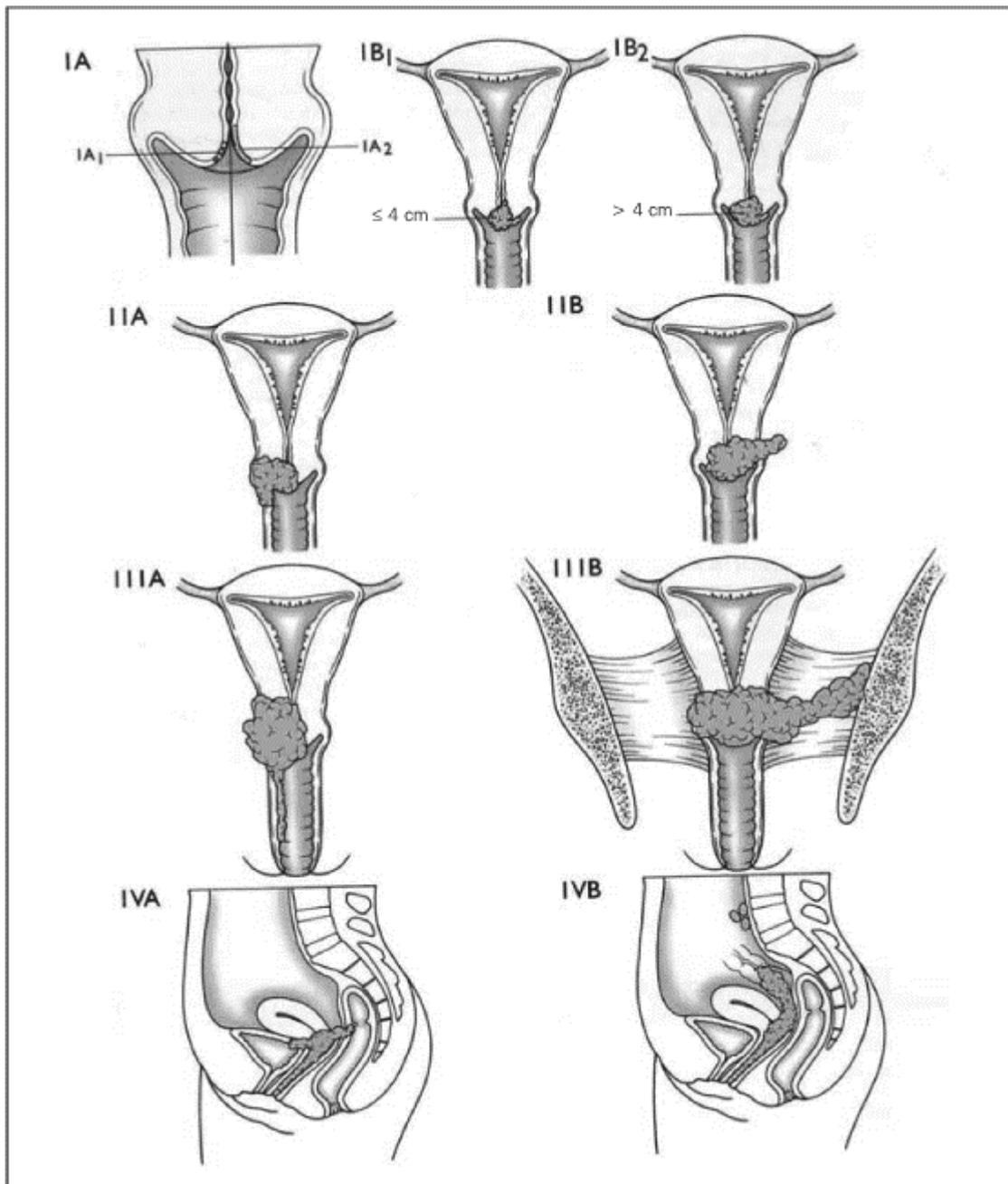


Figura 1 – Estadiamento do câncer do colo do útero segundo FIGO (CAMISÃO, 2007).

A conduta terapêutica para o câncer do colo do útero fundamenta-se no diagnóstico, estadiamento e prognóstico da doença. A partir do diagnóstico, o tratamento é indicado, tendo como parâmetro a avaliação da localização, tamanho e tipo histológico do tumor, a idade e as condições gerais de saúde da mulher (FRIGATO; HOGA, 2003). O prognóstico piora com o avanço da doença (OTTO, 2002).

Quando a doença se encontra em estadiamento inicial, o tratamento é cirúrgico (estádios IA2, IB1 e casos selecionados no estágio IIA), possibilitando a remoção completa do tumor e propiciando maiores chances de cura. A indicação da associação da radioterapia e/ou quimioterapia ao tratamento é decidida com base no estadiamento da doença e nas características tumorais. Quando o tumor é restrito ao colo, os resultados da cirurgia radical e radioterapia são equivalentes (FRIGATO; HOGA, 2003).

Nos casos avançados, em que o tumor já atingiu estruturas adjacentes ao útero (estádios IIB, III e IVA), o tratamento de eleição é a radioterapia associada à braquiterapia. A quimioterapia no câncer do colo do útero é indicada concomitante à radioterapia, como radiosensibilizante, o que permite aumentar o controle local e a sobrevida livre de doença. É realizada também na ocorrência de recidiva, quando não há a possibilidade da cirurgia e/ou da radioterapia (FRIGATO; HOGA, 2003).

Thuler e Mendonça (2005) realizaram um estudo dividido em duas etapas, para avaliar os dados sobre o estadiamento clínico deste tipo de câncer, no momento do diagnóstico, em mulheres atendidas nos hospitais brasileiros que prestam serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na primeira etapa, utilizaram dados referentes ao período de 1990 e 1994, quando observaram que, de um total de 4203 casos, 4,5% encontravam-se em estágio I, 35,8% em estágio II, 40,7% em estágio III e 18% em estágio IV. Na segunda etapa, os dados eram referentes ao período de 1995 a 2004, observando que 17,7% encontravam-se em estágio I, 33,3% em estágio II, 37,7% em estágio III e 6,1% em estágio IV, de um total de 23082 casos.

Ao confrontar os resultados obtidos nas duas etapas do estudo, observa-se que o valor mediano do percentual de pacientes em estágio avançado vem sofrendo queda progressiva. Pode-se atribuir essa queda, em parte, ao diagnóstico mais precoce, consequência da ampliação do acesso ao exame preventivo ocorrida nos últimos anos. Porém, as ações de controle do câncer do colo do útero não estão sendo capazes de interferir no padrão de mortalidade pela doença, indicando que a cobertura ainda é baixa.

Apesar do grande avanço técnico ocorrido durante os últimos 40 anos, não houve mudanças significativas em relação à sobrevida em cinco anos, quando analisado cada estágio, em separado. A sobrevida de cinco anos para pacientes diagnosticadas com carcinoma *in situ* se aproxima de 100%; com doença localizada, 88%; com doença regional, 52%; e com metástases à distância, 14% (OTTO, 2002).

Esses dados demonstram que ações de prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença precisam ser intensificados.

Nesse sentido, é importante esclarecer que existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é feita por meio da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do câncer do colo do útero são sangramento vaginal, como as menorragias, metrorragias, sangramento pós-coito ou pós-menopausa. Em estádios mais avançados ocorre anemia, perda de apetite e peso, dor abdominal, tenesmo vesical e retal, saída de urina e fezes pela vagina e perdas vaginais com odor fétido (OLIVEIRA; BARACAT, 2002).

A identificação dos estádios iniciais das doenças crônicas pode reduzir taxas de morbidade e mortalidade, e isso pode ser feito por meio de três níveis de programas de prevenção: a primária previne a ocorrência da enfermidade; a secundária consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento e a terciária previne deformidades, recidivas e morte (TUCUNDUVA et al., 2004).

No caso do câncer, a prevenção primária consiste na limitação da exposição a agentes causais ou fatores de risco (relacionados a 80% dos tumores). A prevenção secundária requer procedimentos junto à população que permitam o diagnóstico precoce ou detecção das lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar à cura ou, ao menos, à melhora da sobrevida dos indivíduos. A prevenção terciária é a etapa seguinte à descoberta do câncer, em que a intenção é a de prevenir recidivas e outras complicações. Com os conhecimentos atuais, sabe-se que a prevenção primária, somada à secundária, pode reduzir em $\frac{2}{3}$ o número de casos de câncer. A prevenção efetiva reduz a mortalidade por câncer em geral, e é capaz de diminuir tanto a incidência como a mortalidade relacionadas ao câncer do colo do útero (TUCUNDUVA et al., 2004).

A principal estratégia a ser utilizada como método de prevenção dessa doença é a adoção do sexo seguro, por meio do estímulo ao uso de preservativo, e educação da

população quanto ao modo de transmissão, enfatizando os métodos preventivos, bem como os comportamentos de risco (TUCUNDUVA et al., 2004).

Métodos alternativos de rastreamento do câncer do colo do útero têm sido desenvolvidos e incluem inspeção visual com ácido acético (VIA) e testes de DNA para HPV (SANKARANARAYANAN et al., 2005). Diversos países da América Latina vêm utilizando essas técnicas alternativas (LUCIANI; ANDRUS, 2008), no entanto, em nosso país, a abordagem mais efetiva para o controle deste câncer continua sendo a detecção precoce por rastreamento, pelo teste de Papanicolaou.

Um marco histórico no conhecimento da detecção precoce do câncer do colo do útero foi o estudo de Papanicolaou e Traut (1941) sobre o valor diagnóstico do esfregaço cervicovaginal. O exame foi descrito como a colheita do material ectocervical com espátula de Ayre e confecção do esfregaço em única lâmina de vidro.

Gradativamente, o método foi adquirindo adeptos, assimilado em serviços de ginecologia e, atualmente, representa importante forma de controle desse tipo de neoplasia. A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer (MENDES; SILVEIRA; PAREDES, 2004).

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento deste câncer em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidências de câncer cervical invasor, que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS) e é realizado dentro dos padrões de qualidade (INCA, 2002).

Ainda não existem dados precisos quanto à sensibilidade e especificidade do teste de Papanicolaou. Estima-se que a sensibilidade esteja em torno de 60% e que a especificidade varie entre 90-99%. A sensibilidade aumenta, à medida que a fase pré-clínica se aproxima da fase clínica. A taxa de falsos positivos pode chegar a 45%, por erros laboratoriais ou falha na coleta do material. Os falsos positivos não preocupam tanto, pois os procedimentos para esclarecimento dos casos (repetição do teste e colposcopia) são de baixo custo e complexidade (INCA, 2002), porém devemos considerar o desgaste emocional da paciente diante da suspeita do diagnóstico de um câncer, até que seja esclarecido o resultado do exame.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão técnico e coordenador das ações nacionais de prevenção e controle do câncer do Ministério da Saúde (MS), recomenda que o exame colpocitopatológico seja realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual, mesmo antes desta faixa de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos, seguindo a norma da OMS (INCA, 2002, 2009).

