

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

DINAURIA NUNES CUNHA DE FARIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DAS
MULHERES COM ALTERAÇÕES CELULARES DE ALTO GRAU NO CENTRO
DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER EM SANTARÉM – PARÁ

São Leopoldo

2015

DINAURIA NUNES CUNHA DE FARIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DAS
MULHERES COM ALTERAÇÕES CELULARES DE ALTO GRAU NO CENTRO
DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER EM SANTARÉM – PARÁ

Trabalho final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Linha de pesquisa: Dimensões do
Cuidado e Práticas Sociais

Orientador: André Sidnei Musskopf

São Leopoldo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F224p Faria, Dinauria Nunes Cunha de Faria
Perfil epidemiológico e humanização no atendimento das mulheres com alterações celulares de alto grau no Centro de Referência de Saúde da Mulher em Santarém - Pará / Dinauria Nunes Cunha de Faria ; orientador André Musskopf. – São Leopoldo : EST/PPG, 2015.
95 p. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2015.

1. Colo uterino – Câncer. 2. Câncer – Prevenção. 3. Câncer – Pacientes – Cuidado e tratamento. I. Musskopf, André Sidnei. II. Título.

DINAURIA NUNES CUNHA DE FARIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DAS
MULHERES COM ALTERAÇÕES CELULARES DE ALTO GRAU NO CENTRO
DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER EM SANTARÉM – PARÁ

Trabalho final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Linha de pesquisa: Dimensões do
Cuidado e Práticas Sociais

Data:

André Sidnei Musskopf – Doutor em Teologia – Faculdades EST

Laura Franch Schmidt da Silva – Doutora em Teologia – Faculdades EST

Dedico à minha amada filha, Talita, por ser minha maior incentivadora na realização deste mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar sempre presente na minha vida, por me amparar, me dar forças e coragem nos momentos mais difíceis, dar capacidade de enxergar sempre o caminho certo a seguir e a sabedoria para que eu pudesse construir este trabalho.

À minha família, que é meu porto seguro. Meu esposo, João Faria, pelo amor, incentivo, apoio, compreensão e companheirismo. Minha mãe, Aurisan, amada e amiga por todo o esforço em minha criação, peça chave na pessoa e profissional na qual me tornei. Meu pai, Benedito Diomar (*in memoriam*), pelos seus ensinamentos de coragem, lealdade, persistência e respeito recebidos ao longo de todos os anos de convivência.

Aos meus irmãos, Dionar e Marcionilia, meus sobrinhos (as) e meu cunhado pelo apoio em todos os momentos principalmente nas viagens para o mestrado, companheirismo, incentivo e carinho retribuído.

Ao meu genro, pelo incentivo e apoio em todos os momentos, cuidando de tudo em Santarém na minha ausência e assumindo verdadeiramente um papel de filho.

A minha amada e única filha, Talita, que é minha maior incentivadora para a realização desse objetivo, por todo o apoio dispensado desde a inscrição até a ajuda nos trabalhos a serem desenvolvidos, a admiração e força para que eu não desistisse e por todo o amor e carinho dispensado em todos os momentos.

A minha amiga, Mônica Aguilar, famosa gata, que foi minha companheira do mestrado, por estar pronta a ajudar direta e indiretamente e pelos momentos de descontração.

Ao meu orientador, Prof. Dr. André S. Musskopf, pela dedicação, estímulo constante e fonte de conhecimentos que me disponibilizou durante todo o trabalho.

A todos que contribuíram para a realização desse trabalho, seja com uma palavra de incentivo, um sorriso ou pelo simples fato de acreditarem na minha capacidade.

As tarefas que nos propomos, devem conter exigências que pareçam ir além de nossas forças. Caso contrário, não descobrimos nosso poder, nem conhecemos nossas energias escondidas e assim deixamos de crescer.

Leonardo Boff

RESUMO

O câncer do colo do útero é um grande problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Este estudo tem por objetivo analisar o atendimento humanizado das mulheres com alterações celulares de alto grau atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM), no período de 2014, em Santarém – Pará. Utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica e de campo, através da análise de prontuários de vinte e sete mulheres que realizaram o procedimento no Centro de Referência. Como resultado, verificou-se que o âmago da experiência do desenvolvimento humanizador está no resgate dos valores humanos e da integração coletiva, ampliando o potencial criativo e cooperativo no ambiente de trabalho, evoluindo-se e adequando-se às necessidades inerentes à saúde. O atendimento humanizado às usuárias do CRSM destacou um perfil médio de mulheres jovens, católicas, na faixa etária de 23 a 40 anos, da cor parda, residentes em Santarém, possuindo Ensino Médio, convivem com um companheiro, tendo como profissão o trabalho no lar. Observou-se que estas mulheres tiveram sua menarca na idade de 12 a 13 anos, iniciando também precocemente suas atividades sexuais, na idade de 16 anos. As experiências humanizadoras incorporam novos ideais de atendimento, entre os quais se destacam a compreensão, e na forma como se traduz para a mulher, os fatores de risco de câncer de colo uterino, que neste estudo pode-se detectar que poucos foram os casos de mulheres com doença sexualmente transmissível, nenhuma delas relatou ter mais de um parceiro e também não utilizam fumo ou bebida alcoólica. Quanto ao exame no Programa de Prevenção de Câncer do Colo do Útero (PCCU), a maioria o realiza periodicamente como forma de prevenção, informando que não há histórico de câncer na família. Quanto aos antecedentes obstétricos, verificou-se que são multíparas, tendo o primeiro filho aos 19 anos. A maioria destas mulheres não está na menopausa. Quanto aos resultados dos exames, verificou-se que a maioria das usuárias apresentaram lesão de alto grau, tendo resultado na Colposcopia satisfatório, e na biopsia, displasia acentuada (NIC III), detectando-se os casos de câncer de colo uterino entre essas mulheres. Concluiu-se que o atendimento humanizado à mulher inicia desde o momento em que esta procura a realização do exame preventivo que ainda é o mais efetivo para a prevenção do câncer do colo uterino, pois caso haja detecção precoce, fica mais fácil encontrar a cura quando rastreado no início.

Palavras-Chave: Câncer. Detecção. Prevenção.

ABSTRACT

Cervical cancer is a major public health problem in Brazil and worldwide. This study aims to analyze the humane care of women with high-grade cell changes seen at the Women's Health Reference Center (CRSM), in the 2014 period, in Santarem - Para. The methodology used was bibliographical research and field research through the analysis of the patient records of twenty-seven women who underwent the procedure in the Reference Center. As a result, it was found that the core of the humanizing development experience is in the recovery of human values and collective integration, expanding the creative and cooperative potential in the workplace, evolving and adapting to the inherent health needs. Humanized care of the CRSM for users pointed out an average profile being that of young women, Catholic, aged 23-40 years old, of mixed race, living in Santarém, possessing high school level education, having only one partner, with the profession being work in the home. It was observed that these women had their menarche at age 12-13 years also starting sexual activity early at the age of 16 years. The humanizing experiences incorporate new ideals of service, among which stand out understanding, and how it translates to women, the risk factors of cervical cancer, which in this study it was detected that there were few cases of women with sexually transmitted disease, none of them reported having more than one partner and also did not use tobacco or alcohol. As to the examination of the Cancer Prevention Program of the Cervix (PCCU), most periodically do it for prevention, saying there is no history of cancer in the family. As for the obstetric history, it was found that they were multiparous having their first child at 19. Most of these women are not in menopause. As for the results of the tests, it was found that most users had high-grade lesion, resulting in satisfactory colposcopy, and the biopsy presenting, severe dysplasia (NIC III), detecting the cases of cervical cancer among these women. It was concluded that the humanized care to women begins from the moment that she seeks the realization of the Pap smear which is still the most effective method for the prevention of cervical cancer, because if there is early detection, it is easier to find a cure when tracked at the beginning.

Keywords: Cancer. Detection. Prevention.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa etária das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	61
Gráfico 2 - Cor das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	62
Gráfico 3 - Procedência das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	62
Gráfico 4 - Escolaridade das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	63
Gráfico 5 - Situação conjugal das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	64
Gráfico 6 - Profissão das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	64
Gráfico 7 - Religião das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	65
Gráfico 8 - Menarca das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	67
Gráfico 9 - Primeiro coito das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	68
Gráfico 10 - Ciclo menstrual das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	69
Gráfico 11 - Duração do ciclo menstrual das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	70
Gráfico 12 - Dismonorréia das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	70
Gráfico 13 - Quantidade de fluxo menstrual das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	71
Gráfico 14 - Uso de contraceptivo pelas usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	72

Gráfico 15 - Uso de preservativo pelas usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	73
Gráfico 16 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher com sangramento na relação sexual	74
Gráfico 17 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher que já tiveram DST.....	74
Gráfico 18 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher realizam o PCCU como prevenção	76
Gráfico 19 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher com histórico de câncer na família	77
Gráfico 20 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher que fumam	78
Gráfico 21 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher que utilizam bebidas alcoólicas.....	79
Gráfico 22 - Total de gravidez das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	80
Gráfico 23 - Idade da primeira gravidez das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	81
Gráfico 24 - Quantidade de partos das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	82
Gráfico 25 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher menopausadas.....	82
Gráfico 26 - Resultados do exame de PCCU das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	83
Gráfico 27 - Resultados do exame de Colposcopia das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher.....	84
Gráfico 28 - Resultados de biopsia das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher	85

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 SAÚDE DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS	25
1.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil	25
1.2 A Política Pública de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)	28
1.3 Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	33
1.4 Atendimento Humanizado na Saúde	38
2 CÂNCER DE COLO UTERINO E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES	43
2.1 Incidência	43
2.2 Fatores de risco	44
2.2.1 <i>Papiloma Vírus Humano (HPV)</i>	44
2.2.2 <i>Tabagismo</i>	47
2.2.3 <i>História da vida sexual</i>	48
2.2.4 <i>Paridade</i>	49
2.2.5 <i>Sangramento fora do período menstrual ou após o ato sexual</i>	49
2.2.6 <i>Grau de escolaridade relacionado ao nível sócio-econômico</i>	50
2.3 Lesão precursora do Câncer	50
2.4 Diagnóstico do Câncer de Colo de Útero	51
2.5 Tratamento do Câncer de Colo Uterino	54
2.6 Prevenção	56
3 ATENDIMENTO HUMANIZADO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	59
3.1 Procedimentos Metodológicos	59
3.2 Análise e discussão dos resultados	60
3.2.1 <i>Perfil das usuárias</i>	61
3.2.2 <i>Atendimento ginecológico</i>	66
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	89
ANEXO I	95

INTRODUÇÃO

Para compreender a realidade da vida das mulheres há que se compreender como mulheres e homens se constituem como sujeitos sociais no contexto da sociedade contemporânea. Extensamente exploradas nos estudos feministas, as relações sociais estabelecidas entre mulheres e homens, relações de poder, parecem ter sua gênese na constituição das sociedades, tanto quanto na divisão sexual do trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde a visão sobre a vida reprodutiva das mulheres é muito menos resultado de sua condição biológica, do que, acima de tudo, determinada pela organização social e cultural.¹ A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreita para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino. Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo que as mulheres sejam sujeitos plenos de sua própria história.

As mulheres, de seu papel doméstico e reprodutivo, de mães, confinadas à esfera do lar, passaram a assumir outros papéis no mundo do trabalho. Em que pese a inserção das mulheres nessa nova posição, a possibilidade de se controlar a fecundidade foi fundamental para que se pudesse efetivá-la. Segundo Giffin, a reivindicação de direitos reprodutivos evoluiu pelo entendimento de que controlar a fecundidade seria uma condição essencial na luta pela igualdade social de gênero nestas sociedades onde a esfera privada, da família, foi associada às mulheres e desvalorizada, enquanto os valores dominantes eram referidos à atuação no mundo público, dominado pelos homens.²

Em 1994, a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo) estabeleceu um programa de ação que afirmou os direitos reprodutivos como categoria de direitos humanos já reconhecidos em tratados internacionais, incluindo o direito à escolha livre e responsável do número de filhos e de seu espaçamento, dispondo da informação, educação e meios necessários para tanto. Importante para os fins deste estudo foi a

¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

² GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 18 (suple.). Rio de Janeiro, 2002. p. 103-112.

declaração de que a saúde reprodutiva implica a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos.³

Frente a todos os fatores políticos, econômicos e sociais relacionados à vida das mulheres, percebe-se que os fenômenos que ocorrem com a sua saúde hoje são historicamente explicados. Mesmo com a conquista de espaço pelas mulheres no mercado de trabalho, elas ainda são consideradas pela sociedade como as grandes procriadoras, e, desta forma, todos os programas de saúde da mulher destacam, em sua essência, o período reprodutivo. Segundo o Ministério da Saúde, a centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo gravídico-puerperal perpetuou-se até muito recentemente e apenas nas décadas de 1960 e 70 começaram a surgir entidades que desenvolviam programas de cuidado integral à saúde da mulher, incluindo a dimensão da saúde e dos direitos sexuais.⁴

Em grande medida, os esforços no sentido de clarificar e refinar os conteúdos dos direitos sexuais tem sido desenvolvidos pós-facto e chamam atenção para o fato de que – à diferença dos direitos reprodutivos, que surgiram e amadureceram exclusivamente no campo feminista – o refinamento dos direitos sexuais exige o envolvimento de outros atores e perspectivas (lésbicas, gays, travestis, transgênero, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens e outros “dissidentes sexuais”), o que torna a tarefa incomparavelmente mais complexa.⁵

Questões relacionadas aos processo de reprodução exercem grande influência na vida das mulheres, o que não necessariamente é o caso da experiência de homens. Assim, escolher o momento oportuno para gerar seus filhos e filhas, ter uma gestação tranquila, assistência adequada ao parto e puerpério, bem como conhecer e ter acesso a métodos contraceptivos são fatores imprescindíveis para o bem-estar físico e emocional das mulheres. Porém, a atenção à saúde das mulheres não pode e não deve ser restrita apenas ao ciclo reprodutivo.

Para Fonseca, as mulheres restringidas ao papel de mãe, dona-de-casa, em geral, são as últimas pessoas com quem elas mesmas se preocupam. Nesse sentido, não é incomum relatarem, por exemplo, falta de tempo para o controle da

³ RIOS, Roger Raupp (Org.). *Em defesa dos direitos sexuais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 17.

⁴ BRASIL, 2001.

⁵ CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 21-22.

situação de saúde em função do acúmulo das tarefas do lar, quando não destas e dos trabalhos realizados fora dele.⁶

Neste contexto, além dos cuidados básicos com a saúde sexual e reprodutiva da mulher, é também necessário verificar as possíveis situações que podem prejudicar a saúde desta, como os casos de doenças sexualmente transmissíveis, que podem acarretar não só um problema de saúde, mas também principiar um processo cancerígeno.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) representam, hoje, uma das causas mais comuns de adoecimento no mundo, tendo grande impacto na saúde da população, além das consequências sociais e econômicas relevantes. O câncer genital (principalmente o de colo uterino) é uma das severas complicações associadas à DST, pois, o Papiloma Vírus Humano (HPV), adquirido por transmissão sexual é considerado a principal causa de câncer de colo uterino.⁷

O câncer do colo do útero é um problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Apesar de toda evolução tecnológica da medicina e principalmente os avanços na área de conhecimento oncológico, o câncer do colo do útero permanece com sua incidência e mortalidade em ascensão, principalmente na região Norte.