A periodicidade de realização do exame, estabelecida pelo MS está de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais (National Cancer Institute, Canadian Task Force, American Cancer Society, U.S. Task Force), e tal recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (INCA, 2002).

Ações governamentais mostram-se como importantes estratégias a serem implantadas e implementadas, no sentido de captar mulheres para a realização do preventivo, assim como para o seu retorno para saber o resultado e para um seguimento adequado, principalmente daquelas que apresentam alterações no exame.

Nesse sentido, a história nos mostra que, em 1995, o governo brasileiro participou da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, e assumiu o compromisso de desenvolver um programa de âmbito nacional de controle do câncer do colo do útero no país. Sendo assim, o INCA reconheceu a necessidade de propor um programa de âmbito nacional, visando o controle dessa doença no Brasil e elaborou um estudo piloto que, mais tarde subsidiaria o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU). A este estudo piloto deu-se o nome de Programa Viva Mulher, implantado no ano de 1997 em apenas seis localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo Estado de Sergipe).

Esse programa teve como população-alvo, mulheres pertencentes à faixa etária de 35 a 49 anos. Em 1998, as ações do “Viva Mulher” foram estendidas a todos os municípios brasileiros por meio de uma campanha nacional. Desde a implantação do Programa Viva Mulher tem-se observado crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos no país. Antes de 1998 o número de exames realizados não ultrapassava sete milhões por ano. No período de 2003 a 2004 foram realizados, de rotina, em média, 10,4 milhões de exames por ano (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Com base na experiência do projeto piloto Viva Mulher, foi realizada em 1998 a expansão nacional, com inclusão de todos os Estados, denominada Fase de Intensificação. Nesse período foram utilizadas estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres para controle, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 2002a).

Esse sistema foi denominado de Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e, em outubro de 1999, foi implantado em todo Brasil, com a finalidade de identificar e acompanhar mulheres com lesão precursora e câncer do colo do útero, por meio de um banco de dados gerado a partir do preenchimento correto dos dados nos formulários para requisição do exame citopatológico. É um importante instrumento de avaliação do PNCCCU, auxiliando o profissional de saúde e gestor a avaliar e planejar as ações, pois permite acompanhar o desempenho das ações de controle do câncer do colo do útero, qual avaliação da prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas, qual a qualidade da coleta desses exames, qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas, fornecer indiretamente dados para avaliar a captação, mulheres novas, e cobertura (BRASIL, 2006a).

O PNCCCU foi estruturado com a meta de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais acarretadas por esse câncer, pela ampliação da oferta de serviços para prevenção e detecção em estádios iniciais, além de disponibilizar tratamento e reabilitação. O Programa elegeu como método rastreador o exame de Papanicolaou (colpocitologia oncológica) e elegeu a cirurgia de alta frequência (CAF) como método de tratamento das lesões intraepiteliais de alto grau, priorizando as mulheres com idades entre 35 e 49 anos e as que nunca haviam realizado o exame preventivo (BRASIL, 2002a).

A partir de 1999, foi iniciada a Fase de Consolidação das Ações do Programa na rotina dos serviços baseada na análise e reestruturação das estratégias utilizadas nas duas fases anteriores, com a inclusão das ações de controle do câncer de mama no Programa. Em 2002, nos meses de março e abril, foi realizada a Segunda Fase de Intensificação do Programa, sendo desenvolvida uma campanha na mídia nacional para mobilização das mulheres alvo (BRASIL, 2002a).

Atualmente, as políticas públicas de saúde da mulher têm sido tomadas como prioridade governamental, e foi formulado um documento com princípios e diretrizes para subsidiar as ações na atenção à saúde da mulher no período de 2004-2007. E assim, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes* tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, com ênfase nas questões de gênero, buscando consolidar avanços no que se refere às políticas de saúde da mulher, incluindo ações para a diminuição da mortalidade por câncer do colo do útero (MEDEIROS; GUARESCHI, 2008).

Apesar de todos os esforços para melhorar a atenção à saúde da mulher, incluída aí a prevenção e controle do câncer do colo do útero, ainda temos muitos obstáculos a vencer. Dados estatísticos de pesquisas realizadas mostram essa realidade.

Em 1994, por solicitação do INCA, o Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa (IBOPE) realizou um inquérito com uma amostra referente às grandes regiões do Brasil, na qual constatou que 36% das mulheres entrevistadas nunca haviam feito o exame de Papanicolaou. Em 1998, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo conduziu uma pesquisa com 2021 mulheres de 15 a 49 anos. Foram entrevistadas mulheres residentes na região metropolitana e no interior do Estado. Observou-se que 53,1% tinham sido submetidas ao exame de Papanicolaou alguma vez na vida, enquanto 88,8% tinham-no realizado nos três anos anteriores à pesquisa. Outra pesquisa realizada pelo IBOPE, em 2002, envolvendo a população feminina de 20 a 69 anos, residente no Estado de São Paulo, com uma amostra de 2300 mulheres, mostrou que 89% realizaram pelo menos um exame de Papanicolaou na vida (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

No início deste ano, o INCA divulgou um boletim informativo da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (31/03/2010), e pode-se observar que houve mudanças significativas, entre os anos de 2003 e 2008, em relação ao número de mulheres que realizaram o exame preventivo. Enquanto a população feminina de 25 anos ou mais, aumentou em 15,6%, o conjunto de mulheres nessa faixa etária, que se submeteu ao exame de Papanicolaou, cresceu 25% (INCA, 2010).

O mesmo boletim informa que, em 2008, 49 milhões de mulheres com 25 anos ou mais, representando 84% da população feminina, já haviam realizado o exame preventivo do câncer do colo do útero. Em relação ao nível socioeconômico, foi

identificado que 95,4% das mulheres com rendimento superior a cinco salários mínimos já haviam feito o Papanicolaou, contra 77% daquelas residentes nos domicílios com rendimento inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (INCA, 2010).

Greenwood, Machado e Sampaio (2006) verificaram, no entanto, que muitas mulheres realizam o teste de Papanicolaou, mas não retornam ao serviço de saúde para buscar o resultado, tendo como causa aspectos relacionados à mulher, ao profissional e ao serviço. Quanto à mulher, destacaram-se a situação de trabalho, a falta de transporte, viagens e mero esquecimento. Quanto ao profissional, o principal foi a falta de interação profissional-paciente. Em relação ao serviço, greves, atraso na liberação do resultado do exame, falha de comunicação entre a clientela e o serviço e dificuldade para conseguir um novo atendimento quando a mulher não compareceu na data agendada.

Outro estudo, realizado por Oliveira et al. (2006), revela que muitas mulheres realizam o exame de Papanicolaou a intervalos curtos, o que pouco contribui para a prevenção do câncer do colo do útero. Isto deve ser evitado, pois aumenta pouco a proteção das mulheres, eleva o custo do Programa e contribui para dificultar o acesso ao mesmo dos grupos mais vulneráveis.

Já Amorim et al. (2006) pesquisaram os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou em mulheres do Estado de São Paulo e, observaram que, entre os motivos para a não realização do exame, foi referido com maior frequência o fato de a mulher achar que não é necessário realizá-lo (43,5%), seguido pelo motivo de considerá-lo um “exame embaraçoso” (28,1%). O não conhecimento do exame foi referido por 5,7% das mulheres, e a dificuldade em marcar o exame por 13,7%. Das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou, 43,2% relataram tê-lo realizado em serviços do SUS.

Davim et al. (2005) observaram em estudo no município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, que os principais motivos de as mulheres não realizarem o exame de Papanicolaou foram vergonha e medo (42%), medo do resultado (37,5%), dificuldade para marcar a consulta (33,3%) e o não conhecimento de sua importância (29,2%). As mulheres eram oriundas da periferia da cidade, de classe socioeconômica carente e dependente do SUS.

Esses estudos mostram semelhança entre os motivos citados pelas mulheres para não realização do exame de Papanicolaou, ficando evidente a necessidade de maior esclarecimento à população sobre a importância e necessidade da realização

do exame, assim como de sua desmistificação. Outro fator a ser levado em consideração é a organização dos serviços de saúde para um atendimento mais adequado e eficiente, no sentido de facilitar o acesso e de aproximar a população alvo. Isso tudo se justifica uma vez que a implicação da não realização do exame preventivo é um diagnóstico tardio da doença, levando a tratamentos invasivos e prolongados.

Mais uma vez vale citar estudo de Martins, Thuler e Valente (2005), que reforçam a afirmação de que apesar dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, ou seja, aumentar o número de mulheres examinadas com qualidade e com o menor custo possível, a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil revela que as medidas que vem sendo adotadas não conduziram aos resultados esperados. Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do MS, o coeficiente de mortalidade para neoplasia maligna do colo do útero manteve-se entre 4,6 e 4,9 por 100 mil mulheres no período de 2000 até 2006.

Dados recentes sobre a prevenção e controle dessa doença, no país, mostraram como fatores associados ao fracasso dos programas de rastreamento, os baixos níveis de cobertura populacional com exame colpocitológico, assim como as falhas no acompanhamento das mulheres com anormalidades e na adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas (INCA, 2010).

Corroboramos com afirmações do INCA de que para mudar esse quadro seria necessário um seguimento adequado das mulheres, baseado em uma forma apropriada de acolhimento, na boa relação com profissionais da saúde, na organização da rede/serviço de saúde e na articulação entre os serviços, o que poderia proporcionar uma adesão mais adequada (INCA, 2010). Acreditamos, portanto, que seja preciso implementar ações educativas, estimular a motivação individual e estabelecer esforços coletivos para o controle do câncer.

2.1 Vulnerabilidade à doença

Todo esse cenário acima descrito nos mostra que as mulheres estão expostas, vulneráveis à doença, ou seja, ao câncer do colo do útero.

Aday (1993) afirma que nas pesquisas em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde.

Aqui se faz presente essa suscetibilidade quando podemos resumidamente dizer, que apesar de a detecção do câncer do colo do útero poder ser realizada precocemente, por meio de um exame simples, de baixo custo e que é oferecido por toda a rede pública de saúde, esse é ainda um dos tipos mais comuns de câncer entre as mulheres, no mundo todo. Nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, as taxas de incidência e de mortalidade são altas e assustam diante de um tipo de câncer que, se descoberto nos estádios iniciais tem quase 100% de chance de cura. Ações governamentais estão implantadas no sentido de reverter esses números, porém as estatísticas não mostram mudança significativa na mortalidade.

Os sinais e sintomas da doença aparecem tardiamente, o que leva muitas mulheres a somente procurarem o médico quando a doença já está em estágio avançado, diminuindo as chances de um tratamento menos invasivo, e conseqüentemente, de cura. O diagnóstico tardio provoca, além de danos físicos, problemas emocionais e psicossociais, envolvendo a mulher e os que lhe são mais próximos.

Além disso, por diversos motivos, as mulheres deixam de realizar o exame preventivo; outras vezes não o realizam com a frequência e periodicidade devidas. Em outros momentos, o profissional da saúde negligencia o atendimento, nem sempre realizando a coleta do material cervical para ser examinado. Ainda há falhas estruturais no processo da determinação do diagnóstico e no seguimento das mulheres com exames alterados.