Estudos epidemiológicos estabeleceram que certos tipos de HPV, dentre os cento e dezoito tipos existentes, são a principal causa do Câncer de Colo de Útero (CCU). A relação entre o HPV e o CCU é cerca de dez a vinte vezes maior do que a relação do tabagismo e o câncer de pulmão. Os tipos 16 e 18, dentre os tipos de HPV que infectam a região do colo do útero, foram identificados como os principais agentes etiológicos desse tipo de câncer.

O tema em estudo foi idealizado com base na necessidade de buscar conhecimento específico acerca dos fatores de risco identificados para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Outro ponto observado é a grande ocorrência deste tipo de câncer entre as mulheres paraenses, o que evoca a melhor compreensão do fenômeno/realidade que dirima as dúvidas, aumentando assim os conhecimentos sobre as formas de prevenção e cuidados.

Estudos mostram que vários são os fatores de risco identificados para o surgimento do câncer do colo do útero. Entre esses pode-se citar fatores sociais,

⁶ FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 3-32, ago./dez. 1999.

⁷ RIOS, 2007.

ambientais e os hábitos de vida, tais como baixas condições sócio-econômicas, atividade sexual precoce, pluralidade de parceiros sexuais, vício de fumar, poucos hábitos de higiene ou higiene íntima inadequada e o uso prolongado de contraceptivos orais são os principais.⁸ Atribui-se, o crescente número de casos a uma vulnerabilidade específica às mulheres, em função da ausência de sinais e sintomas iniciais, a dificuldade de acesso à informação, falta de atendimento adequado na rede de saúde, bem como a dificuldade de enfrentamento das questões culturais, como discutir prevenção e tratamento com o parceiro.⁹

Sabendo-se que na região Norte, principalmente no Estado do Pará, o índice de câncer do colo do útero é muito grande, acometendo mulheres cada vez mais jovens, esse estudo é de caráter essencialmente exploratório, direcionado para o perfil epidemiológico e cuidados essenciais das mulheres com alterações celulares de alto grau atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM), em 2014.

Atualmente, pode-se contar com unidades de referências em patologias do trato genital feminino, ou Unidades de Referências (URE's), a exemplo das unidades secundárias como o Centro de Referência de Saúde da Mulher, que oferecem além do exame preventivo, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, principalmente nos casos de Lesão intraepitelial de baixo e alto graus, e patologias in situ (câncer in situ) já que as patologias invasoras serão encaminhadas e tratadas no Hospital Regional do Baixo Amazonas (em Santarém), entre outros da rede Sistema Único de Saúde – SUS. A sobrecarga de serviços provoca longas e intermináveis filas de pessoas que necessitam de tratamento imediato, e uma enorme demanda reprimida, tornando mais sombrio o prognóstico, por tratar-se de doença invasiva para a qual o tempo significa vida.

Tendo em vista o desconhecimento acerca da causa do carcinoma cérvico-uterino, é de grande importância realizar a análise dos fatores epidemiológicos, tendo em vista que por meio destes dados é possível estabelecer um atendimento mais humanizado, e direcionado especificamente a esta clientela tão vulnerável.

A proposta desse estudo partiu de situações rotineiras observadas nos atendimentos realizados no Centro de Referência de Saúde da Mulher, que presta assistência às mulheres, local este onde foi desenvolvida a pesquisa, na cidade de

⁸ CORRÊA; ÁVILA, 2003.

⁹ BRASIL, 2001.

Santarém, Estado do Pará. Durante as conversas constatou-se que ainda existe um desconhecimento a respeito do exame de prevenção do câncer cérvico uterino e também de sua eficácia.

Este estudo tem por objetivo geral, analisar o atendimento humanizado das mulheres com alterações celulares de alto grau atendidas no Centro de Referência de Saúde da Mulher, no período de 2014, em Santarém – Pará. Além disso, identificar informações sobre câncer de colo de útero referidas pela literatura nacional e internacional, verificar o perfil epidemiológico das mulheres atendidas no CRSM, em 2014, e analisar os cuidados essenciais viabilizados para mulheres com alterações celulares de alto grau atendidas no CRSM.

1 SAÚDE DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste tópico aborda-se as políticas públicas de saúde brasileiro, tendo como enfoque o atendimento de saúde. Outro ponto discutido é sobre como esta política fortalece o Sistema Unido de Saúde (SUS), para então adentrar no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que estabelece um atendimento humanizado para as usuárias deste serviço.

1.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

De acordo com Campos, as principais características do sistema de saúde brasileiro de hoje têm raízes no início do século passado, e são fruto de uma política do Estado. Não de um Estado nacional, uma vez que este se constituiu no Brasil somente após os anos 1930, nem de uma política propriamente de saúde, mas através de um poder central, que instituiu normas de regulação social da relação entre capital e trabalho, isso numa época em que a sociedade e a economia brasileira estavam passando por profundas mudanças.¹⁰

A origem das atuais características que hoje representam sérios desafios para o cumprimento dos preceitos constitucionais de 1988 no que diz respeito à saúde está na legislação previdenciária, que data de 1923, quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões. A partir de 1930 elas se transformam em Institutos, agora não mais organizados por empresas, como era o caso das Caixas, mas por segmentos dos assalariados segundo o setor econômico em que estavam inseridos.¹¹

Na década de 1930, o Estado passou a intervir na assistência médica, que anteriormente era filantrópica com prática liberal. Com as transformações econômicas e políticas, surgiram algumas iniciativas na área da saúde pública, além da realização de campanhas limitadas.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, na seção II — Da Saúde, o artigo 198 reza que as ações e os serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, que conforma um sistema único de saúde, organizado segundo três diretrizes básicas: descentralização;

¹⁰ CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

¹¹ CAMPOS, 2009, p. 238.

atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Segundo Boschetti, desde meados da década de 1970 a descentralização vinha sendo timidamente implementada no contexto de um Estado altamente centralizado. Foi a partir da década de 1980 que ela ganhou força, sobretudo a partir de 1988, quando passou a ser respaldada pela lei maior da sociedade. No entanto, a descentralização da saúde tem várias especificidades e enfrenta várias circunstâncias institucionais nem sempre favoráveis a ela. A primeira delas é a tradição brasileira de um Estado nacional altamente centralizado, o que por sua vez se associa à tradição de políticas de saúde altamente centralizadas e verticalizadas, cabendo aos municípios a mera execução das prioridades e ações ditadas pelo nível central, e em segundo lugar pelo nível estadual.¹²

Boschetti reforça que a partir de 1988 os municípios foram alçados à condição de entes da Federação, caso singular na América Latina, e nessa condição integrando a Federação brasileira. Por outro lado, os Fundos de Participação Estadual e Municipal, por meio dos quais o governo federal é obrigado a repassar um percentual dos recursos que arrecada para esses entes federados, reforçam a autonomia relativa destes ante o governo central.¹³

A Política Nacional de Assistência Social, após a implantação do SUS, se configura necessariamente na perspectiva socioterritorial, tendo os mais de 5.500 municípios brasileiros como suas referências privilegiadas de análise, pois se trata de uma política pública, cujas intervenções se dão essencialmente nas capilaridades dos territórios. Essa característica peculiar da política tem exigido cada vez mais um reconhecimento da dinâmica que se processa no cotidiano das populações.¹⁴

Como o financiamento da saúde em grande medida ainda é de responsabilidade do Governo Federal, é ele que acaba determinando os parâmetros pelos quais a descentralização da saúde se dá. Assim, a definição das atribuições dos estados e municípios e seu grau de autonomia para ditar suas respectivas políticas de saúde dependem desses parâmetros.

¹² BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: GESST/Unb, 2003.

¹³ BOSCHETTI, 2003.

¹⁴ BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. p. 11.

De acordo com Campos, quanto à integralidade, hierarquização e regionalização do sistema de saúde, a regionalização acaba se defrontando com duas questões. Por um lado, o caráter da federação brasileira e das formas de financiamento da saúde tornam os municípios e os estados competitivos entre si na arrecadação de recursos. Por outro lado, existe uma distribuição altamente desigual dos equipamentos de saúde, mais acentuadamente ainda no que diz respeito aos equipamentos de maior complexidade tecnológica.¹⁵

Assim sendo, uma das principais características das políticas de saúde desse período mais recente (a partir de meados da década passada), e que consiste na expansão da atenção primária à saúde promovida por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, não consegue lograr que essa expressiva expansão da cobertura da população nesse nível de atenção venha acompanhada da suficiente retaguarda de cobertura dos outros níveis de atenção (secundário e terciário), uma vez que os investimentos em saúde nesses tipos de equipamento vêm sendo muito tímidos, quase nulos.¹⁶

No entanto, segundo Forti e Guerra, não se pode menosprezar a implantação da estratégia Programa Saúde da Família (PSF) no que diz respeito a mudanças no campo das políticas de saúde. Essas mudanças, no entanto, não se dão tanto no modelo de atenção à saúde, pois a infraestrutura de equipamentos existentes e os interesses envolvidos e já cristalizados no que diz respeito à indústria médico-hospitalar e aos operadores e provedores do subsistema privado de serviços de saúde não serão modificados de um dia para outro, mas sim no perfil da lógica de financiamento do setor.¹⁷

Forti e Guerra ressaltam que isso ocorre porque no caso do PSF o governo federal repassa recursos para estados e municípios a partir de um duplo cálculo: um fixo e um móvel, baseado na cobertura da população. O Estado, por meio do mecanismo de financiamento da atenção básica, se utiliza desse instrumento para redistribuir de fato os recursos segundo necessidades de saúde da população, e não segundo a produção de serviços de atendimento à população (pagamento por produção). Talvez aí resida uma das maiores relevâncias do PSF.¹⁸

No que diz respeito à participação da comunidade, ou o denominado controle social, a estratégia Saúde na Família vem se dando de forma cada vez mais

¹⁵ CAMPOS, 2009.

¹⁶ CAMPOS, 2009, p. 243.

¹⁷ FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Orgs.). *Serviço Social: temas, textos e contexto*. Coletânea nova de serviço social. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

¹⁸ FORTI; GUERRA, 2010.

consolidada nos espaços institucionais previstos em lei, através da atuação dos Conselhos de Saúde, existentes nos âmbitos nacional, estadual e municipal. De acordo com Boschetti, eles têm caráter deliberativo, isto é, por lei têm o poder de ditar e determinar as prioridades e as políticas de saúde nas suas respectivas esferas de atuação, e têm representação paritária do Estado e da sociedade civil.¹⁹

No entanto, segundo Campos, estudos sobre a dinâmica de funcionamento desses Conselhos de Saúde demonstram que sua efetividade e sua eficácia enquanto espaço de exercício de representação dos interesses da sociedade são restritos. Porém, muitas vezes não conseguem suprir todas as demandas que a sociedade necessita. Isso impede que se afirme categoricamente que a existência por si desses colegiados de fato garanta maior democratização das políticas de saúde.²⁰ Sem dúvida eles constituem um instrumento valioso para o exercício da negociação entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às diretrizes implementadas pelas políticas de saúde, mas necessariamente não se constituem em espaços efetivos de negociação de diferentes interesses em jogo.

Neste contexto, as Políticas Públicas de Saúde possibilitaram a melhoria do atendimento à população, haja vista as precariedades em que encontra o sistema de saúde pública brasileiro.

1.2 A Política Pública de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), fruto de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais, fez com que o processo de universalização da assistência à saúde descrito acima evoluísse. De acordo com Figueiredo e Tonini, o SUDS representou a descentralização das atividades e dos recursos físicos, humanos e financeiros da máquina previdenciária do INAMPS para as secretarias estaduais de saúde e proporcionou ganhos na racionalização da gestão e do uso dos recursos. Nos municípios, esse processo de descentralização não ocorreu em virtude da retenção de poder por parte do governo estadual.²¹

¹⁹ BOSCHETTI, 2003.

²⁰ CAMPOS, 2009.

²¹ FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa (Orgs.). *SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

Em 1987, o movimento pela reforma sanitária conseguiu intervir nas resoluções da Assembléia Nacional Constituinte, inscrevendo um capítulo exclusivo referente à saúde na Constituição de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), definido como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Sua implantação colocou em debate a mudança de um modelo de assistência voltado apenas para o objeto saúde/doença.²²

O SUS possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade e, com isso, também mudou o olhar e as ações para as práticas e os serviços. Dentro dessa compreensão, o Ministério da Saúde atualmente estabelece os seguintes princípios doutrinários do SUS:

1. Universalidade: garantia de assistência à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; deve atender todos os indivíduos da população sem distinção (com ou sem renda), com gratuidade, sendo ou não contribuintes da previdência.
2. Integralidade da assistência: o ser humano deve ser considerado como um ser integral e biopsicossocial, que deve ser atendido integralmente com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação oferecidas pelo mesmo sistema de saúde, pois são indivisíveis.
3. Equidade: garantia de ações e serviços em todos os níveis, de acordo com a complexidade exigida em cada caso, sem privilégios e sem barreiras. Os recursos de saúde devem ser disponibilizados de acordo com a necessidade de cada uma.
4. Descentralização político-administrativa: direcionada a cada esfera de governo, pois quem está mais próximo da população possui maior probabilidade de acertos quanto às soluções apresentadas para os problemas de saúde.
5. Participação da comunidade: ocorre por meio de conselhos regionais, intensificando a democracia do sistema, visto que dispõe de mecanismos para assegurar o direito e a participação de todos os segmentos envolvidos.²³

Segundo Campos, dentre os princípios de organização, destacam-se: a descentralização da gestão do sistema, com direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização, participação da comunidade e o caráter

²² FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 19

²³ BRASIL, Ministério da Saúde. *Princípios doutrinários do SUS*. 2012. Disponível em: <www.saude.org.br>. Acesso em: 20 mar. 2015.

complementar do setor privado²⁴, conforme descrito no art. 199 da Constituição Federal do Brasil, de 1988:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.²⁵

A Constituição da República de 1988 abriu caminho jurídico para a descentralização e, pela primeira vez na história, o setor da saúde recebeu destaque constitucional, acolhendo em seu texto muitas das demandas colocadas pela sociedade brasileira e, em particular, pelo movimento sanitário. Segundo Figueiredo e Tonini, o sistema político federativo, constituído pelas três esferas de governo (União, estados e municípios) as considera como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica e, portanto, tornaram-se responsáveis pelo desenvolvimento do SUS.²⁶ De forma ampla, a Constituição do Brasil prevê o seguinte:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.²⁷

O setor da saúde conseguiu unificar seu sistema em nível nacional, integrando as antigas bases assistenciais às "sanitaristas". Conforme Figueiredo e Tonini, transferiu aos estados e municípios as estruturas de atendimento locais e recursos financeiros mediante lógicas pactuadas.²⁸ Muitos municípios conquistaram autonomia de gestão e persistiu o movimento direcionado à complexidade crescente nos atendimentos. Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o

²⁴ CAMPOS, 2009.

²⁵ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

²⁶ FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

²⁷ BRASIL, 1988.

²⁸ FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

Instituto Vital Brasil. Campos ressalta que o SUS garante a todos/as os/as cidadãos/ãs o direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam elas públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.²⁹

A regulamentação do SUS foi estabelecida no final de 1990. A Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei n. 8.080 e a Lei n. 8.142 destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, como a construção do modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, no controle social e em um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal.³⁰

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou provisório, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado. A lei instituiu o SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicos, pela administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público. O setor privado participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.³¹

Em amplo sentido, de acordo com Figueiredo e Tonini, a Lei n. 8.080, regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências da esfera governamental, enfatizando a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina ainda como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços, trata da gestão financeira, define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.³²

Em seu art. 9º, a LOS define que a direção do SUS deve ser única, tal qual disposto no inc. I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de

²⁹ CAMPOS, 2009.

³⁰ CAMPOS, 2009.

³¹ FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 22.

³² FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.³³

Melo, Cunha e Tonini ressaltam que a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor da saúde.³⁴ O SUS conta com as seguintes instâncias colegiadas, em cada esfera de governo: conferência de saúde e conselho de saúde. De acordo com Campos, ambas possuem organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo conselho. A lei também trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automático para as esferas municipais, estaduais e federais.³⁵

De acordo com Melo, Cunha e Tonini, o processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, sempre em conformidade com as representações dos/as secretários/as estaduais e municipais de saúde.³⁶

Um dos aspectos mais relevantes desse processo diz respeito à tentativa da definição de um papel para cada esfera do governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade política, econômica e social do país, as características de federalismo brasileiro e as intensas transformações pelas quais o estado brasileiro vem sofrendo nas diversas áreas da política. Os municípios passaram a atuar como os principais responsáveis pela execução e coordenação de ações e serviços de saúde prestados diretamente à população.³⁷

O sistema federativo funcionaria, em tese, nos países em que há grande diversidade e heterogeneidade, por, teoricamente, fazer valer a democracia em situações de acentuada diferenciação política, social, cultural, econômica ou religiosa. Esse tipo de sistema, segundo Campos, torna mais complexa a implementação de políticas de saúde de abrangência nacional.³⁸

Segundo Figueiredo e Tonini, as políticas de saúde são dotadas de grande complexidade. Alguns dos fatores implicados nessa complexidade são: variadas determinações sobre o estado de saúde da população; multiplicidade de

³³ FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 23

³⁴ MELO, Enirtes C. P.; CUNHA, Fátima T. S; TONINI, Teresa. *Políticas de Saúde Pública*. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

³⁵ CAMPOS, 2009.

³⁶ MELO; CUNHA; TONINI, 2007.

³⁷ MELO; CUNHA; TONINI, 2007, p. 41.

³⁸ CAMPOS, 2009.

necessidades; diferentes ações e serviços para suprir essas necessidades; pessoal capacitado e recursos tecnológicos para atendê-las; interesses e pressões comerciais do mercado (venda de equipamentos, medicamentos, serviços, etc.), que constantemente abalam um sistema embasado na concepção de saúde como um direito de cidadania.³⁹

Esse processo é guiado pelas normas operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Segundo Campos, tratam-se de normas que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios assumam as novas posições no processo de implantação do SUS.⁴⁰ As Normas Operacionais Básicas (NOB) voltam-se, direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade desse sistema.

Depreende-se que as políticas de saúde pública no Brasil estão articuladas de forma a atender os cidadãos em sua totalidade, e não somente em casos de necessidade. Enfatizando-se assim a relevância do Sistema Único de Saúde para o atendimento da população brasileira.

1.3 Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para a assistência integral à saúde das mulheres devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi oficializado na década de 1980 e configura-se como uma estratégia de destinação seletiva de recursos que permitam a operacionalização de conteúdos de grande prioridade vinculados às mulheres.

O programa nasceu com o objetivo de:

- aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização do serviço para toda a população;
- melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado, tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais) e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias;
- aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto;

³⁹ FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

⁴⁰ CAMPOS, 2009.

- implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas;
- implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças transmitidas sexualmente;
- implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo;
- desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade;
- evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.⁴¹

Estes objetivos foram ampliados, e concentram-se atualmente em:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Dentre os objetivos específicos encontram-se:

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
- Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.⁴²

Os conteúdos da assistência integral à saúde das mulheres previstos nesse Programa devem ser desenvolvidos por meio de atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério imediato. Por assistência clínico-ginecológica compreende-se o conjunto de ações e procedimentos voltados para a identificação, diagnóstico e tratamento das patologias

⁴¹ FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 276.

⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. p. 67.

sistêmicas e das patologias do aparelho reprodutivo, inclusive a prevenção do câncer de colo uterino e mama, e orientação sobre planejamento familiar.⁴³

Segundo Santos o PAISM e a implementação de políticas de atenção à saúde das mulheres deram-se no final do período chamado de “milagre econômico”, período de intensa acumulação de capital a partir de recursos internacionais (do final da década de 1960 ao início dos anos 70).⁴⁴ Giffin relata que nascido no seio do movimento sanitário nacional pré-constituente, o PAISM avançou no processo de formulação de um programa de saúde pública integral e equitativa como direito universal. Era um momento de intensa efervescência política e social e, no bojo das transformações estruturais, o PAISM resultou da convergência de diversas forças sociais. Entre elas está o feminismo como corrente de pensamento e ação social que, a partir da ótica das mulheres, propõe a releitura da hegemonia do fator biológico na atenção à saúde das mulheres, tornando o fator social a base para intervenção.⁴⁵

De acordo com D’Oliveira, observando as atividades e conteúdo da assistência pretendida pelo PAISM, fica evidente que ele mantém, nas atividades propostas, o recorte da mulher como corpo reprodutivo.⁴⁶ Entretanto, busca ampliar esse recorte em várias direções. Além da mulher-mãe, a mulher-sexual, de qualquer idade, passa a ser também alvo das ações do serviço de saúde, quando este estimula o planejamento familiar, o controle de câncer ginecológico e das doenças sexualmente transmissíveis. A atenção para as adolescentes e idosas amplia os cuidados para além da idade fértil.

Essa autora também relata que o PAISM teve, pois, como objeto, uma mulher reprodutiva e sexual, assumindo a especificidade feminina como foi historicamente constituída, e localizando essa especificidade, mais uma vez, como há mais de um século, no aparelho reprodutivo sexual do corpo humano. Incorporou, além da tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e atenção à esterilidade, a

⁴³ CAMPOS, 2009.

⁴⁴ SANTOS, Nívea Cristina Moreira. *Assistência de enfermagem materno-infantil*. 2. ed. São Paulo: Iátria, 2009.

⁴⁵ GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 18 (suple.). Rio de Janeiro, 2002. p. 103-112.

⁴⁶ D’OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 3, n. 4. Botucatu, 1999.

assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas às mulheres e às patologias clínicas mais comuns.⁴⁷

Para Giffin, adotando esses princípios, e beneficiadas pelo clima de mobilização política vigente, as formuladoras do PAISM conseguiram promover amplo debate público com profissionais de saúde e integrantes dos movimentos de mulheres.⁴⁸ O PAISM adotou como documento base o texto “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” e focalizou em linhas gerais um conceito de assistência integral:

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de saúde.⁴⁹

As atividades básicas de assistência integral à saúde das mulheres constituem um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação aplicado permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde das mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher deve ser desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato. Cumpre conferir capacidade resolutiva à rede básica, favorecer o desenvolvimento institucional das secretarias de saúde das unidades federadas, adequar a rede de unidades de saúde ordenadas em um sistema integrado e reforçar a capacitação de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos.⁵⁰

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades das mulheres, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo. Estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento. De acordo com Figueiredo e Tonini, paralelamente, o Ministério considerava importante identificar e apoiar os centros que faziam

⁴⁷ D'OLIVEIRA, 1999.

⁴⁸ GIFFIN, 2002.

⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

⁵⁰ BRASIL, 2001.

pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área de saúde da mulher para tê-los na condição de fornecedores de subsídios técnico-científicos para facilitar a implantação do PAISM.⁵¹

Parecia haver consenso de que se tratava de uma proposta inovadora, abrangente, voltada a assistir às precárias condições de saúde das mulheres no Brasil, independente de estarem ou não no ciclo reprodutivo. Santos ressalta que houve algumas críticas em relação ao Programa. Articulistas discutiam as suas intenções controladoras, argumentando que, em suas bases, revelava por finalidade última muito mais o controle da procriação do que propriamente a atenção global à mulher.⁵²

Figueiredo e Tonini relata que a sua relevância, entretanto, fica clara ao se evidenciar o seu significado social. Destaca-se sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde.⁵³ Diante de tantos desafios, e por se tratar de um Programa inovador, pode-se considerar que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher constituiu-se em um marco bastante importante. Mas há que se pensar e discutir até que ponto o conceito de integralidade do Programa de fato é abrangente o suficiente.

Apesar de citar alguns parâmetros que vão além do ciclo reprodutivo feminino, este não deixa claro o que necessariamente deveria ser abordado e priorizado no que se refere aos agravos clínicos e ginecológicos, e tão pouco aos aspectos psicoemocionais das mulheres. Uma outra característica desse Programa é a verticalidade e a falta de integração com outros programas do governo, cujos resultados se refletem em uma assistência fragmentada e de baixo impacto nos indicadores de saúde das mulheres.⁵⁴

A investigação sobre questões relacionadas à saúde das mulheres requer um percurso transdisciplinar, obrigando a intensificação de um diálogo ainda incipiente. Há que se considerar que o PAISM foi criado há 20 anos e se, naquela ocasião, já de antemão recebia críticas por parte de especialistas na área e de alguns políticos, hoje é necessário considerar que o perfil epidemiológico das

⁵¹ FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

⁵² SANTOS, 2009.

⁵³ FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

⁵⁴ FIGUEIREDO; TONINI, 2007.

mulheres é outro. A sua inserção no mercado de trabalho é maior e os agravos à sua saúde advindos desse processo também se modificaram. Dessa forma, o que se busca neste momento, além da implantação vigorosa do PAISM nas regiões mais periféricas do País, é a revisão de suas bases programáticas, para que concurem com um Programa amplo e bem definido.⁵⁵

Segundo Santos, identificar quais são as carências de saúde das mulheres e como elas se distribuem, é fundamental à implementação de uma política coerente com o princípio da integralidade.⁵⁶ Para o Ministério da Saúde, em levantamento feito em 2003, estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda barreiras políticas, técnicas e administrativas.⁵⁷

1.4 Atendimento Humanizado na Saúde

O SUS, a despeito de outras organizações, institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. No entanto, apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta alguns entraves, como:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;

⁵⁵ CAMPOS, 2009.

⁵⁶ SANTOS, 2009.

⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *2004 – Ano da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.⁵⁸

As metas do Ministério da Saúde levam a um SUS comprometido com a humanização em todas as suas instâncias, programas e projetos. No entanto, prega que as mudanças no modelo de atenção à usuária e ao usuário não se farão sem mudanças no modelo de gestão e sem o envolvimento de todos/as: gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras e usuários e usuárias.⁵⁹

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída como uma política pública com o propósito de promover a integralidade das ações de saúde no âmbito da atenção e gestão de forma indissociável, favorecer a universalidade do atendimento e o aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de conhecimentos sem desvalorizar os processos já instituídos. Dessa forma, a PNH foi pensada como uma política transversal às demais políticas e ações de saúde e tem procurado vincular-se a todos os processos em curso bem como na elaboração de políticas de saúde por meio dos princípios orientadores da humanização.⁶⁰ A PNH atua com um conjunto de ofertas de apoio político e institucional tendo como orientação quatro marcas:

- 1- Reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- 2- Assegurar que todos os usuários do SUS conheçam os profissionais que cuidam de sua saúde e que os serviços de saúde se responsabilizem por sua referência territorial;
- 3- Garantir aos usuários o acesso às informações e a presença de acompanhante de sua livre escolha em todos os momentos do cuidado de sua saúde, bem como os demais direitos dos usuários do SUS;
- 4- Consolidar nas unidades de saúde, a gestão participativa dos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores de saúde.⁶¹

O Governo Federal, pelo Ministério da Saúde, após identificar o número de queixas decorrentes de maus tratos na área da saúde mental, resolveu reavaliar seus serviços. Para tanto, constituiu um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que tem como

⁵⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p. 13.

⁵⁹ BRASIL, 2006.

⁶⁰ BRASIL, 2006.

⁶¹ BRASIL, 2006, p. 15.

objetivo a mudança cultural no atendimento de saúde no Brasil, aprimorando as relações entre os e as profissionais de saúde e usuários e usuárias, dos e das profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, valorizando a dimensão humana em todos os aspectos do ato de assistência à saúde. Desta forma, busca atender as expectativas dos gestores e das gestoras e da comunidade em geral.⁶²

A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. O pressuposto subjacente a todo o processo de atendimento humanizado é facilitar que a pessoa vulnerabilizada enfrente positivamente os seus desafios. Este resgate traz à tona várias questões a serem consideradas no tempo presente, como o avanço tecnológico dissociado das percepções afetivas, a cultura consumista e rapidamente descartável, a insatisfação com a simplicidade da vida e a busca constante de emoções fortes, entre outras.⁶³

Seguindo a discussão proposta por Leonardo Boff⁶⁴, o atendimento humanizado pode ser considerado como o cuidar do outro e da outra, de seu corpo, da vida que o e a anima, cuidar do conjunto de relações com a realidade que o e a circunda, que abrange a higiene, alimentação, o ar que o indivíduo respira, como se veste, como organiza sua casa, e se situa dentro do espaço ecológico que habita.

No universo que abrange o direito à informação estão também as produções técnicas e científicas na área da saúde e afins que possibilitam a disseminação de novos saberes e a troca de experiências entre gestores, gestoras, trabalhadoras e trabalhadores de saúde, além de promover o esclarecimento aos usuários e às usuárias do SUS. Em cada passo que o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar realiza em âmbito nacional, cria-se grupos de capacitadores e capacitadoras que, distribuídos e distribuídas estrategicamente, têm como função criar grupos de trabalho de humanização junto aos hospitais que estejam participando da Rede Nacional de Humanização, com objetivo de consolidar os trabalhos, possibilitando intercâmbio de idéias, estratégias, informações e experiências entre os hospitais participantes.⁶⁵

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) desenvolve uma importante e estimulante iniciativa de humanização, pois além de

⁶² SANTOS, 2009.

⁶³ PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 03.

⁶⁴ BOFF, Leonardo. *Saber cuidar*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

⁶⁵ BRASIL, 2006.

estar valorizando as instituições e profissionais, amplia o seu compromisso com a comunidade, desenvolvendo um trabalho diferenciado e humanizado.

Outra iniciativa no âmbito de políticas públicas é a proposta de Humanização no Programa de Saúde da Família, implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994. Em São Paulo este projeto teve início em 1996, como um modelo de atenção que incorporou as perspectivas do SUS, priorizando reordenar a assistência nos aspectos relacionados à prevenção, à promoção da saúde e ao atendimento aos doentes. O enfoque na humanização compreende a atenção integral voltada para indivíduo e família, por meio de ações de equipes multidisciplinares desenvolvidas nos âmbitos da unidade de saúde, do domicílio e na própria comunidade.⁶⁶

A dimensão humana é complexa. Sua abrangência atinge a tudo que a circunda, nas mais simples às mais complexas situações. Por isso a eficácia dos serviços prestados de forma integrada, e gerencialmente atualizada no campo da humanização, incorrerá em profunda mudança no modo de fazer assistência nos hospitais públicos do Brasil. Isso promoverá uma nova filosofia organizacional e uma cultura da humanização de forma contagiante, a qual nem as descontinuidades, as mudanças de direção, chefia ou governo possam vir a abalar.