Nesse sentido, fatores relacionados à cliente, aos profissionais, aos serviços, entre outros, tornam a mulher suscetível aos problemas e danos de sua saúde, relativos ao câncer cérvico-uterino, exacerbando sua vulnerabilidade à doença, o que nos instiga a buscar compreender em maior profundidade como tais problemas vem se inserindo no cotidiano da mulher portadora dessa patologia.

Este tipo de câncer, no Brasil, é um problema de saúde pública, não só pela alta incidência, mas também pelas taxas de mortalidade que não tem conseguido a redução esperada. Optamos por trabalhar com mulheres com a

doença em estágio avançado, por acreditar que as suas histórias e experiências pudessem nos ajudar a responder as questões: como, porque e em que nível a vulnerabilidade à doença se apresenta a muitas mulheres, e conseqüentemente, contribuir para reverter o quadro que descreve o cenário nacional do câncer do colo do útero.

3 OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo identificar e avaliar a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade significa “caráter ou qualidade de vulnerável”, e vulnerável vem do latim *vulnerabile*: suscetível de ser ferido, ofendido ou tocado. É um termo que faz parte do vocabulário acadêmico, como também da sociedade civil, sendo usado sobre vários pontos de vista e significados (AYRES et al., 2003).

Historiando o termo vulnerabilidade, Ayres et al. (2003) encontraram que ele é originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, e designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Acrescentam que essa expressão é mais fortemente incorporada à área da saúde, como suscetibilidade do indivíduo ou populações ao risco, a partir de 1992, nos Estados Unidos, ligada às questões da Aids.

Para Ayres et al. (1997), a vulnerabilidade é um construto conceitual, que se revela como um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes.

A vulnerabilidade engloba aspectos desde a suscetibilidade orgânica até a forma de estruturação dos programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. O conceito de vulnerabilidade considera, portanto, a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que aumentam a suscetibilidade ao adoecimento e acarretam, ao mesmo tempo, disponibilidade de recursos para se proteger de ambos. Por isso, a vulnerabilidade está articulada em três eixos interligados: o componente biológico/individual, o social e o programático/institucional. Consequentemente, qualquer mudança em um dos eixos levará consequências aos demais (AYRES et al., 2003).

O significado do termo vulnerabilidade refere-se, dessa forma, à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, recolocam-no na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo.

Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo, há relação intrínseca entre os mesmos (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

A vulnerabilidade individual está relacionada “ao comportamento pessoal e refere-se ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos. Refere-se ainda ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras” (AYRES et al., 2003).

Já a vulnerabilidade social relaciona-se à “obtenção de informações, à possibilidade de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas; depende do acesso aos meios de comunicação, escolarização, assim como a disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas” (AYRES et al., 2003).

Assim, as condições culturais, econômicas e políticas precisam ser consideradas, quando se deseja compreender as razões pelas quais as pessoas pensam, fazem e querem coisas que as expõem a um agravo de longa duração ou a eventos não condizentes com a qualidade de vida (PAZ; SANTOS e EIDT, 2006).

A vulnerabilidade programática está relacionada com os elementos de organização dos serviços; refere-se aos recursos sociais de que as pessoas necessitam para não se exporem aos agravos e se protegerem de seus danos. Do plano programático fazem parte o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde, assim como os programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle. (AYRES et al., 2003).

Neste estudo, para responder as questões sobre: como, porque e em que nível a vulnerabilidade à doença se apresentou às mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero, utilizamos o modelo de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2003), que desconsideram a responsabilização única do indivíduo pela falha na prevenção às doenças, transportando-a para o âmbito coletivo.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de análise qualitativa.

Caracteriza-se como transversal porque mostra como as variáveis estão relacionadas, naquele momento (PEREIRA, 1995). Já a natureza exploratória de uma pesquisa permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, encontrando elementos necessários que permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados; consiste em um estudo que descreve um fenômeno ou situação e é realizado em determinado espaço e tempo (KÖCHE, 2009).

Entende-se por pesquisa descritiva aquela na qual o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos, sem interferir no objeto investigado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; BARROS; LEHFELD, 2004).

A pesquisa descritiva engloba dois subtipos: Documental e/ou Bibliográfica e de Campo. Este estudo envolve a pesquisa de campo, que para Barros e Lehfeld (2004) caracteriza-se pelo contato direto com o fenômeno de estudo, onde o investigador assume o papel de observador e explorador, coletando diretamente os dados no local (campo) em que se deram ou surgiram os fenômenos. Na pesquisa de campo, o investigador pode utilizar técnicas como a observação, participante ou não participante, entrevistas e questionários, como forma de buscar informações sobre o objeto de estudo.

Este é um estudo de campo, que utilizou entrevistas para buscar informações, entre mulheres com câncer cérvico-uterino, em estágio avançado, sobre sua percepção sobre a vulnerabilidade à doença.

A abordagem de análise é qualitativa, pois enfatiza o mundo dos significados das ações e relações humanas, um aspecto não perceptível ou captável quantitativamente (MINAYO, 2006). Desta forma, a utilização da metodologia de pesquisa qualitativa pode responder a questões específicas, em um contexto de realidade que não pode ser quantificado.

Minayo (2006) aponta que ao se centrar no universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, e neste estudo, referente às questões vivenciadas pelas mulheres com câncer do colo do útero em estágio avançado, a abordagem qualitativa corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

5.2 Cenário do estudo

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Oncologia Ginecológica e no Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP).

O Ambulatório de Oncologia Ginecológica, vinculado ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, presta atendimento a mulheres com diagnósticos de cânceres ginecológicos, às quintas-feiras, no período da manhã. A equipe de saúde é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. As pacientes são atendidas neste local, após a Divisão Regional de Saúde agendar a consulta de triagem, mediante encaminhamento de Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto e de municípios de diversos estados brasileiros.

Já o Serviço de Radioterapia funciona em ala exclusiva, nas dependências ambulatoriais do hospital. É equipado com dois aparelhos de radioterapia externa, sendo um acelerador linear e um de cobaltoterapia; conta também com um de braquiterapia de alta taxa de dose. Este aparelho de braquiterapia, que promove o tratamento localizado dos tumores ginecológicos e de próstata, de esôfago e de cabeça e pescoço, é o único da região de Ribeirão Preto. No serviço também funciona uma oficina de moldes para a confecção de máscaras protetoras para a realização do tratamento.

O Serviço de Radioterapia do HCFMRP tem capacidade de atendimento mensal de aproximadamente 90 pacientes. Uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, físicos e técnicos, trabalha no atendimento diário para tratamentos dos pacientes de todas as idades, com diagnóstico de câncer, encaminhados pelas especialidades clínicas diversas. É referência para o

Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, que abrange 25 municípios, num total de 1,6 milhões de habitantes. Porém, recebe pacientes de todo interior do estado de São Paulo, em especial das DRS de Franca, Araraquara, São João da Boa Vista, além de outros estados.

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram 12 mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero, em estádios IIB, III e IV, que encontravam-se em tratamento nos referidos locais (Ambulatório de Oncologia Ginecológica e Ambulatório de radioterapia/braquiterapia), que aceitaram participar das entrevistas da pesquisa e estavam em condições clínicas que lhes permitiam falar das suas experiências, visando o diagnóstico e o tratamento. Por se tratar de pesquisa qualitativa, o número de participantes foi definido a partir do momento em que houve saturação de dados, ou seja, à medida que foram surgindo unidades de significação e repetição dos conteúdos, completou-se a coleta.

5.4 Coleta dos dados

A coleta se deu no período de 08/04/2009 a 28/05/2009. Foram consultados os prontuários das mulheres que aguardavam atendimento nos Ambulatórios de Radioterapia/Braquiterapia (conforme agendamento) e Oncologia Ginecológica (às quintas-feiras, no período da manhã), no HCFMRP/USP, para verificar o diagnóstico e estadiamento da doença, identificando aquelas que se adequavam aos critérios de inclusão para a pesquisa.

A partir da identificação das mulheres, a pesquisadora fazia a abordagem das mesmas, antes ou após o atendimento, e as acomodava em uma sala de orientações, onde tinham mais privacidade e não eram interrompidas durante a entrevista. Era feito o convite para participar da pesquisa, considerando os aspectos éticos, e após o aceite em participar, era aplicado pela pesquisadora, um

questionário semi-estruturado, para a caracterização dos sujeitos (Apêndice A), seguido da entrevista, com questões abertas, relacionadas à vivência da mulher, sobre o diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero (Apêndice B).

As entrevistas duraram, em média, 30 minutos. Foram gravadas, desde a aplicação do questionário semi-estruturado, para não ocorrer perdas das informações, presentes nas falas dos sujeitos.

5.5 Aspectos éticos

Em atendimento ao preconizado pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), no ato da entrevista, todas as mulheres, sujeitos do estudo, assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), onde pontuava-se a natureza da pesquisa e seus objetivos, além de garantir sigilo de sua identificação, direito de interromper ou sair da pesquisa e de ficarem cientes dos resultados finais. O projeto foi aprovado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP/USP (Anexo A) e, posteriormente, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado na 280ª reunião ordinária, em 16/02/2009, sob protocolo nº921/2009 (Anexo B).

5.6 Processo de análise dos dados

A análise dos dados foi feita segundo os pressupostos da análise de conteúdo conforme, proposta por Bardin (2006). Segundo esta autora, o método pode ser definido como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2006, p. 37).

A autora explica que a análise de conteúdo preocupa-se em desvelar o que está por trás das mensagens sobre as quais se debruça, buscando atingir realidades mais profundas que os seus conteúdos manifestos.

Nesse sentido, Minayo (2006) esclarece que a análise de conteúdo possibilita o aprofundamento nos conteúdos tomados a partir de uma leitura de primeiro plano, na medida em que relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) destes conteúdos. Busca, assim, associar os conteúdos manifestos das mensagens aos fatores que determinam sua gênese: variáveis psicossociais, contexto natural e processo de produção da mensagem.

Entre as várias técnicas para análise de conteúdo, encontram-se a análise de expressão, análise de relações, análise de enunciação e análise temática. Esta última foi utilizada no presente estudo, e consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Além disso, é adequada à investigação qualitativa do material sobre saúde (MINAYO, 2006, p. 316).

Segundo Bardin (2006, p. 99), tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve como guia à leitura”.

O método compõe-se das fases de pré-análise (leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, fazendo relação com o objeto e objetivos), exploração dos dados e tratamento e interpretação dos resultados.

Na pré-análise deste estudo, realizamos a constituição do Corpus (MINAYO, 2006), que se refere à organização do material, verificando se o conteúdo atingiu todos os aspectos propostos no roteiro, se continha a representação do universo do estudo, se obedeceu aos critérios de escolha e amostra e se os documentos analisados foram pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Dessa forma, foram analisadas as entrevistas, procurando encontrar nas falas das participantes, aspectos que mostrassem como, porque e em que nível elas se reconheciam vulneráveis ao câncer do colo do útero.