Neste contexto, discutir sobre a política de saúde aplicado no SUS, de forma a abranger o PAISM, como um programa específico ao atendimento das mulheres, pode demonstrar que o atendimento humanizado viabiliza a prevenção do câncer de colo útero, visto que o aumento de mulheres que procuram o atendimento do SUS tem aumentado ao longo dos anos, pois encontram profissionais de saúde que a atendem com um cuidado especial, facilitando que estas mulheres retornem para realizar o tratamento, em caso de necessidade.

⁶⁶ PESSINI; BERTACHINI, 2014, p. 03.

2 CÂNCER DE COLO UTERINO E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES

Neste capítulo discute-se sobre a incidência do câncer de colo uterino, e as formas de atendimento às mulheres que buscam o SUS para realizar exames e tratamentos.

2.1 Incidência

Há mais de um século, em 1904, foi publicado no Boletim Brasil-Médico o trabalho de A. Sodré intitulado "Frequência de Câncer no Brasil", o qual descrevia a presença de câncer no país no período de 1894 a 1898 e já observava a predominância do câncer uterino.⁶⁷ Desde então a situação se agravou.

O número de casos novos de câncer do colo uterino é de aproximadamente 500 mil por ano no mundo. Este tipo de câncer é o segundo mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de quase 230 mil mulheres/ano. Estima-se que esta incidência seja duas vezes maior em países menos desenvolvidos, a doença que pode ocorrer com maior evidência na faixa etária de 20 a 29 anos, porém o risco aumenta ligeiramente até atingir seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos.⁶⁸

No Brasil, dentre os tumores ginecológicos, o câncer do colo do útero é o mais comum entre as mulheres, só sendo superado pelo de mama.⁶⁹ Entretanto, esse cenário pode ser modificado. Primeiro, porque a adoção de programas estruturados de rastreamento pode reduzir a mortalidade e a incidência dessa patologia, por meio da promoção da saúde e detecção precoce das lesões precursoras com potencial maligno ou carcinoma *in situ*. Mas, principalmente, porque a detecção por meio do exame colpocitológico periódico tem baixo custo, é simples, eficaz e é importante assumir que medidas para controlar as infecções pelo o papilomavírus humano (HPV) ajudarão a reduzir a incidência desse tipo de câncer.

⁶⁷ MIRRA, Antonio Pedro. *Registro de Câncer no Brasil e sua História*. São Paulo: Tomgraf, 2005.

⁶⁸ PINTO, Denise da Silva; FUZIL, Hellen Thais; QUARESMA, Juarez Antônio Simões. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(4), p. 769-778, abr, 2011.

⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Falando sobre Câncer do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002.

2.2 Fatores de risco

Há vários fatores de risco detectados pela pesquisa epidemiológica do câncer cervico-uterino que aumentam as chances do desenvolvimento da metaplasia atípica pré-cancerosa. Os principais fatores associados são: as baixas condições socioeconômicas, o início da atividade sexual precoce, o número de parceiros, o vício de fumar, os hábitos de higiene genital precária, o uso prolongado de contraceptivos orais, a paridade, o sangramento entre as menstruações e/ou no ato sexual, a frequência de exame preventivo realizado, a alimentação, e a infecção viral transmitida por papiloma e herpes. Dentre estes, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA: “O vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. O vírus HPV está presente em 94% dos casos diagnosticados de câncer de colo de útero.”⁷⁰

A seguir serão discutidos mais detidamente os fatores de risco que mais impactam o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino.

2.2.1 Papiloma Vírus Humano (HPV)

O principal agente etiológico do câncer de colo de útero é o vírus do papiloma humano (HPV), que é transmitido por via sexual. Aproximadamente todos os casos de câncer de colo uterino são ocasionados por um dos quinze tipos oncogênicos do HPV, sendo os mais comuns o HPV 16 e o HPV 18, esse último predominante no estado do Pará.⁷¹

Conforme Focaccia, a infecção genital pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada uma doença sexualmente transmissível, extremamente comum.⁷² Distingue-se por duas formas extremas de apresentação clínica: benigna (verrugas genitais) e potencialmente maligna (fator causal do câncer anogenital).

Cerca de 50% dos casos ocorrem entre os 15 e os 25 anos. A prevalência em jovens varia entre 27 e 46%. A probabilidade de um indivíduo sexualmente ativo de 50 anos ter sido infectado com o HPV, ao longo da

⁷⁰ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007.

⁷¹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007.

⁷² FOCACCIA, Roberto (Ed.). *Veronesi: tratado de infectologia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

sua vida, atinge os 70 a 80%. Apesar de ser infecção muito frequente, na maioria dos casos é transitória e autolimitada. Ao fim de 1 a 2 anos, tem resolução espontânea em 80% dos casos. A infecção torna-se persistente nos restantes 20%, condição predisponente para uma evolução desfavorável. Em 3 a 4% dos casos evolui para lesões, das quais 0,7 a 1% para lesão pré-cancerosa e 0,1% para câncer invasivo, com um tempo de progressão variável, em geral longo, ao redor de 15 anos.⁷³

Segundo o Ministério da Saúde, é uma doença viral que, com maior frequência, manifesta-se como infecção subclínica nos genitais de homens e mulheres. Clinicamente, as lesões podem ser múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, podendo também aparecer como lesão única. A localização ocorre no pênis, sulco bálano-prepucial, região perianal, vulva, períneo, vagina e colo do útero. Morfologicamente, são pápulas circunscritas, hiperquerotósicas, ásperas e indolores, com tamanho variável. Condiloma gigante, assim como papulose bowenóide, são raros.⁷⁴

O papilomavírus é um vírus DNA, que pertence à família *Papovaviridae*; possuindo forma icosaédrica não envelopada, com 72 capsômeros. Seu genoma é circular, composto por dupla fita de DNA, com comprimento de 7.900 kilobases e massa molecular de 5x10⁶ daltons. O HPV é classificado primeiramente pela espécie de hospedeiro natural (humano, bovino, vírus de Shope) e subclassificado, em tipos, de acordo com a organização das sequências de nucleotídeos do DNA.⁷⁵

O HPV não é um vírus “novo”. Já houve varias incidências cerca de dois mil anos atrás, ocasião em que o descreviam como lesões semelhantes a verrugas. Contudo, apenas no século XIX ficou evidenciado a infectividade das verrugas, tendo sido na época realizado inoculação de extrato de verrugas em cobaias. Em 1954 ficou comprovado a transmissão sexual das verrugas, mas apenas em 1977, Purola e Savia citado por Coelho⁷⁶, associaram o Papiloma Vírus Humano (HPV) com as displasias cervicais, e em 1983, Zur também citado por Coelho, identificou que o HPV era um dos responsáveis do câncer uterino, “uma vez que fora encontrado no DNA de pacientes infectados, porém apenas em 1996 o HPV ficou caracterizado como o principal fator encontrado da etiologia do câncer do colo do útero.”⁷⁷

⁷³ FOCACCIA, 2009, p. 681.

⁷⁴ BRASIL, Ministério da Saúde. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

⁷⁵ MARQUES, Carlos Alberto Sá. *Infecção Genital pelo HPV: imunodeficiência e câncer do colo uterino*. 2010, p. 21.

⁷⁶ COELHO, Francisco Ricardo Gualda. *Câncer do colo do útero*. São Paulo: Editora Tcmmedd, 2008.

⁷⁷ COELHO, 2008, p. 31.

Recentemente, segundo Moutinho, esforços têm sido feitos para a descrição de variantes de tipos de HPV. Enquanto um novo subtipo de HPV é definido como tendo carga viral com 90 a 98% de similaridade dos nucleotídeos, o HPV variante possui mais de 98%. Até o momento, mais de 120 tipos de papilomavírus humano (HPV) foram descritos.⁷⁸

De acordo com Focaccia, o HPV pode ser agrupado de acordo com a especificidade tecidual:

- HPV cutaneotrópico. Acomete tanto indivíduos imunocompetentes e imunodeprimidos, afeta áreas não genitais, inclui o HPV 1 a 4 e 10. Estes tipos são quase sempre associados a lesões verrucosas benignas.
- HPV cutaneotrópico associado à epidermodisplasia verruciforme (EDV). A EDV é patologia rara autossômica recessiva, caracterizada por predisposição anormal a carcinomas de pele causados por papilomavírus EDV-específicos (HPV 5 e 8). Suscetibilidade aumentada para o HPV-5 foi mapeada no loci 2 do cromossomo 17q25.
- HPV mucosogenitotrópico. Infecta especialmente a mucosa da genitália, podendo ocorrer em qualquer outra mucosa do organismo (oral, ocular, respiratória). Sabe-se, até o momento, que mais de quarenta e cinco tipos de HPV infectam o trato genital humano. O HPV mucoso-genitotrópico pode ainda ser classificado de acordo com sua capacidade de transformação neoplásica: - HPV de baixo risco (tipos 6,11, 42, 43, 44), relacionado principalmente à verruga genital e neoplasia intraepitelial de baixo grau (infecção por HPV e displasia leve). Raramente estes tipos virais estão associados a lesões pré-malignas e malignas.⁷⁹ De acordo com Consolaro e Maria-Engler, as verrugas aparecem pequenas, mas podem crescer rapidamente e causar desconforto devido a sua localização, e ocasionar outros tipos de infecções, que se não combatidas podem ocasionar o câncer uterino.⁸⁰

O Instituto Nacional do Câncer estima que uma redução de cerca de 80% mortalidade por este tipo de câncer pode ser alcançado por meio do rastreamento

⁷⁸ MOUTINHO, José Alberto Fonseca. *Consenso sobre infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva*. Cascais: Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011.

⁷⁹ FOCACCIA, 2009.

⁸⁰ CONSOLARO, Márcia Edilaine Lopes; MARIA-ENGLER, Silvy Stuchi. *Citologia clínica cérvico-vaginal: texto e atlas*. São Paulo: Roca, 2012.

de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste Papanicolau que propicia a detecção precoce de lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma “in situ”. Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, assim como a busca ativa de pacientes. As agências de regulamentação americana, a *Food and Drug Administration* (FDA) e a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS), seguindo o exemplo de vários países, aprovaram a comercialização da primeira vacina para prevenção das infecções que ocasionam o câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). O emprego da referida vacina pode se constituir, futuramente, em uma ferramenta relevante para o controle deste tipo de câncer.⁸¹

2.2.2 Tabagismo

O ato de fumar aumenta o risco de desenvolver câncer cérvico-uterino. O tabagismo exerce dois diferentes papéis na gênese dessa frequente neoplasia. Altas concentrações de cotinina e nicotina, metabólicos do cigarro, têm sido identificados no muco do canal cervical, local onde poderiam efetuar sua oncogenicidade. Por outro, o fumo também parece desempenhar papel importante ao diminuir, de maneira acentuada, os mecanismos de defesa imunológica tecidual ao nível do colo do útero.⁸²

Segundo o Ministério da Saúde, o tabagismo em 2004 foi classificado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (*International Agency for Research on Cancer – IARC*) como uma das causas do câncer do colo uterino, pois mulheres fumantes tinham maior incidência do que as não fumantes. Segundo o estudo, isso ocorreu porque aquelas que tiveram a redução da imunidade do colo do útero sofreram efeito no metabolismo hormonal e danos genéticos, ocasionados pelos carcinógenos do tabaco.⁸³

Para alguns pesquisadores, como Coelho, as toxinas do tabaco incorporadas ao DNA das células do colo do útero, rompem a regulação celular

⁸¹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007.

⁸² SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. (Orgs.). *Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

⁸³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

normal, pois a nicotina e cotinina podem ter potencial carcinogênico.⁸⁴ De acordo com Katzung, evitar esse hábito, que em 90% dos casos ocorre na adolescência, é um dos maiores desafios em razão da dependência química causada pela nicotina.⁸⁵

O epitélio cervical das fumantes, portanto, tem número menor de células de Langerhans do que as não-fumantes, facilitando as lesões virais, que seriam o primeiro passo no processo de carcinogênese, que de outra maneira necessitaria de tempo mais longo para ter impacto sobre o risco de câncer de colo uterino. Contudo, a conscientização em parar de fumar ou evitar o fumo passivo (inalar fumaça) é considerada uma forma de prevenir este tipo de câncer.⁸⁶ O cuidado individual da tabagista é prioritário para toda a equipe de saúde. O apoio psicoemocional incondicional ao tabagista e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado muito eficazes.

2.2.3 História da vida sexual

Estudos sugerem que o risco de neoplasia está relacionado à idade da primeira relação sexual e à existência de múltiplos parceiros sexuais, indicando que o coito precoce pode aumentar a sensibilidade aos efeitos de um agente sexual transmitido.⁸⁷ Esta constatação é sustentada por outras evidências, as quais mostram que o intervalo entre a menarca e o primeiro coito parece ser mais relevante que a idade da primeira relação ou a idade das primeiras relações regulares, ligando, assim, o risco de neoplasia à idade "sexual" mais do que à cronológica.⁸⁸

Conforme Smeltzer e Bare, a partir desse preceito, denota-se que o início sexual precoce pode influenciar na gênese da neoplasia cérvico-uterina a partir da exposição, mais cedo, do colo a infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, um número maior de parceiros pode proporcionar maior risco em desencadear este câncer. Tal associação se dá porque quanto maior o número de parceiros sexuais

⁸⁴ COELHO, 2008.

⁸⁵ KATZUNG, G. Bertram. *Farmacologia Básica & Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2005.

⁸⁶ ABRÃO, Fauzer Simão. *Tratado de Oncologia Genital e Mamária*. 1. ed. São Paulo: Roca; 1995.

⁸⁷ SMELTZER; BARE, 2005.

⁸⁸ ABRÃO, 1995.

mais possibilidade de contágio com doenças venéreas e, portanto, maiores são as chances de contrair lesões que podem ser precursoras ao carcinoma invasivo.⁸⁹

2.2.4 Paridade

A experiência do parto pode causar traumatismos decorrentes de roturas, lacerações e cicatrizes ocasionais da exposição do útero na hora do parto e infecções crônicas subseqüentes que facilitam a ação oncológica do câncer. Nesse sentido, o número de gestações e partos pode se tornar um fator de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino. Segundo Rezende “todo câncer em mulher jovem é, habitualmente, mais invasor do que na paciente idosa e a gravidez, pelo geral, incide em período estático muito anterior ao preferido pelas neoplasias malignas.”⁹⁰

2.2.5 Sangramento fora do período menstrual ou após o ato sexual

Desde a puberdade até a menopausa, a menstruação faz parte da agenda fisiológica da mulher. O sangramento uterino mensal representa o desfecho de um ciclo. A menstruação normal não é um fator de risco de câncer de colo de útero, porém quando esse sangramento ocorre fora do período menstrual, ou na pós-menopausa torna-se um fator de risco.

Segundo Abrão, a maioria das mulheres não apresenta qualquer sinal ou sintoma na fase de displasia ou no câncer de colo inicial. Esses sintomas aparecem quando o câncer invade outros tecidos ou órgãos. Sendo que um dos principais sintomas, e que também serve como fator de risco, pelo fato de na maioria das vezes servir de alerta para as mulheres realizarem o exame preventivo é o sangramento fora do período menstrual ou após o ato sexual.⁹¹

Quando a mulher já não menstrua mais, ou seja, depois que ela já passou pela menopausa, os casos de metrorragia devem ser analisados com mais cuidado. Normalmente nesse período da vida eles podem indicar alguns tipos de tumores, como os do colo do útero.⁹²

⁸⁹ SMELTZER; BARE, 2005.

⁹⁰ REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2005. p. 89.

⁹¹ ABRÃO, 1995.

⁹² JOHNSON & JOHNSON. *Entendendo a metrorragia*. 2009. Disponível em: <http://www.jnjbrasil.com.br/noticia_full.asp?noticia=4871>. Acesso em: 09 jan. 2015.

2.2.6 Grau de escolaridade relacionado ao nível sócio-econômico

O câncer, neste contexto se ilustra como indicador sócio-econômico direto do processo do desenvolvimento de uma dada sociedade. Kligerman⁹³ afirma que se este desenvolvimento ocasiona desigualdade, as suas consequências serão igualmente desiguais. A exemplo do que se observa entre o grau de alcance escolar e os fatores de risco da doença, existindo uma relação direta proporcional: quanto maior o grau escolar, menos a prevalência do risco. Em termos de câncer, esta relação se faz com localizações tumorais: por exemplo, o câncer de colo uterino, mais frequente em mulheres adultas e jovens de baixa escolaridade e renda.

2.3 Lesão precursora do Câncer

Segundo Koss e Gompel vários sistemas de classificação das lesões pré-cancerosas do colo uterino foram propostos. Os mais importantes foram: (a) displasia e carcinoma In situ; e (b) Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC). A recente versão compactada do sistema NIC, fazendo com que ele inclua apenas duas categorias (NIC de baixo e alto graus), equivale ao Sistema de Bethesda. Dessa forma, o impacto da classificação citológica defendida pelo Sistema de Bethesda, sobre a classificação histológica dessas lesões, foi significativo e, supostamente, oferece uma melhor correlação com os achados citológicos.⁹⁴

São lesões precursoras do câncer as Lesões Intra-epiteliais Escamosas de Baixo Grau – LIEBG, Displasia Leve, Neoplasia Intraepitelial Cervical – NIC I. A maioria dessas lesões tem origem no epitélio escamoso maduro da cérvix. O fato de essa área estar exposta ao meio externo pode explicar a alta taxa de regressão espontânea dessas lesões. Apesar da estrutura geral do epitélio escamoso estar relativamente bem conservada, é possível identificar anomalias nucleares, particularmente nas camadas epiteliais mais superiores.⁹⁵

Os autores acima citados ressaltam que os núcleos apresentam maior volume, por vezes com contornos irregulares e podem evidenciar uma nítida hipercromasia. Nos chamados condilomas planos é comum observar espessamento do epitélio escamoso com umas poucas camadas de células achatadas em sua

⁹³ KLIGERMAN, Jacob. O câncer como um indicador de saúde no Brasil (Editorial). *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(3), 1999.

⁹⁴ KOSS, Leopold G.; GOMPEL, Claude. *Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas*. Trad. Temístocles P. de Lima. São Paulo: Roca, 2006.

⁹⁵ KOSS; GOMPEL, 2006, p. 95.

superfície. Nessas lesões é possível identificar numerosos coilócitos nas camadas superiores do epitélio, que apontam para seu vínculo com a infecção pelo HPV. Figuras de mitose, por vezes atípicas, podem ser encontradas na metade interior do epitélio modificado.⁹⁶

2.4 Diagnóstico do Câncer de Colo de Útero

Segundo Gineco, o exame de Papanicolau é simples e tem reduzido as mortes por câncer de colo de útero em 70 %, desde sua criação pelo Dr. George Papanicolau em 1940. O sucesso do teste deve-se ao fato de que ele pode detectar o vírus HPV e outras doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. O exame não é somente uma maneira de diagnosticar a doença, mas serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer.⁹⁷ Por isso, mulheres que nunca fizeram um exame do Papanicolau ou que não o fazem há muitos anos, apresentam maiores riscos em desenvolver o câncer do colo uterino do que as mulheres da sua idade que regularmente fazem este exame.

Segundo Baracat e Lima, a citologia oncológica cervicovaginal é o exame indicado para rastrear câncer em pacientes que iniciaram atividade sexual. Esse exame tem como objetivo verificar se a paciente pertence ao grupo de risco para neoplasias e, caso pertença, realize outros exames, como a colposcopia ou a biopsia dirigida com estudo histopatológico.⁹⁸

Os autores acima citados ressaltam que o exame não pode ser realizado durante o período menstrual, a não ser em casos de sangramento anormal. A mulher deve estar afastada de procedimentos que modifiquem o ambiente vaginal, como relações sexuais, uso de preservativo, cremes, óvulos, duchas, lavagens, ultrassonografia transvaginal, exame especular e toque vaginal 72 horas antes do exame. É importante que seja identificado na hora do exame a idade da paciente, a situação hormonal, os tratamentos prévios e as lesões preexistentes.

⁹⁶ KOSS; GOMPEL, 2006, p. 95

⁹⁷ GINECO. *Atenção Integral à Saúde da Mulher*. 2007. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br>>. Acesso em: 09 maio. 2015.

⁹⁸ BARACAT, Edmund Chada; LIMA, Geraldo Rodrigues de. *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de ginecologia*. Barueri: Editora Manole, 2005.

Coelho relata que o sistema utilizado para a classificação das lesões pré-invasivas ou pré-malignas do colo uterino é o de Bethesda.⁹⁹ A seguir estão listadas as principais classificações e nomenclaturas do diagnóstico das lesões do epitélio estratificado escamoso, usadas em relatórios citopatológicos e histopatológicos do trato genital inferior.

Quadro 1 - Classificação e nomenclaturas cito-histopatológicas¹⁰⁰

PAP ¹⁰¹	OMS ¹⁰²	RICHART 1 ¹⁰³	BETHESDA 1 ¹⁰⁴	RICHART 2 ¹⁰⁵	BETHESDA 2 ¹⁰⁶
III	DL ¹⁰⁷	NIC 1 ¹⁰⁸	LIEBG ¹⁰⁹	NICBG ¹¹⁰	LIEBG
III	DM ¹¹¹	NIC 2 ¹¹²	LIEAG ¹¹³	NICAG ¹¹⁴	LIEAG
III	DA ¹¹⁵	NIC 3 ¹¹⁶	LIEAG	NICAG	LIEAG
IV	CIS ¹¹⁷	NIC 3	LIEAG	NICAG	LIEAG
V	CEC	CEC	CEC	CEC	CEC

O sistema de Bethesda utiliza as seguintes categorias, segundo Baract; Lima:

Sistema de Bethesda 1 (1988/1991)

1- Esfregaço

- Satisfatório para avaliação citológica;
- Satisfatório para avaliação citológica, mas limitado;
- Insatisfatório para avaliação citológica.

Sistema de Bethesda 2 (2001)

⁹⁹ COELHO, 2008.

¹⁰⁰ BARACAT; LIMA, 2005, p. 85.

¹⁰¹ Classificação de Papanicolau.

¹⁰² Organização Mundial de Saúde/Reagn (1953).

¹⁰³ 1ª Classificação de Richart (1967).

¹⁰⁴ 1º Consenso de Bethesda (1988/1991).

¹⁰⁵ 2ª Classificação de Ruchart (1990).

¹⁰⁶ BETHESDA 2 – 2º Consenso de Bethesda (2001).

¹⁰⁷ Displasia leve.

¹⁰⁸ NIC 1 – Neoplasia intra-epitelial do colo grau 1.

¹⁰⁹ Lesão intra-epitelial de baixo grau.

¹¹⁰ Neoplasia intra-epitelial do colo de baixo grau.

¹¹¹ Displasia moderada.

¹¹² Neoplasia intra-epitelial do colo grau 2.

¹¹³ Lesão intra-epitelial escamosa de alto grau.

¹¹⁴ Neoplasia intra-epitelial do colo de alto grau.

¹¹⁵ Displasia Acentuada (severa, intensa ou grave).

¹¹⁶ Neoplasia intra-epitelial do colo grau 3.

¹¹⁷ Carcinoma in situ.

1- Esfregaço

- Satisfatório para avaliação citológica;
- Insatisfatório para avaliação citológica, processado e rejeitado;
- Insatisfatório para avaliação citológica, não-processado.¹¹⁸

Segundo Jacyntho, quando há comprometimento de 50 a 75% da amostra, ou com comprometimento maior que 75% da amostra para avaliação oncótica de uma amostra citológica, os seguintes fatores são relatados:

- Áreas espessas e/ou purulentas;
- Hemácias ou preservação celular inadequada;
- Fixação ou preservação celular inadequada.

Quando o exame de citologia é negativo, usa-se as seguintes classificações e nomenclaturas.

- PAP – I e II
- BETHESDA 1 – DLN – Dentro dos limites da normalidade
- BETHESDA 2 – NLIM – Negativo para lesões-epiteliais ou malignidade.¹¹⁹

De acordo com Koss e Gompel, duas técnicas de coleta são utilizadas para a citologia ginecológica: esfoliativa e abrasiva. Um exemplo de citologia esfoliativa é o esfregaço vaginal. Ele baseia-se na obtenção de células que descamam espontaneamente das superfícies do colo e da vagina e se acumulam no fundo-de-saco vaginal posterior. A citologia abrasiva depende da remoção de células das superfícies da cérvix, da endocérvice e da vagina com o auxílio de um instrumento.¹²⁰

A coleta eficiente permite um número celular capaz de fazer um diagnóstico citológico seguro, assegurando uma boa avaliação das amostras e diminuindo a ocorrência de falso-negativos, tendo em vista o aproveitamento total da amostra coletada. Segundo Koss e Gompel:

Um esfregaço adequado deve ser representativo de todas as superfícies epiteliais do colo e da vagina, bem como precisa conter um número suficiente de células que permita o reconhecimento de qualquer alteração. Na prática, o número ideal de células é algo extremamente difícil de ser definido e a análise básica do esfregaço acaba sendo baseada no bom senso. A experiência vem demonstrando que um esfregaço cervical

¹¹⁸ BARACAT; LIMA, 2005.

¹¹⁹ JACYNTHO, 2007.

¹²⁰ KOSS; GOMPEL, 2006.

adequado, de mulheres em idade fértil, contém entre 50.000 e 300.000 células epiteliais. Obviamente, os esfregaços de mulheres pré-púberes ou menopausadas contém menor número de células.¹²¹

Os autores acima citados ressaltam que um dos aspectos fundamentais da amostragem cervical é a presença de células provenientes da zona de transformação, as quais representam o epitélio endocervical passando por uma metaplasia escamosa. Sendo assim, a presença de células endocervicais ou metaplásicas deve ser considerada uma evidência de um esfregaço adequado. O terceiro componente que, segundo a experiência de Koss e Gompel, precisa ser valorizado é a visibilização de muco cervical, que surge na forma de faixas de material amorfo azulado com células em seu interior.¹²² Muitas vezes o muco cervical é a única estrutura que contém evidências de um processo patológico, particularmente nas lesões do canal endocervical.

2.5 Tratamento do Câncer de Colo Uterino

Segundo Melo, a conduta terapêutica adequada para a paciente com lesão neoplásica maligna do colo do útero baseia-se no diagnóstico, estadiamento e conhecimento da história natural da doença e seus prognósticos.¹²³ O tratamento é realizado de acordo com cada estágio do câncer do colo de útero, conforme estudos de Melo:

- a) Estádio Ia:** Nesta fase o tratamento é realizado através da conização cirúrgica clássica ou histerectomia total abdominal. Não há presença de invasão vascular. No estágio Ia2 recebem tratamento como histerectomia total abdominal com linfadenectomia pélvica segmentar. Ressalta-se que em pacientes acima de 50 anos, acrescenta-se a anexectomia bilateral.¹²⁴
- b) Estádios Ib e IIa:** Neste estágio há uma discussão sobre o tratamento mais adequado – radioterapia e cirurgia – pois depende da instituição, ginecologista e radioterapeuta. Quando o tratamento é realizado através de cirurgia, geralmente é realizada a cirurgia WERTHEIM-Meigs, na qual ocorre a histerectomia total abdominal com ou sem anexectomia bilateral, hemicolpsectomia, parametectomia bilateral e linfadenectomia pélvica.

¹²¹ KOSS; GOMPEL, 2006, p. 37.

¹²² KOSS; GOMPEL, 2006.

¹²³ MELO, Vitor Hugo de. *Ginecologia & obstetrícia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

¹²⁴ KOSS; GOMPEL, 2006.

Nestes estádios também pode ser realizada a cirurgia Schauta ou Schauta-Amreich, também conhecida como histerectomia vaginal ampliada, que eventualmente ocorre por operação de Mitra ou por videolaparoscopia.

Atualmente, tem-se realizado a traquelectomia radical com parametrectomia por via vaginal associada à linfodectomia pélvica por laparoscopia para tratamento de casos iniciais de câncer cervical, com intuito de preservar a fertilidade de mulheres jovens.¹²⁵

c) Estádios IIb e III: A realização da radiomoldagem e a irradiação externa da pelve deve ser feita no estágio IIb, por ser importante nos adenocarcinomas. No estágio III é recomendado, a radioterapia, com a irradiação para toda a pelve.

d) Estádio IV: Nesta fase há a inserção de material radioativo em toda a pelve, caso seja possível, a complementação de dose nos paramétrios ou, então, em caráter excepcional, pela exenteração pélvica.

No estágio IVa, excepcionalmente em casos selecionados, é possível adotar intervenção cirúrgica, tendo primeiramente que haver uma seleção, devendo as pacientes apresentarem tumor central (não existir infiltração de paramétrios e da parede pélvica).

Segundo Melo, a quimioterapia é um procedimento indicado nos estádios IIb, III e IV, ressaltando-se que em grupos selecionados, pacientes com metástases para-aórticas e pélvicas e com pouca possibilidade de cura com os tratamentos usuais, também indicado para tumores recidivados após radioterapia e cirurgia.¹²⁶

Esses autores relatam também que o tumor pélvico pode reaparecer após a remoção cirúrgica ou radioterapia completa da lesão inicial, que é conhecido como câncer recidivado. Esse câncer é mais comum em áreas antes ocupadas pelo colo e depois da radioterapia no colo, no paramétrio e na vagina. Para as pacientes recidivas pélvicas, tratadas com cirurgia radical exclusiva, é indicada a braquiterapia associada à teleterapia, de acordo com Melo.¹²⁷ Contudo, para aquelas tratadas com radioterapia e que apresentam recidiva pélvica, o tratamento torna-se mais complexo.

Em situações especiais são modificados o método de tratamento em caso de câncer de colo uterino, conforme observa-se a seguir:

¹²⁵ MELO, 2003, p. 37.

¹²⁶ MELO, 2003.

¹²⁷ MELO, 2003.