A partir daí, foram definidas as unidades de registro, que são partes do texto, para separação dos conteúdos. Em seguida, as unidades de registro foram marcadas no texto com cores de fontes diferentes. O mesmo sistema foi utilizado para nomear os temas em associação com as unidades de registro. Estes temas

foram quantificados e agrupados para definição e nomeação das duas categorias: Percebendo-se vulnerável e Enfrentando a doença e o tratamento.

Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, sua interpretação e discussão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Perfil das participantes do estudo

A análise dos dados referentes ao perfil das entrevistadas evidenciou que a idade variou de 39 a 75 anos, com predominância daquelas com 41 a 60 anos (oito mulheres). A maioria tem como grau de instrução, o ensino fundamental incompleto (sete), e é casada (seis).

Quando investigado o estágio da doença (câncer do colo do útero), constatamos sete mulheres em estágio IIB; três em estágio IIIB e duas em estágio IVA.

O Quadro 1 mostra esses resultados mais detalhadamente.

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Estádio da doença
01	45 anos	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de embalagem	Amasiada	IIB
02	43 anos	Ensino fundamental completo	Do lar	Amasiada	IVA
03	44 anos	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de limpeza	Casada	IIB
04	58 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Casada	IIB
05	40 anos	Ensino fundamental incompleto	Cuidadora	Casada	IIB
06	66 anos	sabe assinar	Do lar	Desquitada	IIB
07	61 anos	Ensino fundamental incompleto	Do lar	Casada	IVA
08	48 anos	Analfabeta	Do lar	Amasiada	IIB
09	75 anos	Ensino fundamental incompleto	Doméstica	Viúva	IIB
10	58 anos	Ensino fundamental incompleto	Lavadora	Casada	IIIB
11	52 anos	Ensino fundamental completo	Cozinheira	Casada	IIIB
12	39 anos	Ensino médio incompleto	Aposentada	Viúva	IIIB

Quadro 1 – Perfil das entrevistadas.

Verificamos também que a maioria das participantes teve o início da atividade sexual na faixa etária de 16 a 25 anos (nove mulheres), e em relação ao número de gestações, a maioria relatou ter ficado grávida de uma a cinco vezes (nove).

6.2 Categorização dos dados

Após a definição do perfil dos sujeitos do estudo, foi realizada a categorização dos dados, conforme sugere Minayo (2006). A partir das unidades de registro, ou seja, frases retiradas das entrevistas e que convergiam para o tema em questão: “a percepção da vulnerabilidade ao câncer do colo do útero, pelas mulheres acometidas pela doença”, foram identificadas duas categorias.

A primeira categoria, “Percebendo-se vulnerável”, refere-se ao processo da descoberta da doença, desde a percepção dos primeiros sintomas até o tratamento, abordando também a percepção das causas de um diagnóstico tardio. Já a categoria “Enfrentando a doença e o tratamento”, traduz as formas que essas mulheres encontraram para conviver com o câncer e com o tratamento, e para superar as dificuldades provocadas por eles.

6.2.1 Percebendo-se Vulnerável

Esta categoria, sobre vulnerabilidade, é composta por duas subcategorias, que se apresentam: 1) Na descoberta da doença e 2) Na realização do tratamento.

6.2.1.1 Na descoberta da doença

Durante as entrevistas, as mulheres revelaram que procuravam o serviço de saúde somente quando apresentavam algum sinal ou sintoma. O sinal referido pela maioria era o sangramento vaginal, que incomodava por ser de grande intensidade

e, muitas vezes, atrapalhava ou até mesmo impossibilitava a relação sexual. Elas sentiam que o que estava acontecendo com elas não estava dentro dos padrões normais, que sua saúde estava sendo ameaçada. Podemos dizer que esta foi, portanto, a primeira vez em que perceberam-se vulneráveis, mesmo sem saber exatamente o que estava acontecendo com elas e qual seria o desfecho a partir de então.

É importante ainda citar que em nenhum momento elas se perceberam vulneráveis em relação à prática de sexo inseguro, com a exposição à transmissão do HPV, principal fator de risco para a doença.

Começou com um pequeno sangramento, na hora de ter relação sexual, aí eu vi que não estava normal. Ficou uns três meses, quando tinha relação sangrava, aí foi aumentando, aumentando, aumentando. Aí eu resolvi procurar o médico. (E1)

Começou com hemorragia, por isso que eu procurei o médico. Sangrando muito, era muito. O sangramento era muito, eu vi que não era normal, aí eu fui, o ginecologista marcou o Papanicolaou. E no exame detectou, encontrou o tumor no colo. (E5)

(...) as hemorragias que eu tive diariamente, quase precisei tomar sangue. Fiquei até internada sete dias. Perdendo só sangue, sangue, sangue. (E8)

Outras vezes, as mulheres consideravam o sangramento vaginal como um descontrole do volume menstrual, normal pela idade em que se encontravam, próxima dos 50 anos e da menopausa, quando os ciclos menstruais costumam apresentar irregularidades.

Só se davam conta de que algo errado poderia estar acontecendo, quando esse sangramento reaparecia, aumentava em quantidade, demorava a cessar, ou quando apresentavam outro sinal ou sintoma associado, como a dor.

Me deu uma hemorragia. Eu pensei que fosse normal, que já estava pra parar também, quase 50 anos. Aí eu deixei, depois aquilo passou, ficou uma semana. Depois tornou a voltar, aí eu comecei a sentir dor, começou doer. Aí eu fui no médico lá e ele me passou pra cá pra tratar. (E9)

Outras mulheres, além do sangramento vaginal em excesso, sem controle, referiram já apresentar sintomas mais severos, como as lesões de bexiga, que são características do câncer do colo, em estádios bastante avançados.

Tive sangramento e depois a lesão na bexiga, que a urina descia direto. (...)
Quando tive sangramento, procurei o médico (...) (E7)

Como nas etapas iniciais do câncer cervical não há sintomas, isso pode fazer com que a pessoa não suspeite da doença e retarde a procura ao médico.

Brenna et al. (2001) observaram, no entanto, que não só as mulheres com câncer invasivo, mas também aquelas com neoplasia intra-epitelial cervical, somente procuravam atendimento médico quando tinham alguma queixa. Corroborando essas observações, Thum et al. (2008) acrescentam que mulheres só buscam a prevenção do câncer do colo uterino em momentos críticos, quando o corpo manifesta que algo está errado.

Também nesse sentido, o estudo de Pinho et al. (2003), com 1050 mulheres, aponta diferentes motivos que as levam a buscarem a realização do exame de Papanicolaou. Assim, 24,9% delas o realizavam por indicação de profissional e 18,2% relataram a presença de queixas ginecológicas ou obstétricas como principal motivo para a realização do último exame.

Os relatos das entrevistadas para este estudo deixam evidente que elas também somente procuraram o serviço médico quando apresentaram um sinal ou sintoma que as prejudicava em algum aspecto, ou seja, o sangramento, a dor, as complicações da doença.

Nesse sentido, o INCA (2008) orienta ações de prevenção e preconiza que a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo deve ser priorizada e organizada, de modo a garantir, não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento delas, em todo o processo.

Acreditamos que estas questões em torno da prevenção do câncer do colo do útero precisam ser levadas em conta pelos profissionais que integram a equipe de saúde, e que eles estejam atentos às orientações do MS, que indica um acompanhamento e avaliação regulares, para monitoramento de mulheres que tenham risco de desenvolver o câncer do colo.

Entendemos que esse monitoramento, assim como as práticas educativas são de alta relevância. Muitas mulheres, por seus valores ou por questões culturais, não reconhecem ou tem resistência às medidas de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero.

Elas tem medo de o exame provocar dor, ou de seu resultado ser positivo, e por isso, algumas delas até o realizam, mas não voltam para saber o resultado. Outras tem vergonha de realizar o exame preventivo, ou até mesmo desconhecem o teste de Papanicolaou e onde realizá-lo. Há casos em que os parceiros não permitem que as mulheres realizem o exame. Esse último exemplo nos leva a crer que as ações educativas devem incluir também os familiares.

Depreendemos dessas informações que, apesar de uma evolução em relação à importância da promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivada pelo MS, disseminada por profissionais e serviços de saúde, as pessoas, por diversos motivos, ainda retardam a procura por atendimento médico, aumentando a vulnerabilidade às doenças, seja ela relacionada aos seus componentes individuais, sociais ou programáticos.

Com base nas colocações de Ayres et al. (2003), referindo-se aos componentes individual e social da vulnerabilidade, essas falas podem revelar o grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema de saúde por que passam, nesse caso, o câncer do colo do útero. As mulheres podem estar retardando a procura pelo serviço médico por não terem obtido adequadamente informações sobre a importância da realização de exames preventivos, ou ainda, se as receberam, tiveram dificuldade para elaborá-las e incorporá-las no seu cotidiano de preocupações.

Estudo de Thum et al. (2008) mostrou que há uma descontinuidade das ações desempenhadas na assistência à saúde da mulher, como educação em saúde, que se mostrou deficiente, visto que as mulheres pesquisadas por eles não tinham conhecimentos concretos acerca da prevenção do câncer do colo uterino.

Diante dessas observações, fica ainda mais clara a necessidade das ações educativas para a realização periódica do preventivo (e sua adequação), uma vez que, segundo o INCA (2009), essa ainda continua sendo a melhor forma de controle do câncer do colo do útero.

Nessa direção, questionamos as participantes desta pesquisa sobre a realização periódica do Papanicolaou, antes da descoberta da doença, ao que a maioria respondeu negativamente, conforme observamos nos trechos a seguir:

Não, nunca tinha feito. Eu estava trabalhando. Trabalhava na roça. Eu não tinha dor, não tinha nada. Vinha os “normal” (menstruação) certo? Depois de uns dias falhou, aí eu fui na médica (...) Porque eu não gostava. Tinha medo de ir ao médico. (E4)

Nunca na minha vida.(...) De primeiro, a gente tinha vergonha, (...) Nossa senhora, era uma morte pra mim. Nunca fui. É a pior viagem, a gente tem que ir. (E6)

Eu nunca tinha feito.(...) Porque o brasileiro sempre é folgado. Sempre deixa pra depois. E depois sofre as conseqüências. (E7)

Primeira vez. Nunca. Por relaxo (risos). Verdade. Nunca fui, primeira vez. (E8)

Não. A gente ficava trabalhando e não dava nem tempo da gente ir, de saber. (...) Sabe, a patroa não deixa, não gosta que sai. A gente precisava aguentar (...) Fui deixando. (...) Nesse tempo eu trabalhava na roça, depois trabalhei muito em república também, tinha que ir todo dia e aí cozinha, lava, passa, tudo pela gente, não é fácil não. E não tinha tempo. Trabalhei 25 anos em república, a gente sentia mal, mas eu falava, vou no médico, vou pedir pros moços, tinha que dar comida todo dia, porque eles não podiam perder as aulas. E fui deixando, e os anos passando, passando, e a gente sofrendo. (E9)

As falas revelam que algumas das participantes deste estudo nunca haviam realizado um exame de Papanicolaou, e por motivos diversos, entre eles a vergonha. Provavelmente isso aconteça pelo fato de elas terem de se expor, pela sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo que a coleta da colpocitologia pode ocasionar. A exposição das partes íntimas e a posição ginecológica, exigidas para a realização do exame, o toque ginecológico, a introdução do espécuro, da espátula e da escova para coleta via vaginal estão entre os fatores que podem esquivar a mulher da coleta.