- a) Gravidez – Segundo Marques, o risco de progressão das lesões de CIn 3 para cancro é muito baixo nas grávidas e a taxa de regressão é elevada — 36% para as lesões de CIn1 e 48 a 70% para as lesões de CIn2 e CIn3 (74-75).¹²⁸ Nas lesões de CIn 2 e CIn 3 é aconselhada a vigilância colposcópica em cada trimestre da gravidez e a repetição do estudo citológico + colposcopia às 8 semanas após o parto.
- b) Adolescentes – Moutinho relata que as lesões de CIn1 são frequentes nas adolescentes (50) e têm alta taxa de regressão, especialmente nos 2 primeiros anos após o dia gnóstico.¹²⁹ As lesões de CIn2 nas adolescentes também são, muitas vezes, regressivas, pelo que a atitude expectante deve ser privilegiada. As lesões de CIn3 têm uma frequência e um comportamento biológico semelhantes às lesões encontradas nas mulheres mais idosas, mas dada a raridade do Carcinoma invasivo naqueles grupos etários, é aceitável a vigilância periódica.
- c) Mulheres imunodeprimidas ou HIV positivas – Segundo Marques, não há alterações da conduta terapêutica.¹³⁰

2.6 Prevenção

Tendo em vista os índices de incidência e de mortalidade pelo câncer do colo uterino, o seu controle e, sobretudo, a sua prevenção, adquire grande relevância para superação ou redução de tais índices.

Segundo Focaccia, a detecção precoce do câncer do colo permite evitar ou retardar a progressão para o câncer invasor com o uso de intervenções clínicas como colposcopia e biópsia, incisão local, conização e eventualmente a histerectomia.¹³¹ Estudos do tipo caso-controle mostraram forte associação negativa entre o rastreamento e a incidência de doença invasora, o que indica que o rastreamento é protetor. As mulheres com risco mais alto para o câncer cervical são, no entanto, as que têm menos oportunidade de acesso no rastreamento, especialmente as mulheres de classes sociais mais baixas. Entretanto, a melhor detecção precoce é o exame preventivo Papanicolau que, atualmente, é a forma

¹²⁸ MARQUES, Carlos Alberto Sá. *Infecção Genital pelo HPV: imunodeficiência e câncer do colo uterino*. 2010.

¹²⁹ MOUTINHO, 2011.

¹³⁰ MARQUES, 2010.

¹³¹ FOCACCIA, 2009.

mais eficaz de controle a partir da identificação de novos casos. Mesmo assim, se torna cada vez mais difícil uma abordagem efetiva para o controle da neoplasia uterina.

A prevenção primária apresenta um papel importante na minimização das chances de uma pessoa desenvolver esta doença através de ações que a distanciem dos fatores de risco como o uso de preservativo durante o ato sexual – que evita o contato com HPV (papiloma vírus humano) – controle do tabaco, controle nutricional, a adição de campanhas de saúde pública, cirurgias profiláticas e supressão de processo evolutivo através de quimioprevenção. Enquanto a prevenção secundária trata de detectar a doença através de uma série de testes em um estágio pré-clínico, em um hospedeiro assintomático quando, teoricamente, a doença é mais curável.

Oliveira *et al.* relatam que os principais fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero são: idade, cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico, situação conjugal, não ter realizado consulta médica no último ano, vergonha do procedimento e medo do resultado.¹³²

Hippelainen *et al.* chamam a atenção para o uso do preservativo como método profilático para o câncer uterino, já que a principal forma de propagação do agente etiológico dessa patologia é através do ato sexual.¹³³ Nadal e Nadal salientam que a forma mais comum de prevenir contra o Papiloma vírus é usando o preservativo, entretanto, destacam a abstinência sexual como método mais seguro.¹³⁴

De acordo com Queiroz *et al.*, a educação sexual é um método eficaz no combate à disseminação do câncer do colo útero. O estudo revelou que essa forma

¹³² OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira; COIMBRA, Liberata Campos. Cobertura e Fatores Associados à não Realização do Exame Preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 3, 2006.

¹³³ HIPPELAINEN, M.I.; HIPPELAINEN, M.; SAARIKOSKI, S.; SYRJANEN, K.; Clinical course and prognostic factors of human papillomavirus infections in men. *Sex Transm Dis*, 21, p. 272-279, 1994.

¹³⁴ NADAL, Luis Roberto Manzione; NADAL, Sidney Roberto. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Indicações da Vacina Contra o HPV. *Revista Brasileira Colo-proctologia*, vol. 28, n. 1, Rio de Janeiro, Jan/Mar, 2008. p. 124-125.

de profilaxia se torna ainda mais eficiente quando atinge as populações de baixa renda e mulheres adolescentes sexualmente ativas.¹³⁵

Para Rambout *et al.*, outra forma de prevenção do câncer do colo uterino são as vacinas profiláticas para o HPV, que nos últimos anos apresentou resultados satisfatórios em termos preventivos desse tipo de câncer e também de verrugas genitais.¹³⁶ Oliveira ressalta que a vacina é recomendada às pessoas na faixa etária entre 9 a 26 anos de idade, e que a duração da imunização gira em torno de cinco anos e meio. Lembra ainda que a mesma pode proteger contra mais de um tipo viral.¹³⁷

Neste contexto, discutir sobre o câncer de colo de útero dá suporte para analisar o atendimento humanizado das mulheres que estão sendo tratadas desta patologia, tendo um maior conhecimento de como esta doença ocorre.

¹³⁵ QUEIROZ, Alda Maria Alves; CANO, Maria Aparecida Tedeschi; ZAIA, José Eduardo. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. *RBAC*, vol. 39(2), p. 151-157, 2007.

¹³⁶ RAMBOUT, L.; HOPKINS, L.; HUTTON, B.; FERGUSSON, D.; Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ*, 177(5), p. 469-479, 2007.

¹³⁷ OLIVEIRA, Maria do Carmo Duarte. *Vacina contra o câncer do colo do útero HPV*. 2008. Disponível em: <<http://www.imunity.com.br>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

3 ATENDIMENTO HUMANIZADO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada para a realização deste estudo, e a análise e discussão dos resultados obtidos na pesquisa de campo.

3.1 Procedimentos Metodológicos

Teixeira¹³⁸ afirma que o enfoque empírico analítico baseia-se na utilização de métodos e técnicas de coletas, tratamento e análise de dados marcadamente quantitativas com o uso de medidas e procedimentos estatísticos. Segundo Lakatos e Marconi¹³⁹, o método empírico estabelecido por Galileu pode ser descrito como indução experimental, chegando-se a uma lei geral por intermédio da observação de certo número de casos particulares.

Para a pesquisa de campo foi utilizada a pesquisa exploratória e descritiva, posto que, a pesquisa exploratória é tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato.¹⁴⁰ O objetivo é descrever, de forma qualitativa, os aspectos investigados sobre o fenômeno em estudo. Gressler descreve a pesquisa descritiva:

[...] é usada para descrever fenômenos existentes, situações presentes e eventos, identificar problemas e justificar condições, comparar e avaliar o que os outros estão desenvolvendo em situações e problemas similares, visando aclarar situações para futuros planos e decisões. Não procura, necessariamente, explicar relações ou testar hipóteses provando causa e efeito.¹⁴¹

Por isso, considera-se que este é o melhor método na construção da análise dos resultados da pesquisa de campo.

O estudo foi realizado no Centro de Referência de Saúde da Mulher que atende mulheres referenciadas de todos os bairros de Santarém e municípios

¹³⁸ TEIXEIRA, Elizabeth. *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 4. ed. Belém: Unama, 2007.

¹³⁹ LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

¹⁴⁰ TEIXEIRA, 2007.

¹⁴¹ GRESSLER, Lori Alice. *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2007. p. 59.

vizinhos, desenvolvendo atividades na área de Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU).

O CRSM foi fundado em 1998, com o objetivo de cuidar especificamente da saúde da mulher no Município de Santarém. Até então não havia no município um centro especializado para atender e tratar problemas relacionados à saúde das mulheres. Os atendimentos são voltados para o acompanhamento, diagnósticos e tratamentos de mulheres desde coletas de PCCU, consultas de ginecologia, consultas de obstetrícia, colposcopia, biopsia, educação em saúde e planejamento familiar. Além de exames radiológicos, como ultrassonografia e mamografia.¹⁴²

Como objeto de estudo foram avaliados prontuários de vinte e sete mulheres no Centro de Referência de Saúde da Mulher, atendidas no decorrer do ano de 2014. O requisito para análise dos prontuários contemplou somente aquelas mulheres que obtinham cadastro na Unidade de Saúde e estivessem agendadas para o período de coleta durante o período de análise da pesquisa.

Os prontuários configuram-se como instrumento de coleta de dados, pois compõem-se de formulário com questões respondidas pelas pacientes. Segundo Oliveira, prontuário é o documento com campos pré-impresos onde são preenchidos os dados e as informações, que permite a formalização das comunicações, o registro e o controle das atividades das organizações.¹⁴³ Para a presente pesquisa foram identificados 27 prontuários que compõem o material a ser analisado. Os dados foram analisados de forma quanti-qualitativa, utilizando-se o método analítico-descritivo para tabulação dos mesmos.

3.2 Análise e discussão dos resultados

A partir das informações identificadas nos prontuários de 27 pacientes atendidas no Centro de Referência foram definidas categorias que permitem traçar o seu perfil epidemiológico. A seguir esses dados são apresentados e analisados.

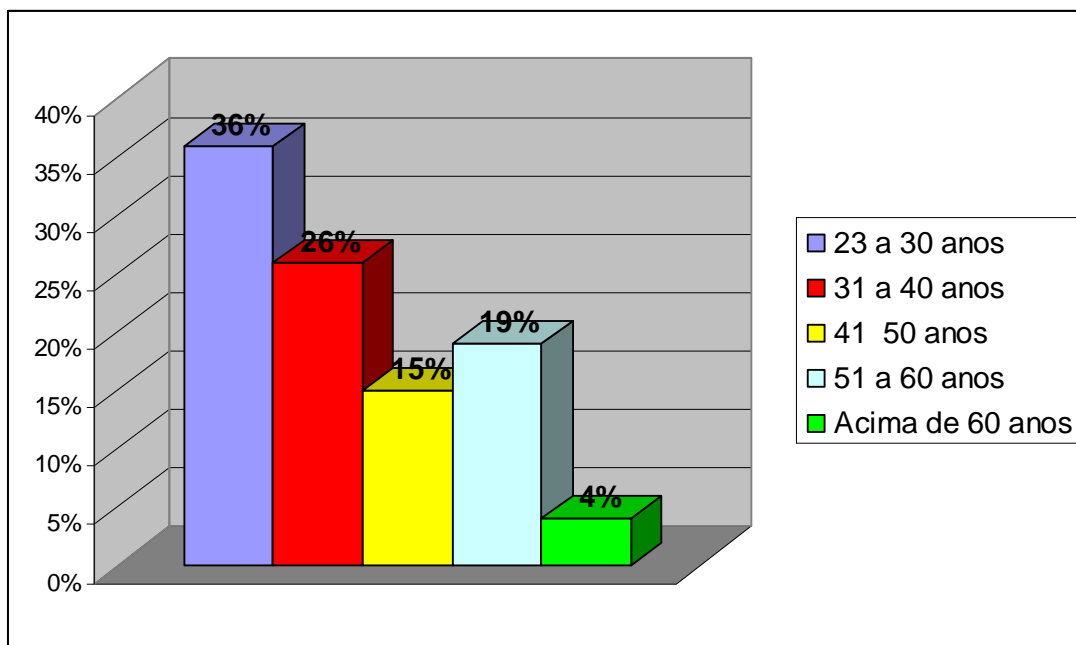
¹⁴² Dados institucionais do CRSM.

¹⁴³ OLIVEIRA, Djalma. *Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial*. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

3.2.1 Perfil das usuárias

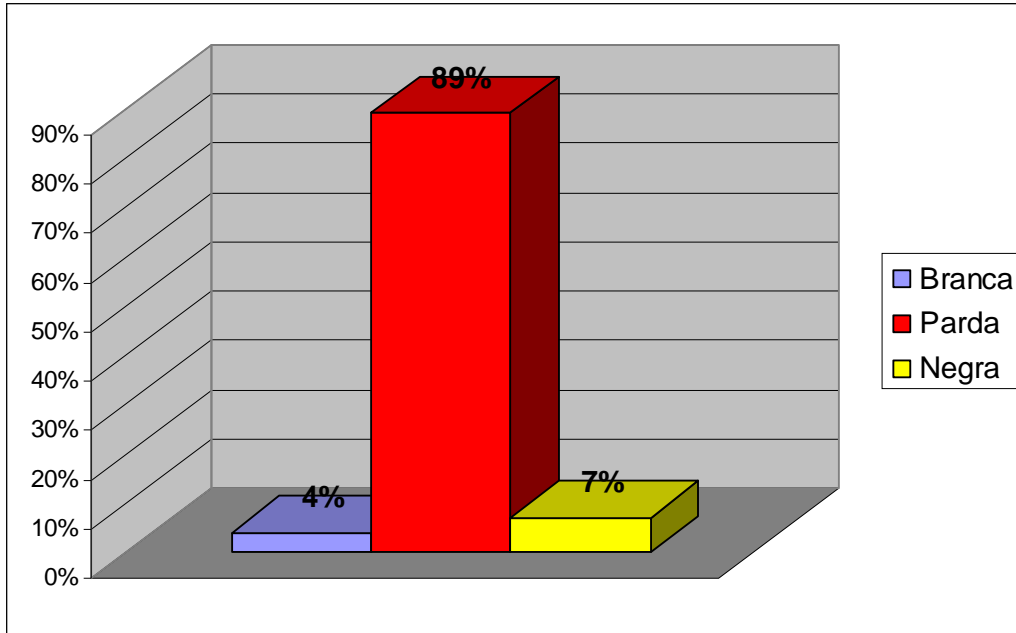
Quanto à faixa etária das usuárias cujos prontuários foram analisados, verificou-se que 36% (10) estão na faixa etária de 23 a 30 anos. 26% (7) de 31 a 40 anos; 19% (5) de 51 a 60 anos; 15% (4) de 41 a 60 anos. E 4% (1) acima de 60 anos, conforme descrito no gráfico 01.

Gráfico 1 - Faixa etária das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



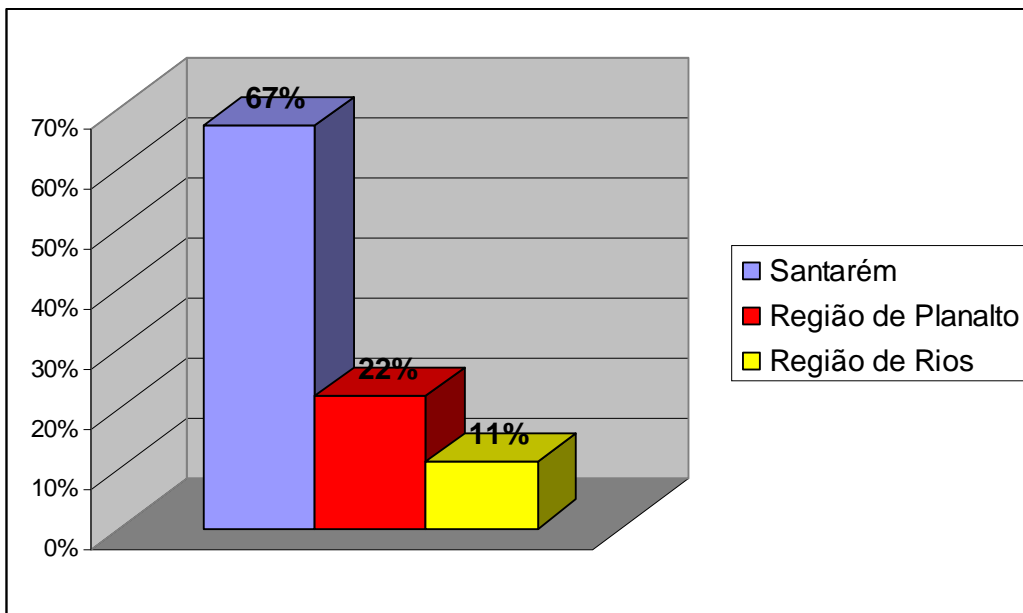
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto à cor das usuárias cujos prontuários foram analisados verificou-se que 89% (24) são pardas; 7% (2) negras; e 4% (1) brancas, conforme descrito no gráfico 02.

Gráfico 2 - Cor das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

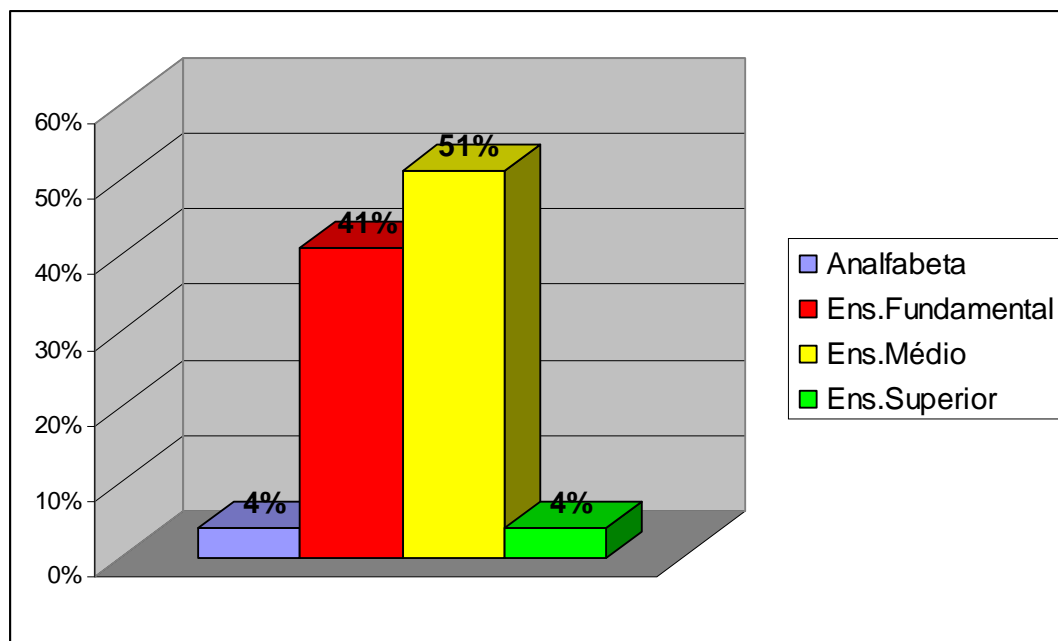
Quanto à procedência das usuárias cujos prontuários foram analisados verificou-se que 67% (18) são originárias da cidade de Santarém e 22% (6) da região de Planalto, que abrange as comunidades circunvizinhas. Além disso, 11% (3) provêm da região de Rios, conforme descrito no gráfico 03.

Gráfico 3 - Procedência das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

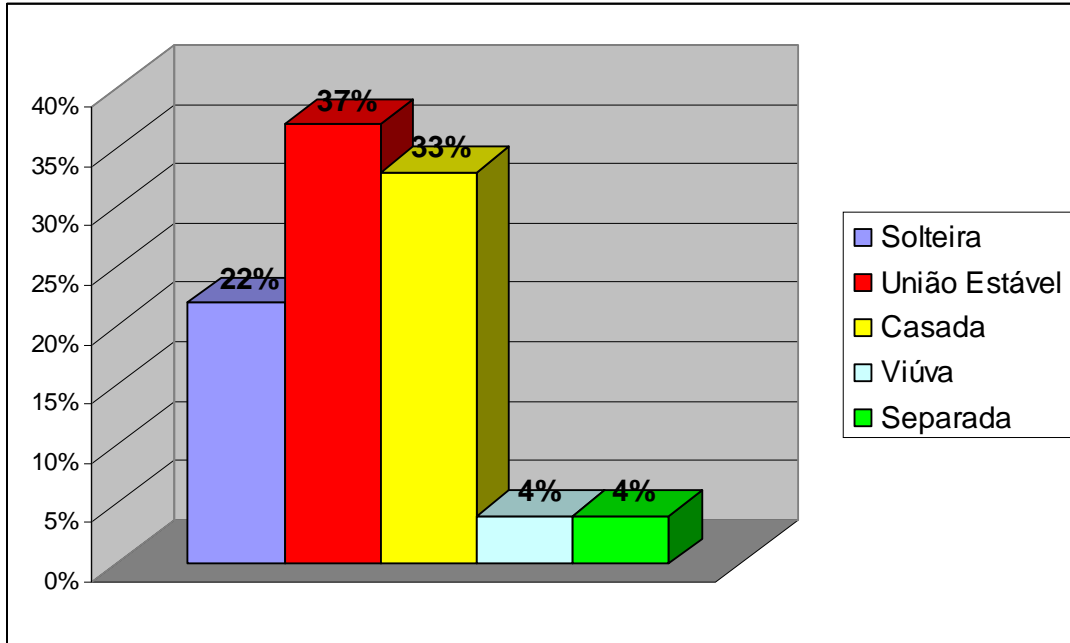
Quanto à escolaridade das usuárias cujos prontuários foram analisados verificou-se que 51% (14) tem o Ensino Médio; 41% (11) o Ensino Fundamental; 4% (1) é analfabeta e outros 4% (1) tem o Ensino Superior, conforme descrito no gráfico 04.

Gráfico 4 - Escolaridade das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



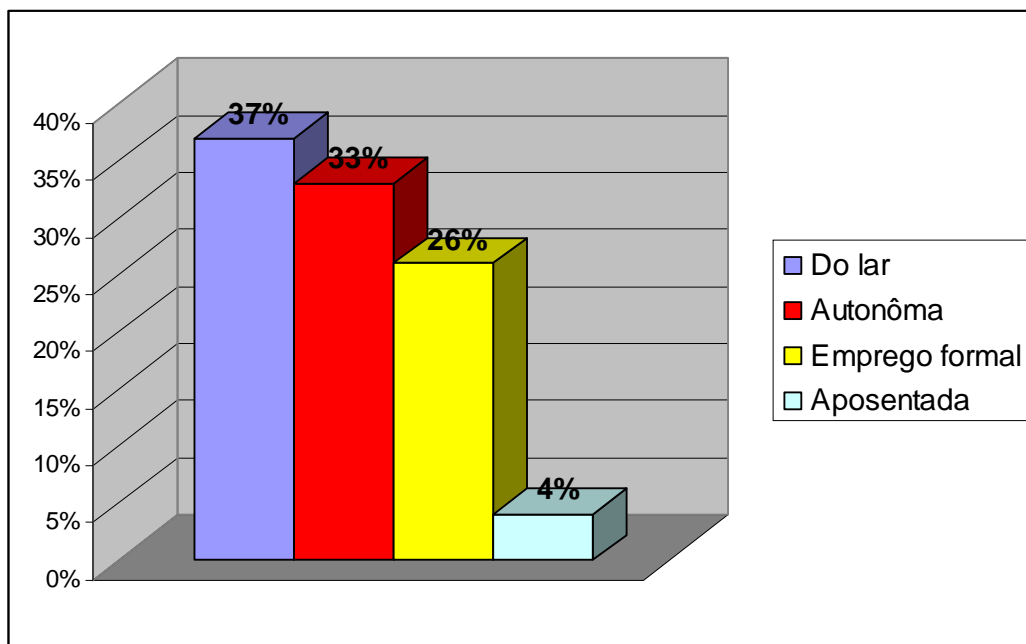
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto à situação conjugal das usuárias cujos prontuários foram analisados verificou-se que 37% (10) delas vivem em União Estável; 33% (9) são casadas; 22% (6) são solteiras; 4% (1) viúvas e outros 4% (1) são separadas, conforme descrito no gráfico 05.

Gráfico 5 - Situação conjugal das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

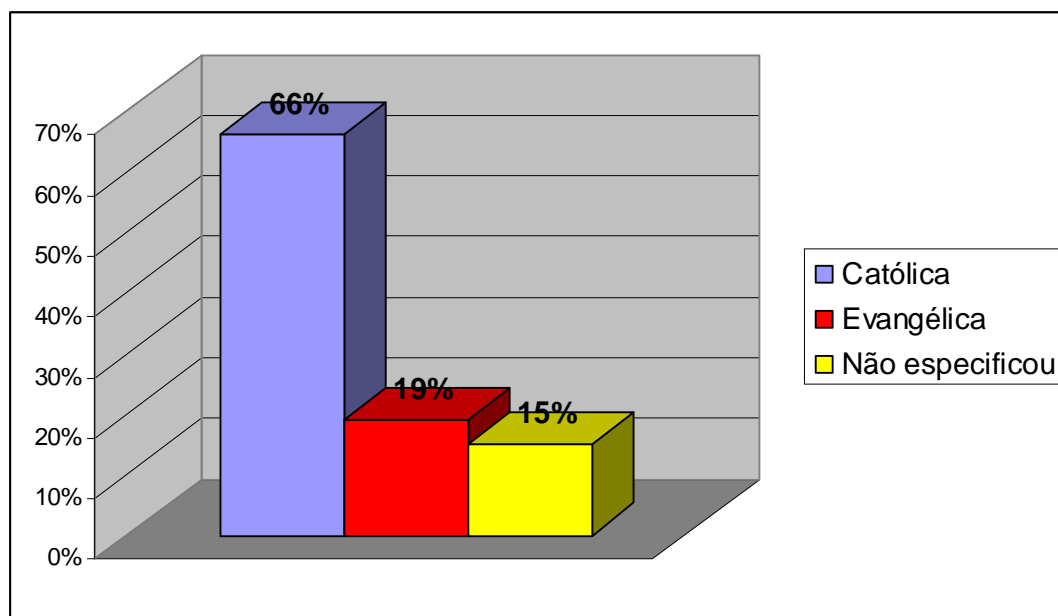
Quanto à profissão verificou-se que 37% (10) das usuárias cujos prontuários foram analisados são “do lar”; 33% (9) são autônomas; 26% (7) tem empregos formais, e 4% (1) são aposentadas, conforme descrito no gráfico 06.

Gráfico 6 - Profissão das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto à pertença religiosa verificou-se que a maioria (66% - 18) das usuárias cujos prontuários foram analisadas são católicas; 19% (5) são evangélicas, e 15% (4) não especificaram sua religião, conforme descrito no gráfico 07.

Gráfico 7 - Religião das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Portanto, o perfil médio das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher é de mulheres em idade reprodutiva, na faixa etária de 23 a 40 anos, da cor parda, residentes em Santarém, possuindo Ensino Médio, convivem com um companheiro, tendo como profissão o trabalho no lar, tendo como religião o catolicismo.

Estes dados são corroborados por Corrêa *et al.*, em estudo realizado para identificar as características sociodemográficas das mulheres que realizam o Papanicolaou em Manaus, Amazonas. Segundo esse estudo, o perfil de mulheres é, em sua maioria, na faixa etária de 18-34 anos, com Ensino Fundamental, relação estável.¹⁴⁴

No estudo realizado por Borges *et al.* com o objetivo de determinar a prevalência autorreferida do exame preventivo de câncer do colo uterino em Rio Branco, Acre, Brasil, identificou-se um perfil de mulheres na média de idade de 36,6

¹⁴⁴ CORREA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira; ALMEIDA, Ana Maria de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, 21(2), p. 395-400, abr/jun, 2012.

anos, a maioria era casada ou com união consensual, possuía até o Ensino Fundamental completo, não trabalhava fora de casa.¹⁴⁵

No estudo de Thuler *et al.* também foram encontrados dados que corroboram com esta pesquisa. Os autores obtiveram como perfil das mulheres participantes que estavam na média de idade de 49,2 anos, com predomínio de mulheres de cor parda, com ensino fundamental incompleto e casadas.¹⁴⁶

O estudo de Martins *et al.* demonstrou que existe baixa procura do exame Papanicolaou, e conseqüentemente o não tratamento das lesões precursoras, por mulheres de baixa ou alta idade, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e cor parda.¹⁴⁷ Neste sentido, esses estudos corroboram os resultados deste estudo, no qual se observou maior ocorrência de lesões de alto grau em mulheres de classes sociais mais baixas, com menor nível de escolaridade e da cor parda.

3.2.2 Atendimento ginecológico

Zagonel refere que o/a profissional de enfermagem, ao realizar a consulta de enfermagem, implementa os elementos do cuidado ao atuar de forma transformadora. Desta forma distanciando-se do mecanicismo e tecnicismo e põe em prática um modelo compreensivo, de respeito, sensibilidade e solidariedade.¹⁴⁸

Dessa forma, ressalta-se a importância da realização de uma consulta de enfermagem estruturada e com uma visão mais ampliada de prevenção, que possibilite a interação enfermeira/mulher, para que a ansiedade e o medo sejam reduzidos. A consulta de enfermagem oferece às mulheres esse espaço para o diálogo e para a elaboração de um vínculo entre a enfermeira e a paciente. É um momento para ambas se conhecerem enquanto mulheres. Portanto, torna-se fundamental que os/as enfermeiros/as sejam sensibilizados/as e capacitados/as

¹⁴⁵ BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira; DOTTO, Leila Maria Geromel; KOIFMAN, Rosalina Jorge; CUNHA, Margarida de Aquino; MUNIZ, Pascoal Torres. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(6), p. 1156-1166, jun, 2012.

¹⁴⁶ THULER, Luiz Claudio Santos; BERGMANN, Anke; CASADO, Letícia. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3), p. 351-357, 2012.

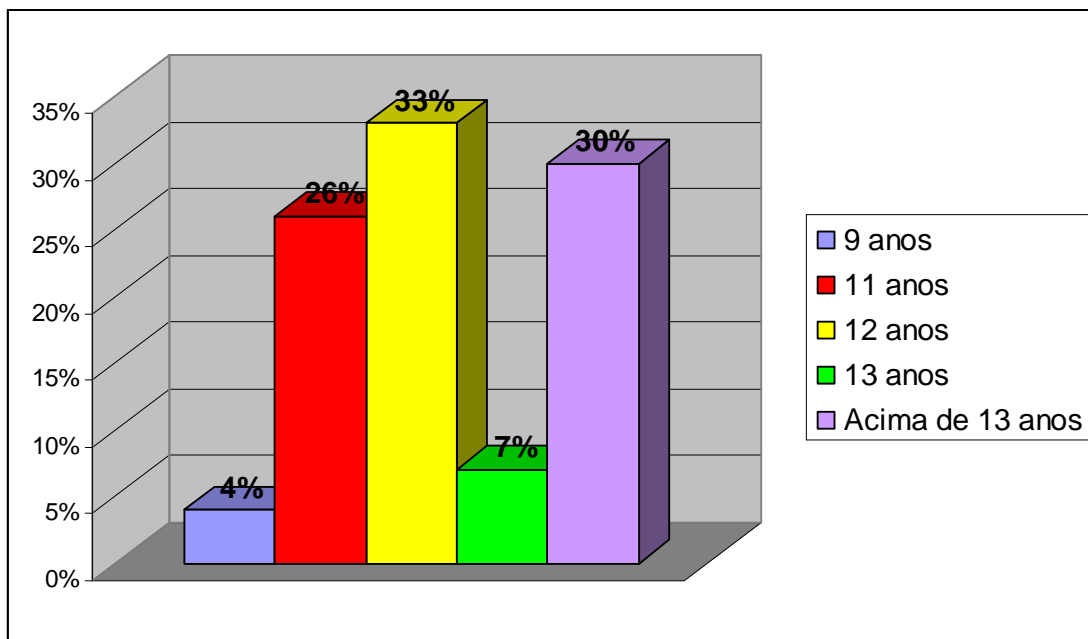
¹⁴⁷ MARTINS LFL, THULER LCS, VALENTE JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 27(8), p. 485-92, 2005.