A esse respeito, Davim et al. (2005) identificaram em seu estudo com 120 mulheres, que os principais motivos de elas se recusarem a realizar o exame de Papanicolau foram: 42% vergonha e medo, 37,5% medo do resultado, 33,3% dificuldade na marcação da consulta e 29,2% não sabem de sua importância.

Dados semelhantes foram observados por Fernandes et al. (2009) em seu estudo com 267 mulheres, das quais 85,0% das entrevistadas afirmaram ter realizado o procedimento alguma vez ao longo da vida e 15,0% nunca o fizeram, por diversos motivos, dentre eles: descuido (22,1%), não solicitação do médico (7,4%), sentir vergonha (6,3%), exame incomoda (3,2%) e falta de tempo (2,1%).

As mulheres do presente estudo também citaram a falta de tempo como motivo para a não realização do exame, gerada principalmente pelo trabalho fora de casa.

Nesse sentido, o sociólogo José Pastore, pesquisador da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE da Universidade de São Paulo, comenta que “as mulheres dos anos 2000” passarão por intensas mudanças em suas vidas, e acrescenta que isso é reflexo de outras mudanças que já ocorreram. A exemplo disso, elas já estudam mais, conseguem competir melhor no mercado de trabalho, porém enfrentam várias barreiras, muitas das quais são invisíveis (PASTORE, 2000).

A entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho trouxe a elas novos problemas. A sua jornada de trabalho tornou-se muito extensa, pois poucos de seus companheiros dividem com elas os serviços domésticos, e então, à jornada do trabalho exercido fora de casa somam-se as horas dedicadas aos serviços no lar. Conforme comenta Pastore (2000), essa jornada pode chegar a 75 horas semanais. Acrescenta que as “mulheres-trabalhadoras” enfrentam ainda um ambiente cultural contraditório, em que predomina a noção de que o trabalho fora de casa conspira contra a vida familiar, criando vários conflitos morais e um grande sentimento de culpa, quando elas não conseguem a sonhada perfeição nos dois papéis.

Dessa forma, muitas vezes, os cuidados com a saúde ficam em segundo plano. Elas tem a preocupação em não faltar ao serviço para não receber punições do empregador, e às vezes, preocupam-se mais com os problemas deste último que os delas próprias, inclusive aqueles que dizem respeito à sua saúde.

Porém, as mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero, em particular as que participaram desta pesquisa, não podem ser consideradas como as principais culpadas por terem descoberto a doença em estágio avançado. Wisner (1998) comenta que muitos fatores estão envolvidos nesse processo.

Isso fica ainda mais evidente neste estudo, uma vez que o enfoque é na vulnerabilidade das mulheres ao câncer do colo do útero, em uma abordagem que não restringe na responsabilidade do indivíduo, e que para sua análise são utilizados eixos de interligação (individual, social e programático). Segundo o referencial adotado neste estudo, proposto por Ayres et al. (2003), não se deve enfatizar excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual, pois a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo.

Assim, quando relacionamos as falas das mulheres aos componentes dos eixos de interligação utilizados para as análises de vulnerabilidade, ou seja, quando recorremos a esses componentes para analisar a forma como as mulheres lidavam com o fato de apresentar uma doença como o câncer do colo do útero, e suas atitudes perante isso, identificamos o componente individual, quando relatam a não realização do Papanicolaou antes de apresentarem a doença, por vergonha, “relaxo”. Demonstram, de certa forma, que a qualidade e o grau de informação sobre o seu problema de saúde, a elaboração dessa informação e sua aplicação prática não estão adequados.

Isso também ocorre quando elas referem que tinham medo de ir ao médico e que não procuravam o serviço de saúde porque não tinham sintomas, ou por falta de tempo. O fato de não procurarem serviço médico pelos motivos citados parece denotar que essas mulheres não tinham conhecimento da importância e necessidade da realização periódica do exame preventivo e do risco de adquirirem uma doença como o câncer do colo do útero, ou ainda por desconhecerem as consequências da doença.

Por outro lado, quando realizavam o exame, não respeitavam a frequência e a periodicidade recomendadas pelo MS. Algumas vezes, não procuravam o médico. Em outras, era o médico que não fazia o exame ou não informava a paciente sobre os procedimentos que estavam sendo realizados (é importante lembrar aqui que algumas mulheres podem não distinguir apropriadamente entre o exame ginecológico e a coleta de material para exame de Papanicolaou).

(...) ele (ginecologista) colheu o Papanicolaou pela primeira vez, que eu nunca tinha colhido (...). nunca tinha feito. Eu fiquei uns três anos sem ir ao ginecologista. Porque eu não sentia nada e através da correria do dia a dia (...). Foi a primeira vez que eu fiz e descobri a doença. (E1)

(...) já fazia tempo que eu não fazia, eu tinha parado, depois que eu tive meu último (filho), eu não fui mais; ele está com quatro aninhos e eu não fui mais. (...) Às vezes completava um ano, eu ia lá e fazia. Às vezes eu ficava de dois anos, estava assim. Mas depois que eu engravidei e aí eu tive ele, eu não fui mais. Porque aí eu só trabalhava. Como não sentia nada, achava que não tinha precisão. E é uma grande bobeira da gente. (...) O último tinha dado normal. Eu não tinha nada. (E3)

Passei uns três anos ou mais sem procurar o ginecologista. Nesse período aí que apareceu. Já tinha feito, fazia certinho. Uma vez por ano. Depois fiquei trabalhando, trabalhando. Como eu não sentia nada, pensava que estava tudo certo. Não tem sintomas. Esse problema do colo do útero, desse câncer, ele não tem sintoma. Esse é o problema. (E5)

Fazia, mas não era sempre. (...) eu fazia de ano, depois eu fiz e nem resultado eu tive. Ainda eu perguntei lá no posto e me disseram que então não tinha dado nada. Ai, eu sentia dor no ânus, e eu consultava lá e o médico me falava que era hemorróida.(...) Tinha sangramento. Às vezes, não era sempre. (...) eu falava pro médico e ele falava que era menopausa. (...) eu deveria fazer o exame. Mas eu não fiz. Ignorância, né? Não vou dizer que é vergonha, porque não é. Eu tinha vergonha. Mas ainda cheguei a ir, três vezes. (...) Mas este último que eu fiz não recebi resultado. Quem sabe eu tinha que ter feito de novo, e eu não fiz. (...) Fiquei dois anos sem ir aí começou esse tormento. (E10)

Não, nunca senti nada.(...) Sabe quando você trabalha e não sente nada. Fazia muito tempo, mais de cinco anos (que havia consultado um ginecologista). Só passava pelo médico ginecologista e fiz uns exames, mas não o de Papanicolaou. Falou que não precisava fazer nada. (...) Eu não fui no médico, eu achava que não estava sentindo nada então não tinha que ir pra médico. E o erro foi meu. Porque se você não está sentindo nada tem que pelo menos passar pelo médico. (E11)

Eu tinha feito um ano antes. Ele tinha me dito que tinha dado uma infecção no exame de Papanicolaou. (...) ele não passou nada. Nada. (...) Achei muito estranho, mas ele não me passou nada. O de 2006 deu tudo normal. E o de 2007 deu uma infecçãozinha e o Dr. ... não passou nada. Em julho de 2008

começou o sangramento. Em 2009 que eu coletei o exame, em 2008 eu não fiz porque eles diziam pra mim que não dava pra fazer “coletagem” nenhuma. Me consultavam e passavam remédio, mas não chegou a fazer um exame assim “vamos fazer um Papanicolaou, vamos fazer um exame”, ou então uma biópsia. Não. Ele só mesmo me pediu os exames quando eu cheguei e falei pra ele “não agüento mais, não suporto, vê o que o senhor faz”, aí que ele coletou. Eu achei estranho, porque se ele coletou e eu estava com hemorragia naquele dia, porque não coletou antes? (E12)

Outros estudos identificaram respostas semelhantes a estas, como o de Brenna et al. (2001), em que foram entrevistadas 138 mulheres, sendo 90 com diagnóstico histológico de NIC de alto grau e 48 mulheres com câncer invasivo do colo uterino. Entre aquelas com câncer invasivo, 63% tinham conhecimento inadequado do exame de Papanicolaou, a maioria (81%) tinha atitude inadequada em relação à necessidade de fazê-lo e 56% praticavam-no de forma inadequada. Neste mesmo estudo, 60% de todas as mulheres relataram que os médicos não as examinavam durante a consulta.

Nas falas apresentadas anteriormente ao último parágrafo identificamos componentes da vulnerabilidade, mostrando a fragilidade da mulher diante das atitudes do profissional da saúde para com a população, nesse caso, relativas à prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, assim como revela algumas deficiências no modelo de assistência, na humanização do atendimento.

As mulheres ficam à deriva de informações sobre os procedimentos que estão ou não estão sendo realizados com elas. Muitas vezes não tem conhecimento de seus direitos; não tem coragem de perguntar ao profissional da saúde que lhes presta atendimento, detalhes sobre a consulta ou sobre os materiais coletados para exames, entre outros.

Isso fica evidente quando elas referem que consultavam o ginecologista, porém este não realizava o Papanicolaou. Em alguns casos, iam buscar o resultado do exame e este não era encontrado.

Outro dado que nos chama atenção em relação à vulnerabilidade das mulheres ao câncer do colo do útero diz respeito ao fato de que aquelas que não realizavam periodicamente o exame preventivo, não o faziam há, no máximo, quatro anos e todas apresentavam a doença em estágio avançado. Sabendo que o câncer

do colo do útero tem uma evolução lenta, e que o tempo entre a lesão inicial e a fase clinicamente diagnosticável é estimado em 10 a 20 anos (BRASIL, 2006b), questionamos como uma mulher com exame de Papanicolaou negativo há quatro anos, pode hoje apresentar um câncer em estágio IIb ou mais avançado ainda.

Acreditamos que a resposta a essa pergunta poderia esclarecer questões importantes e revelar problemas que tem a necessidade de serem sanados, no sentido de oferecer uma assistência de melhor qualidade à mulher, em relação à prevenção e controle do câncer do colo do útero.

Sabemos que para o teste de Papanicolaou ter um resultado confiável, depende-se de dois fatores: os relacionados à coleta e os relacionados aos procedimentos laboratoriais.

Em relação aos fatores ligados à coleta, o MS publicou um manual para profissionais da saúde, onde são preconizados alguns requisitos que devem ser seguidos para se alcançar uma amostra satisfatória e, não menos importante, o profissional que irá realizar o exame deve receber previamente um treinamento adequado (BRASIL, 2002b).

A OMS demonstrou que mulheres com resultados normais ou apenas alterações benignas no exame de Papanicolaou, em dois exames consecutivos (anuais), podem repeti-los em intervalos de três anos, porém se os procedimentos de coleta não forem condizentes com as normas preconizadas, o risco de exposição à doença não será minimizado (BRASIL, 2006b).

Diante do exposto, percebemos a importância de estudar a vulnerabilidade, conforme propõem Ayres et al. (2003), como “a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais”, pois os fatores citados acima não dizem respeito somente à mulher, e sim aos programas de prevenção e ao treinamento adequado dos profissionais, e até mesmo à gerência e monitoramento dos programas.

E mais, além de todas as consequências físicas da doença, as mulheres que apresentam o câncer em estágio avançado enfrentam também problemas emocionais e psicossociais, que podem ter sua origem a partir do diagnóstico do câncer.

O diagnóstico do câncer do colo do útero na vida das mulheres acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade. Elas se deparam com o temor de ter uma doença sem cura, permeada por sofrimentos e estigmas, assim

como a iminência da perda de um órgão que tem um valor simbólico e repleto de representações.

A partir do diagnóstico confirmado, as mulheres se deparam com suas vidas tomando um rumo diferente do que poderia imaginar, já que o câncer pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. Dessa forma, acaba trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social. Vislumbrar o futuro passa a ser muito doloroso, já que os tratamentos propostos implicam em possível mutilação, náuseas, vômitos, alopecia, além de alterações sexuais.

O câncer é considerado uma doença de prever ou controlar, de difícil tratamento, e que gera ansiedade e medo. Até meados do século XIX, era raramente diagnosticada, e pouco se podia fazer para combatê-la, sendo oferecidas aos pacientes, medidas de apoio. A extirpação cirúrgica era o primeiro tratamento visando a sua cura, e mesmo nesses casos, não se obtinha essa cura, restando ao paciente esperar pela morte (MESSIAS, 2005).

A incerteza sobre a duração ou qualidade de vida no futuro requer das mulheres um aprendizado não somente sobre o que o diagnóstico significa, em termos de suas vidas, mas o que elas devem fazer para manter algum controle sobre a doença, principalmente quando sua descoberta acontece em estádios avançados, com escassas possibilidades de cura.

As participantes deste estudo, sentindo-se sem saída, com dificuldades para enfrentar o problema sozinhas, apegaram-se à família e a Deus, em quem confiavam que poderia ajudá-lhes naquele momento.

Nesse sentido, na sequência dos acontecimentos, elas reconheceram a necessidade de aceitar sua nova condição de portadora de câncer do colo do útero, e de promover a reorganização de papéis decorrentes dessa experiência, submetendo-se assim, ao tratamento, pois deseja alcançar a cura. Dessa maneira, querendo “livrar-se da doença”, elas agiram de forma rápida, não perdendo tempo, desejando resolver de forma eficaz aquilo que não podem evitar.

Após a descoberta da doença, a próxima etapa é o tratamento, que muitas vezes é longo, mutilador, causa mal estar, traz custos econômicos, entre outros. A seguir, trazemos, então, uma nova categoria, em que iremos descrever como foi para essas mulheres, realizar o tratamento e a forma como elas construíram seus processos terapêuticos.

6.2.1.2 Na realização do tratamento

Nesta subcategoria, fica claro que depois de as mulheres descobrirem a doença, diferentemente do início, quando não realizavam a prevenção adequada, apesar de, às vezes saberem e entenderem a importância e necessidade disso, nesta fase realizam o tratamento indicado pelo médico, preocupam-se mais com a recuperação e tem esperança da cura, mesmo estando com a doença em estágio avançado.

O medo de ter uma doença estigmatizante como o câncer, e ainda o câncer do colo do útero, que atinge um órgão tão significativo do corpo feminino, pode ter sido um dos motivos do retardo da busca por um serviço médico a tempo de descobrir a doença em estágios iniciais, quando o tratamento poderia ter sido menos agressivo e as possibilidades de cura, maiores.

Já no momento em que vivenciam o tratamento, elas convivem com uma nova realidade. Talvez não tenham ainda a percepção de todas as consequências que a doença em estágio avançado provoca. Porém, sofrem com o tratamento que, por sua vez, mostra-se agressivo, mutilador, demorado. Vivem com a incerteza de um futuro promissor.

Pudemos depreender de suas falas que quando se deparam com a realidade da doença, a vulnerabilidade à maior gravidade já é percebida por elas, pois buscam seguir à risca as orientações médicas quanto ao tratamento, e se utilizam até mesmo de outras alternativas, como aquelas contidas nas crenças populares, que poderiam auxiliar na sua recuperação.

Falaram muito pra mim de chá, de muita fruta, me mandaram tomar graviola, me mandaram tomar suco de caju, comer muita beterraba, que tudo isso era bom. (...) Chá de tudo quanto é coisa que falar que é bom eu estou tomando. Fiz a quimioterapia. (...) o cabelo começou a cair só agora, você acredita? Mas outras coisas não tive nada, nada, nada. A braquiterapia já terminou. Agora estou fazendo aquela que faz por fora na barriga (teleterapia), vou fazer cinco sessões dela, comecei ontem. (E1)

Foi somente a radioterapia.(...) Eu tomei muitos remédios pra dor. Fazia repouso, até hoje eu faço repouso. (...) Nossa, eu comia que nem posso ver

beterraba na minha frente (risos). Beterraba e fígado. E tomei remédio também. Bastante remédio. (E8)

...eu tomava cinco injeções continuadas na hora certinha e os remédios tudo certinho, a gente ia animando. Depois ficava boa, melhorava. Só tinha muita fraqueza, ânsia.(...) Um chazinho assim de camomila, essas coisas é bom. (E9)

A quimioterapia é muito ruim. Mas dá pra passar. Tomava bastante líquido, mesmo sem querer, tomava suco, não tinha vontade de nada, mas mesmo assim tomava. Tomava bastante leite. Depois de umas duas semanas vai passando. Suco, fruta, repouso. (E10)

(...) vou fazer a quimio e a radio e ver como é que tá. Eu tenho um mioma e conforme for vai tirar, e conforme for nem vai tentar tirar. Primeiro tem que cuidar daquela feridinha. (E11)

(...) eu tomava mais água de coco, tomava sopa, tomava bastante suco, o de limão que eu tomava só. Aí eu comecei a tomar o leite de soja também. (E3)

Eu estava com anemia e tomei suco de jenipapo. (E7)

(...) Mandaram eu tomar graviola, também. (E2)

A mulher também teve câncer, aí ela falou pra mim bater laranja com maçã e beterraba, e é o que eu estou tomando todo dia de manhã.(...) Estou fazendo repouso. (E12)

Assim, além de seguirem corretamente a terapêutica indicada pelo profissional de saúde, complementaram o tratamento com chás e sucos, como indicam familiares e pessoas que passaram pela doença ou tiveram experiências com pessoas próximas.

O processo terapêutico dessas mulheres mostra, então, uma mescla do conhecimento profissional e das crenças populares, em que os tratamentos alternativos aparecem como uma ajuda na terapêutica tradicional. Kleinman (1980) descreve esse processo como Sistemas de Cuidado à Saúde, que é constituído pela

arena da cultura popular, pelos profissionais legalmente reconhecidos e pelos especialistas de cura não formais (curandeiros, benzedeadas).

Para Siqueira et al. (2006), o ser humano, desde o princípio de sua existência, tem buscado alternativas diversas na tentativa de eliminar seus males físicos e psíquicos. Então, o processo terapêutico dessas mulheres pode ser influenciado pelo contexto sócio-cultural em que estão inseridas.

Pudemos apreender dos depoimentos das participantes deste estudo que diante da ameaça contra suas vidas, apegaram-se a tudo que puderam, de alguma forma, para livrá-las da morte.

Nesse sentido, a próxima categoria mostra que as mulheres, sujeitos deste estudo, relataram formas de enfrentamento da doença e do tratamento, conseguindo lidar melhor com as dificuldades que advém deles.

Nichiata et al. (2008) afirmam que quando a vulnerabilidade é utilizada como marco conceitual em uma pesquisa, é preciso que se tome o cuidado de não transformá-la em uma reprodução do *status quo* pela naturalização da opressão, pois a pesquisa deve “produzir conhecimento para se emancipar as pessoas e grupo”. É imprescindível que sejam enfatizadas a resistência e a capacidade criadora e de superação dos indivíduos.

Acreditamos que essa resistência e essa capacidade criadora e de superação das mulheres deste estudo ficam evidenciadas em suas falas, que aparecem na sequência, na categoria “Enfrentando a doença e o tratamento”.

6.2.2 Enfrentando a doença e o tratamento

As estratégias de enfrentamento do câncer cérvico-uterino implicaram na procura pelo médico, quando apareceram os sintomas, e na adesão ao tratamento. A participação de pessoas da família, a busca da espiritualidade e do lazer também fizeram parte desse processo terapêutico.

Podemos identificar, nas falas das mulheres, sua capacidade de superação frente a um problema, quando elas procuram pelo médico, logo ao aparecimento dos sintomas, apesar de, neste momento, não saberem ainda do que se tratava. Ao se deparar com um problema (sintoma), tentaram solucioná-lo, procurando o serviço de saúde:

(...) a hemorragia, não sentia nada antes. Nunca senti nada. Sempre desceu normal; agora de fevereiro pra cá que eu tive a hemorragia e que não cortava nada. Foi onde tive que passar por isso. Eu procurei o médico do postinho (...) (E11)

Quando começou eu estava sangrando direto, direto. Sangrava o mês inteiro. Eu fui no médico, lá no posto de saúde. (E6)

A partir da detecção do câncer, a forma de enfrentamento da doença se fez por meio da adesão ao tratamento proposto, o que mostra a preocupação das mulheres em alcançar a cura.

Fui encaminhada pra cá e estou até hoje. Fiz a radio, a quimio e estou fazendo a braqui. Fiz quatro sessões de quimio, esta será a segunda de braqui, e 25 de radio. (E2)

Ele falou pra mim que a cirurgia foi um sucesso. (...) na última radioterapia eu passei muito mal. (...) eu comia sopa que minhas cunhadas me levavam (...) Era só água e ficar deitada. (E3)

O tratamento é longo. A quimioterapia ficava quase um mês para fazer a outra. Eu chegava em casa arrasada. Não abria nem o olho de tanta fraqueza. Mas aguentei firme, graças a Deus.(...). (E9)

Percebemos, então, que diante do problema firmado, não tiveram outra opção senão o enfrentamento, e a forma como o fizeram demonstra a capacidade para tentar resolver os problemas surgidos inesperadamente, e que contrariaram seus objetivos de vida, exigindo novas formas de comportamento. A vontade de sobreviver as induziu a travar uma árdua batalha, entremeada por cirurgias e períodos de tratamentos invasivos e prolongados.

Nesse caminhar, o câncer (e seus tratamentos), assim como toda doença que ameaça a vida, quando acomete uma pessoa, traz a ela, mas também aos que lhe são próximos, as consequências de uma doença estigmatizante, que se mostra, muitas vezes, mutiladora e cruel, principalmente quando o diagnóstico é tardio, como no caso das mulheres deste estudo.

Além da família, alguns amigos, vizinhos e pessoas próximas do paciente também vivenciam, além do impacto com o diagnóstico, o sentimento de incerteza e de impotência, diante do tratamento e suas consequências. Algumas famílias renovam seus valores e tendem a unir-se para atender às necessidades imediatas, para elaborar a aceitação da doença e enfrentar as dúvidas quanto ao futuro incerto. Outras, sem saber como enfrentar tudo isso, às vezes, fragmentam-se.

O apoio maior é do meu marido mesmo. A gente conversa bastante. Eles me dão muita força, falando que eu vou ficar boa. Melhorar, que não é pra eu me desesperar. Geralmente os exames que eu vou fazer e quando eu vou ao médico eu vou sozinha, e eu até prefiro.(...) A gente conversa bastante, eles me dão bastante força. Não me deixam ficar deprimida, quando eles percebem que eu estou meio chateada, meio deprimida, vêm conversa, me agrada, brincam, essas coisas. (E1)

A minha família está me apoiando, meus filhos. Mais é minha família e meus filhos. (E2)

Eu tive bastante apoio, tanto dos meus filhos, quanto do meu marido. Eles me levavam pra sair, conversar. Minhas amigas sempre estavam na minha casa, me visitando. Minha cunhada estava sempre conversando comigo. (...) eu moro em frente com minha mãe e ela não deixava eu sozinha, quando ela desconfiava que eu estava sozinha ela já corria lá e me levava pra casa dela. Aí chegava as vizinhas e a gente ficava conversando. (E3)

Apoio, de toda a minha família. Graças a Deus. Filhos, amigos também. (E5)

A minha filha mora no fundo da minha casa, a mais nova é a que mais ficava no meu pé. Ela vinha, ficava aqui comigo, direto, direto, era ela. (E6)

A família foi tudo. O remédio melhor pra mim foi a minha família. (E7)

Eu tenho mais cinco filhos que eu criei (...) Eles me apoiam em tudo, o meu próprio filho não me dá tanta atenção que nem eles. (...) Semana passada a menina veio comigo (no hospital). (...) Ele (marido) lava até roupa, coisa que nunca fez. Louça. Nunca fazia estas coisas. A gente conversa assunto, olha...

Muito bom. E antes não tinha. Depois, agora, olha..., melhorou. É que quando ele também teve, eu apoiei ele muito. Ele também ficou muito ruim, nossa. Mas graças a Deus ele está bem. (E8)

Eles conversam comigo, fala que eu tenho que comer, tenho que me apegar em Deus, tenho que ter fé, tenho que encarar de frente, que a vida da gente é assim também. A família me ajudou bastante. (E10)

No que eles podem me ajudar. E então com que eles podem me ajudar, com médico, e eu não faço mais nada, eu não pego peso, não faço esforço, não posso passar por nenhum emocional forte, então graças a Deus eles estão me ajudando no que eles podem. (E12)

O apoio familiar recebido foi percebido de diversas formas pelas mulheres, seja por meio de uma conversa, de uma orientação, da ajuda nos afazeres domésticos, do acompanhando para realização do tratamento, entre outras. Apreendemos que o importante é a família e as pessoas mais próximas mostrarem-se presentes no processo de enfrentamento, independentemente da forma de apoio que oferecem.

Molina (2003) identificou, ao entrevistar mulheres em tratamento quimioterápico, que o apoio e a atenção advindos da família, representam para elas, segurança e força para enfrentar o tratamento.

Dados semelhantes foram encontrados por Barros e Lopes (2007), em um estudo com 12 mulheres com câncer do colo do útero avançado, em que o apoio familiar foi apontado por todas elas como o principal suporte para o enfrentamento da doença.

No presente estudo, as participantes indicaram ainda, além da adesão ao tratamento e do apoio familiar, a necessidade de se apropriar de outras formas de enfrentamento do câncer, e nesse sentido, a religião representou importante papel de apoio e suporte. Ao se verem acometidas por alguma doença, as pessoas, de modo geral, ficam mais sensíveis, necessitam de proteção e se apoiam em suas crenças religiosas e espirituais. Neste caso, a fé proporcionou-lhes conforto e segurança, e foi interpretada como uma estratégia para lidar com as incertezas, ante a evolução da doença, como se observa a seguir:

(...) pedi bastante a Deus, e graças a Deus estou superando bem. (E1)

Tem uma cunhada minha que é evangélica, então meu sobrinho foi lá em casa e orou pra mim. Meus pais são católicos, então toda terça-feira tem a missa da Divina Providência, então minha irmã levou meu nome e eles fazem as orações lá pra mim, e um grupo de jovens fazia orações pra mim. Eu sou católica, e todas as orações que vem são bem vindas; então, tanto do lado dela que é evangélica, quanto do meu que é católica, pra mim foi muito bom. (...) Mas eu pedi muito pra Deus, pra me dar bastante força pra eu superar tudo isso, e graças a Deus eu fui bem forte. (E3)

É Deus, eu oro, vou à igreja. Tem o pastor e os irmãos que oram, então é a força de Deus que vem em primeiro. (...) Então a gente busca força em Deus. Porque Ele é maior que tudo. (E5)

Católica, fiquei mais ainda.(...) A família vai tudo na minha casa e faz oração. (E7)

Eu estou indo em várias (religiões). Em si, eu não estou em nenhuma ainda. Depois do diagnóstico comecei ir. Antes, quando a gente não tem nada, não procura nada. Só depois. Vou umas duas ou três vezes por semana na igreja. Até em casa, gosto de fazer culto, oração. (E8)

Sou católica. A gente se apega mais. A gente quando está bom nem lembra de religião, mas depois que a gente vê que está precisando mesmo, a gente se apega mais. (E10)

Eu sou evangélica e confio muito em Deus, e me pus na mão dele (...) Eu estou indo pouco (na igreja), porque eu não estava aguentando. (...) Mas a fé continua. Eu confio nos médicos e tenho fé em Deus. (E12)

A espiritualidade, entendida como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, remetendo a questões como o significado e sentido de vida, não nos limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (JARROS et al., 2008), pode representar uma importante fonte de conforto

e suporte, para muitas pessoas, durante o período de sofrimento, trazendo-lhes serenidade para enfrentar as adversidades da doença.

Pesquisa de Oliveira, Fernandes e Galvão (2005) mostra que a fé em Deus, independente da religião, proporcionou entre as mulheres estudadas, conforto e segurança, e foi interpretada como uma estratégia para lidar com as incertezas ante a evolução da doença. As entrevistadas indicaram o quanto se sentiam inseguras e vulneráveis diante do futuro, e indicaram que a fé as confortava e amenizava seu sofrimento físico.

A religiosidade e a espiritualidade representaram, para as entrevistadas deste estudo, um instrumento de suporte e conforto, que auxiliaram no enfrentamento das adversidades causadas pelo câncer e por seu tratamento.

Outras ainda consideraram um elemento importante como forma de enfrentamento da doença, o lazer:

Gosto muito é de ir ao baile. Tenho que aproveitar enquanto estou viva. (E6)

Tem, minha família é tudo pra mim, nossa. Eles não me deixam assim sozinha, sempre estão conversando comigo, onde vão me levam pra passear, pra distrair. É assim. E eu gosto, é bom. Distrai a cabeça da gente. (E9)

Estas falas demonstram que, diante da incerteza do futuro, as mulheres encontraram em uma atividade que consideram prazerosa, seja dançando, passeando ou conversando com familiares, a oportunidade de aproveitar a vida, enquanto lhes é permitido viver.

Nas duas categorias identificadas na elaboração deste estudo, ficou claro nas falas das participantes, a vulnerabilidade que as expôs à doença, permeada pelos seus componentes individual, social e programático. Por outro lado, mostrou-se também a capacidade que elas tiveram de se reerguer e acumular forças para enfrentar o câncer e seu tratamento, contando com o apoio da família, com a crença em Deus, e realizando atividades de lazer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao identificar e avaliar a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero, este estudo pretende contribuir para a prática de profissionais da saúde que estão envolvidos na prevenção, diagnóstico e tratamento dessa doença. Isso porque a vulnerabilidade engloba aspectos da suscetibilidade orgânica, mas também a forma de estruturação dos programas de saúde, os aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.

Na voz das mulheres entrevistadas encontram-se sinais de que elas se percebem expostas a uma crescente vulnerabilidade à doença pela qual elas foram acometidas. Os achados deste estudo revelam a pertinência da utilização do referencial adotado nesta pesquisa, reforçando que a vulnerabilidade se mostra articulada nos componentes Individual, Social e Programático.

Nesse sentido, as participantes mostraram as chances de exposição que as levaram ao adoecimento, e que foram resultantes de um conjunto de aspectos que ainda que se referissem imediatamente a elas, recolocavam-nas na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo.

A vulnerabilidade das mulheres se mostrou tanto na possibilidade de descoberta da doença, quando apresentavam algum sinal ou sintoma que as incomodava ou atrapalhava suas atividades de vida diária, quanto na realização do tratamento e no enfrentamento das dificuldades que foram aparecendo.

Os motivos para a não realização do exame preventivo antes do diagnóstico foram diversos, como a vergonha, falta de tempo, relaxo, ausência de sinais e sintomas, entre outros. Algumas delas nunca haviam realizado o exame, outras referiram ir à consulta ginecológica, porém a citologia não era colhida. Outras ainda referiram ter realizado o exame, porém não com a frequência e periodicidade recomendadas.

Algumas participantes relataram que ficavam à deriva de informações sobre os procedimentos que estavam ou não estavam sendo realizados com elas. Muitas vezes não tinham conhecimento de seus direitos; não tinham coragem de perguntar ao profissional da saúde que lhes prestava atendimento, detalhes sobre a consulta ou sobre os materiais coletados para exames, entre outros, pois referiam que

consultavam o ginecologista, porém este não realizava o Papanicolaou. Em alguns casos, iam buscar o resultado do exame e este não era encontrado.

Após a descoberta do câncer, elas se mostraram com força e vontade de vencer a doença, aderindo ao tratamento proposto e, algumas vezes, utilizando métodos alternativos indicados por familiares, amigos ou conhecidos, construindo assim, seu processo terapêutico.

As entrevistadas para este estudo deixaram claro, em seus depoimentos, que precisaram lançar mão de vários dispositivos para enfrentar a doença e o tratamento, para poderem conviver com eles, e para superar as dificuldades por eles provocadas.

Primeiramente, ao se manifestarem os primeiros sinais e sintomas, elas procuraram pelo médico, mesmo sem saber o que estava acontecendo. A partir da detecção do câncer, a forma de enfrentamento da doença se fez por meio da adesão ao tratamento proposto.

Nesse enfrentamento, relataram a importância do suporte encontrado, principalmente no apoio da família, mas também na fé em Deus e na realização de atividades prazerosas, como dançar, passear, conversar com familiares, considerando-as uma oportunidade de dar qualidade à vida, diante das adversidades.

Dessa forma, encontramos as respostas para “como, porque e em que nível” a vulnerabilidade se apresenta a tantas mulheres. Para as participantes deste estudo, essa apresentação aconteceu de forma crescente, a partir do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença, crescendo, à medida que o diagnóstico foi descoberto e o tratamento se fez necessário, trazendo dificuldades e sofrimento, mas também, proporcionando a oportunidade de as mulheres encontrarem formas de enfrentamento e superação, à medida do possível. Fatores relacionados à cliente, aos profissionais, aos serviços, entre outros, tornaram a mulher suscetível aos problemas e danos de sua saúde, relativos ao câncer cérvico-uterino, exacerbando sua vulnerabilidade à doença.

Os relatos evidenciando a vulnerabilidade ao câncer do colo do útero deixaram clara a necessidade de se superar algumas deficiências no modelo de assistência e na humanização do atendimento, no grau de compromisso e na qualidade das instituições, dos recursos, do gerenciamento e do monitoramento dos programas de prevenção e detecção do câncer do colo do útero, nos diferentes níveis de atenção.

REFERÊNCIAS¹

ADAMS, K. L.. Confronting Cervical Cancer: Screening is the key to stopping this killer. **AWHONN lifelines**, v. 6, n. 3, p. 216-222, june-july 2002.

ADAY LA. **At risk in América: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States**. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY.U.S. Department of Health and Human Services. Screening for Cervical Câncer. **Systematic Evidence Review**. n. 25, jan 2002. 197p. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/cervcanser.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2007.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J. **AIDS, vulnerabilidade e prevenção**. In: II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS; 1997 Out 2-7; Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABIA; 1997. p. 20-37.

AYRES, J.R.C.M., et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.Fiocruz, 2003. Pg. 117-139.

AMORIM, V.M.S.L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, nov. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2006. 223p.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 127p.

BARROS, D.O.; LOPES, R.L.M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, Jun 2007.

BOSCH, F.X. et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. **Journal of Clinical Pathology**, v. 55, n. 4, p. 244-265, apr 2002.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. **Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002a. 78p.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do colo do útero**. Manual técnico. Profissionais de saúde. Brasília, 2002b. 17p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Sistemas de Informação. Secretaria de Assistência à Saúde. **República federativa do Brasil**. Portaria/SAS/MS nº. 287 24/04/2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 05 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do colo do Útero e de Mama**. Brasília, 2006b. 115 p.

BRENNAN, S.M.F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo do uterino. **Caderno de Saúde Pública**. v. 17, n. 4, p. 909-14, 2001.

CAMISÃO, C.C. et al. Ressonância magnética no estadiamento dos tumores de colo uterino. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 40, n. 3, June 2007.

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. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2005.

FERNANDES, J.V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.5, p. 851-858, 2009.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 209-214, 2003.

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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 503-509, jul-ag, 2006.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 13-15, 2002.

_____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro, 2008. 628p.

_____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: 19 fev 2010.

_____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cresce acesso às mamografias e aos exames clínicos de mama e de Papanicolaou no Brasil**, 2010. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/percentual_de_mamografias. Acesso em: 25, abr, 2010.

JARROS, R.B. et al. Estudo bibliométrico da produção brasileira na interface da psicologia com espiritualidade-religiosidade. **Psic**, v. 9, n. 2, p. 251-258, dez, 2008.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. California: Regents; 1980.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 126.

LEPIQUE, A.P; RABACHINI, T.; VILLA, L.L. HPV vaccination: the beginning of the end of cervical cancer? - A Review. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 1, p.1-10, feb 2009.

LUCIANI, S.; ANDRUS, J.K. A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. **Reproductive Health Matters**, v. 16, n. 32, p.59-66, 2008.

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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. A mídia como ferramenta de pesquisa: produção de saberes no cotidiano sobre a saúde das filhas deste solo. **Psicologia & Sociedade**, v.20, n. esp., p. 87-95, 2008.

MENDES, J.C.; SILVEIRA, L.M.S.; PAREDES, A.O. Lesão intra-epitelial cervical: existe correlação entre o tempo de realização do exame de Papanicolaou e o aspecto do colo uterino para o aparecimento da lesão. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 36, n. 4, p. 191-196, 2004.

MESSIAS, D. X. **A experiência da família frente ao idoso com câncer**. Dissertação, Ribeirão Preto, 2005. 97f.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406 p.

MOLINA, M. A. S. Percepção de portadores de câncer sobre o apoio recebido dos familiares após o diagnóstico. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, supl., p. 185-186, 2003.

MULLER, D. K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2511-2520, nov, 2008.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Indicações da Vacina Contra o Papilomavirus Humano. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 1, p. 124-126, 2008.

NICHIATA, L.Y.I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

OLIVEIRA, A.B.; BARACAT, F.F. Protocolo diagnóstico e terapêutico do câncer do colo do útero. cap.16, p. 145-168. In: BARACAT, F.F.; PASCALICCHIO, J.C. **Manual de Normas e Condutas. Serviço de Onco-ginecologia e Mastologia do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho**. São Paulo: Roca, 2002. 256p.

OLIVEIRA, M.M.H.N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 18, v. 2, p. 150-5, 2005.

OTTO, S.E. Neoplasias Malignas Ginecológicas. In: Otto, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, p. 160-182, 2002.

PAHO (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 140ª sessão do Comitê Executivo. **Estratégia e plano de ação regional para a prevenção e o controle de câncer do colo do útero**. América Latina e Caribe, 2008-2015. Washington, EUA, 2007.

PAPANICOLAOU, G.N.; TRAUT, H.F. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 42, p. 193-206. Republicado: Archives of Pathology and Laboratory Medicine, v. 121, p. 211-224, march 1997.

PASTORE, J. A mulher dos anos 2000. Publicado no Jornal da Tarde, 08/03/00. Disponível em: http://www.josepastore.com.br/artigos/mu/mu_007.htm.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

PINHO, A.A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.303-313, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Anna Maria Hecker Luz, Maria Henriqueta Luce Kruse. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

SANCHES, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2004.

SANKARANARAYANAN, R. et al. A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India. **Int J Cancer**, v. 116, n. 4, p. 617-623, 2005.

SIQUEIRA, K.M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 01, p. 68-73, 2006.

SOUTO, R.; FALHARI, J.P.; CRUZ, A.D. O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 155-160, 2005.

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

THUM, M. et al. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 509-516, 2008.

TUCUNDUVA, L.T.C.M. et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 257-262, 2004.

APÊNDICES**APÊNDICE A – Caracterização dos Sujeitos**

Data: ___/___/___

Entrevista: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data Nascimento: ___/___/___ Escolaridade: _____

Formação: _____ Ocupação: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____

Registro HCFMRP: _____

Tem casos de câncer do colo do útero na família: () sim () não

Grau de parentesco: _____

E outros tipos de câncer: () sim () não

Qual câncer e grau de parentesco: _____

G P A C _____

Idade da primeira relação sexual: _____

Idade no primeiro filho: _____

Nº de parceiros sexuais: _____

Fez uso de anticoncepcional oral: () sim () não Por quanto tempo: _____

Data do descobrimento da doença: _____

Data da procura pelo serviço de saúde: _____

Data do início do tratamento: _____ Qual tratamento: _____

Frequência da realização do exame de Papanicolau: _____

APÊNDICE B – Questões norteadoras

- Fale-me sobre como identificou os primeiros sintomas da doença/ Conte-me como você descobriu que estava doente.
- Como foi desde a identificação dos sintomas até o diagnóstico e tratamento?
- Fale-me sobre o diagnóstico: como foi receber; estava sozinha ou acompanhada; contou com suporte de quem?
- Conte-me sobre a busca do diagnóstico nos serviços de saúde;
- Antes dos sintomas você fazia o exame preventivo (papanicolaou)? Com que frequência? Buscava o resultado?
- O que você fez e faz para tratar e cuidar da doença?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo saber, entre mulheres com câncer do colo do útero, como foi a experiência de passar pelas várias fases da doença, desde o início, o tratamento, até os dias de hoje, e também saber o que levou algumas dessas mulheres a descobrirem que estavam doentes quando a doença já estava bem avançada. A sua participação será através de entrevistas, que serão realizadas no hospital, nos ambulatórios de quimioterapia ou radioterapia, ou ainda durante a internação para tratamento da doença. As entrevistas precisam ser gravadas, para que todos os detalhes sejam aproveitados e durarão, em média, 30 minutos. Caso aceite participar, garantimos que sua identidade será mantida em segredo, assim como qualquer informação que considerar secreta. Os dados desse estudo serão somente utilizados para a elaboração do trabalho de mestrado e publicações científicas. Assumimos o compromisso de lhe esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, de informar sobre os resultados e os benefícios que podem vir dela. Essa pesquisa não envolve riscos à sua saúde e não lhe trará gastos. Você poderá recusar-se a participar ou deixar de participar em qualquer momento, mesmo que a pesquisa já esteja em andamento, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento neste hospital. Em relação a este termo de consentimento, uma via ficará com você e outra ficará comigo.

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa intitulada “O itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero avançado”, realizada pela mestranda Angela Vieira Pimentel, sob orientação da Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco. Endereço e telefone para contato com as pesquisadoras: Av. Bandeirantes, 3900 (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP). Fone: 3602-3480.

Assinatura do pesquisado: _____

Marislei Sanches Panobianco: _____

Angela Vieira Pimentel: _____

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP/USP

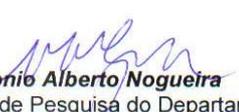
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIAAv. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049-900
Fone (016) 602-2803 - Fax (016) 3633-0946

Ilmo Sr.
Prof. Dr. Jurandyr Moreira de Andrade
Coordenador do Setor de Mastologia/Oncologia – FMRP/USP

Prezado Professor,

Encaminhamos o projeto "O itinerário terapêutico de mulheres com câncer de colo de útero avançado", projeto externo de protocolo 08-11/2008, que tem como responsável a Profa. Dra. Maristei Sanches Panobianco e que será desenvolvido junto ao Setor de Oncologia Ginecológica, ambulatórios de quimioterapia e radioterapia do HCFMRP/USP para que o senhor manifeste sua concordância ou discordância quanto ao desenvolvimento do projeto com ou sem a participação efetiva do setor. Informamos ao pesquisador que o projeto deverá ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

O projeto não interfere com protocolo
proprietário do Setor de Oncologia,
portanto não há objeção ao seu desenvol-
vimento. No entanto, como colaboração,
devemos alertar que o Setor de Radio-
terapia, possível local de armazenamento de
suplimentos da pesquisa, encontra-se em reformas
no momento, o que pode prejudicar
o número de suplimentos a serem estudados.
H/

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP/USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 17 de fevereiro de 2009.

Ofício nº.465/2009.
CEP/ MG V

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO AVANÇADO”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 280ª Reunião Ordinária, realizada em 16/02/2009, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o Processo HCRP nº. 921/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de harmonização de Boas Práticas Clínica (ICH-GCP), bem como a Resolução CNS 196/96.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da Pesquisa.

Atenciosamente.

DR^ª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ANGELA VIEIRA PIMENTEL
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)