¹⁴⁸ ZAGONEL, Ivete Palmeira. *Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

para atuarem de acordo com essa perspectiva, uma vez que os índices de câncer de colo de útero vêm mantendo-se altos apesar das políticas públicas de saúde.

Quanto à menarca, verificou-se que 33% (9) das usuárias cujos prontuários foram analisados iniciou aos 12 anos; 30% (8) acima de 13 anos; 26% (7) aos 11 anos, 7% (2) aos 13 anos e 4% (1) aos 9 anos, conforme descrito no gráfico 08.

Gráfico 8 - Menarca das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



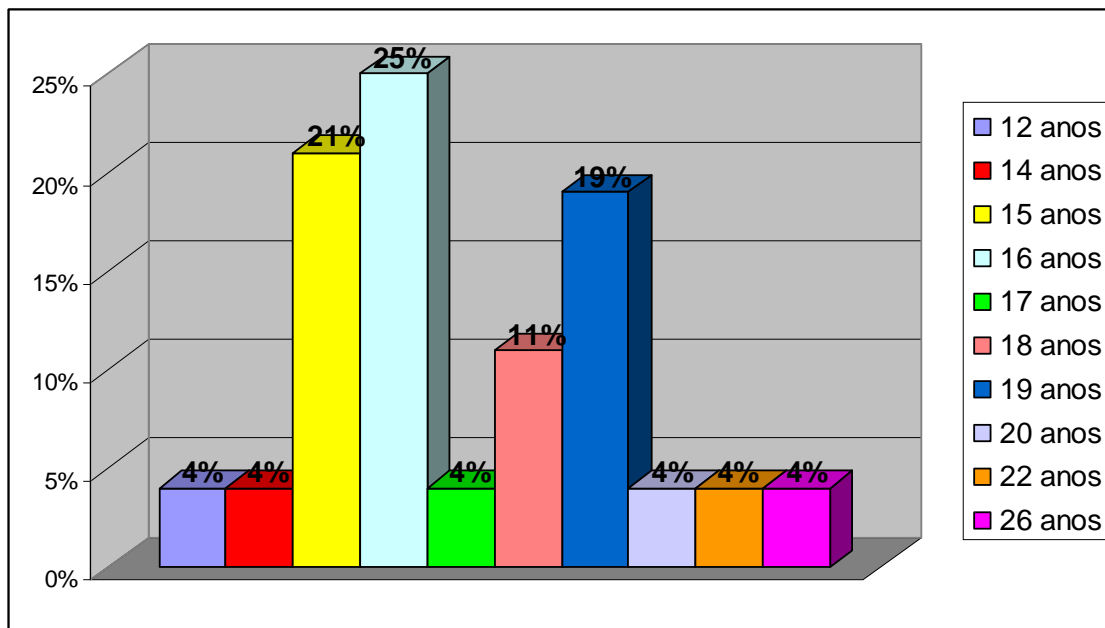
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

O estudo de Feliciano *et al.* buscou identificar o perfil e os mecanismos que ampliam a adesão das mulheres na realização do exame colpocitológico no Sistema Único de Saúde. Os autores detectaram que as mulheres participantes da pesquisa tiveram sua menarca entre 11 e 13 anos, corroborando assim com os resultados obtidos em Santarém.¹⁴⁹

Quanto ao primeiro coito, verificou-se que 25% (7) das usuárias cujos prontuários foram analisados iniciou aos 16 anos; 21% (6) aos 15 anos; 19% (5) aos 19 anos; 11% (3) aos 18 anos. As demais usuárias relataram terem o primeiro coito aos 12, 14, 17, 20, 22 e 26 anos, com 4% (1) do total em cada idade, conforme descrito no gráfico 09.

¹⁴⁹ FELICIANO, Cleusa; CHRISTEN, Kelly; VELHO, Manuela Beatriz. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro; 18(1), p. 75-79; jan/mar, 2010.

Gráfico 9 - Primeiro coito das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

No estudo de Corrêa *et al.* foi identificado que as participantes da pesquisa iniciaram sua vida sexual na faixa etária de 15 a 19 anos, corroborando os dados obtidos no presente estudo.¹⁵⁰ Já no estudo de Feliciano *et al.* observou-se o início das atividades sexuais ainda no período do adolescer, entre 12 aos 19 anos, corroborando com os dados encontrados neste estudo.¹⁵¹

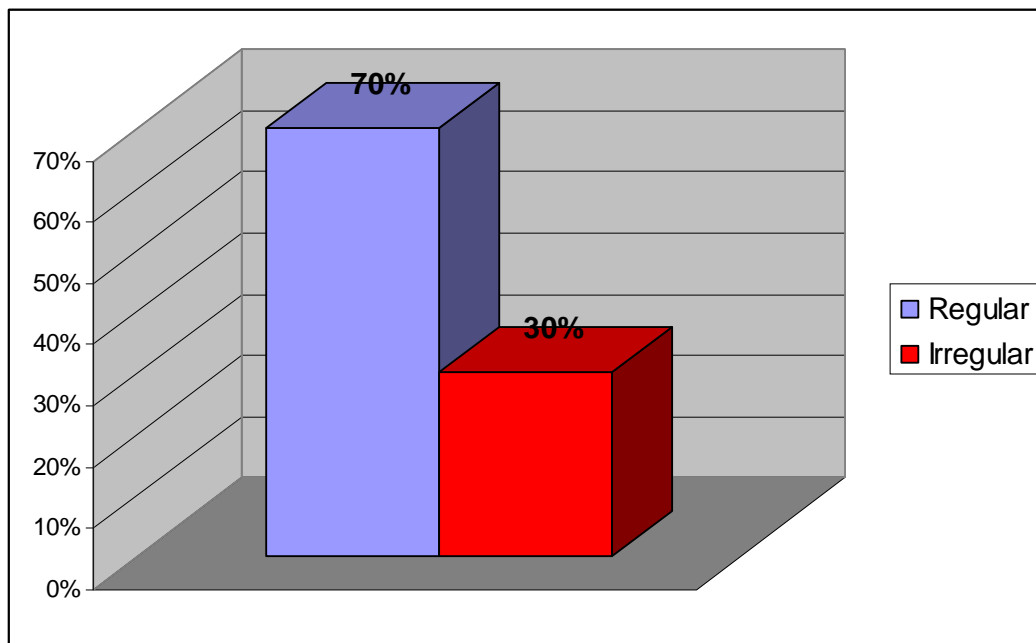
Várias literaturas afirmam que o início de atividade sexual precoce esta diretamente associada com maior incidência de lesões precursoras do colo do útero. É o que afirmam Stofler *et al.*¹⁵², e os resultados deste estudo mostram associação da precocidade do início sexual com o aparecimento da lesão.

Quanto ao ciclo menstrual verificou-se que 70% (19) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram terem um ciclo regular e 30% (8) um ciclo irregular, conforme descrito no gráfico 10.

¹⁵⁰ CORREA *et al.*, 2012.

¹⁵¹ FELICIANO *et al.*, 2010.

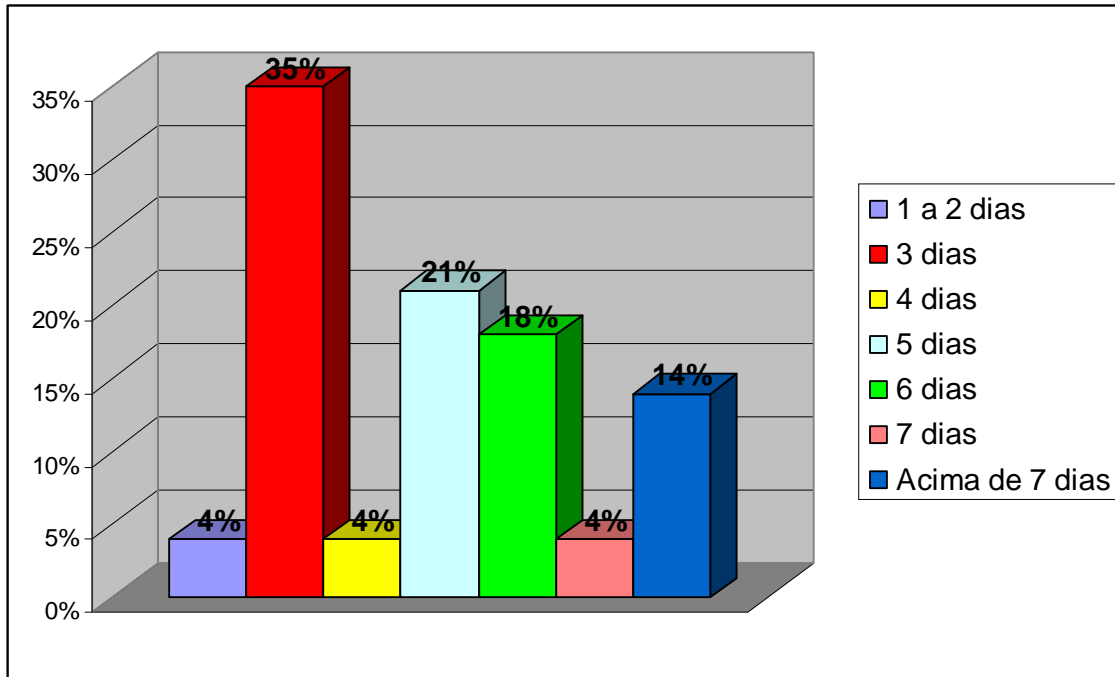
¹⁵² STOFLE, Maria Eduarda Carvalho Wagnes; NUNES, Rodrigo Dias; SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola. Avaliação de fatores associados às lesões HPV induzidas do colo uterino. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v. 40, n. 3, p. 84-89, 2011.

Gráfico 10 - Ciclo menstrual das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto à duração do ciclo menstrual, 35% (10) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram que é de 3 dias; 21% (6) de 5 dias; 18% (5) de 6 dias; 14% (4) acima de 7 dias; 4% (1), de 1 a 2 dias; 4% (1) de 4 dias; e outros 4% (1), de 7 dias, conforme descrito no gráfico 11.

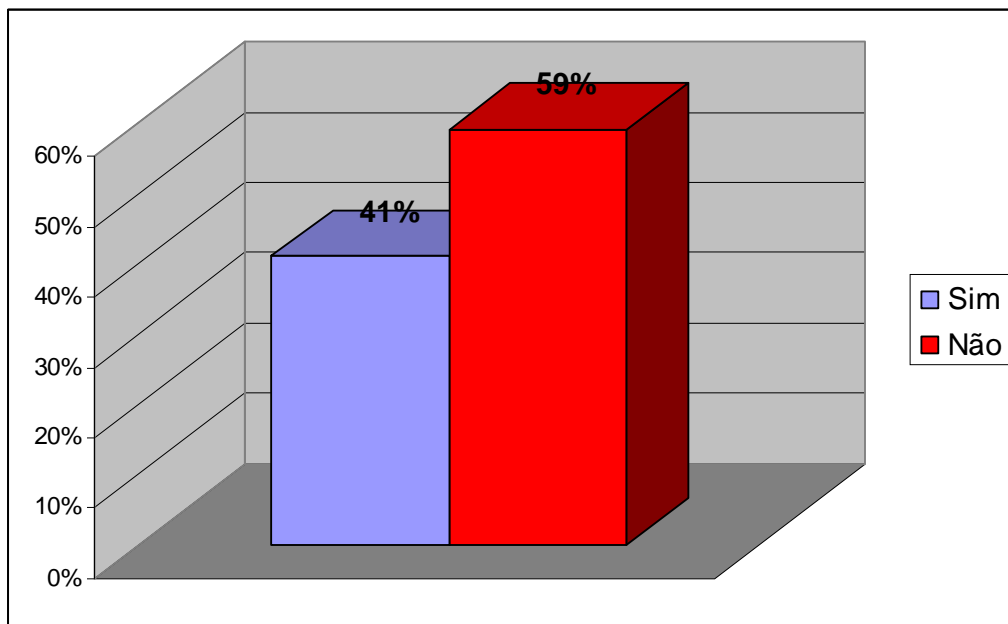
Gráfico 11 - Duração do ciclo menstrual das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto à dismenorréia, verificou-se que 59% (16) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram que não a tem e 41% (11) relataram que tem dismenorréia, conforme descrito 12.

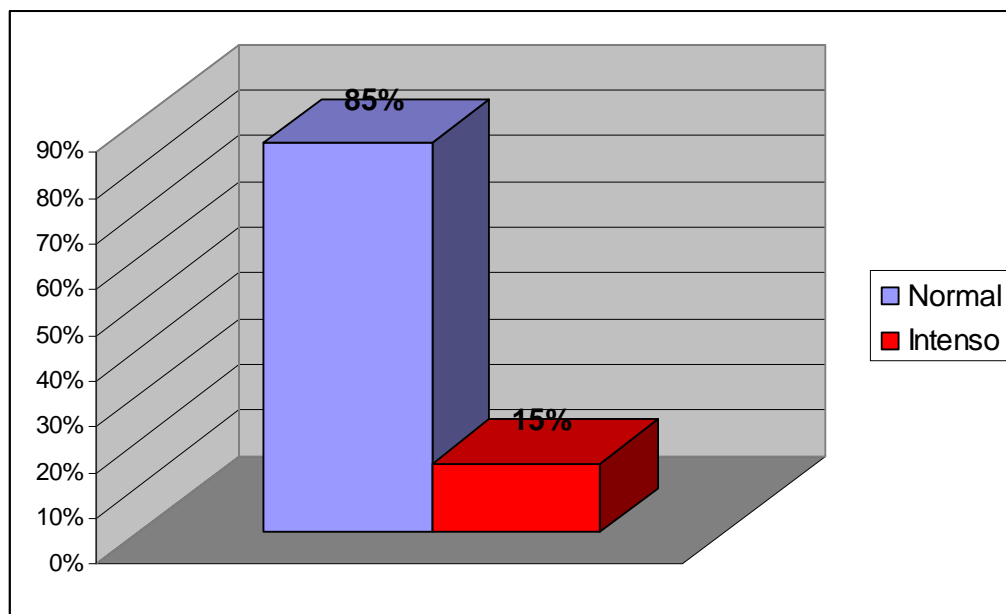
Gráfico 12 - Dismonorréia das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

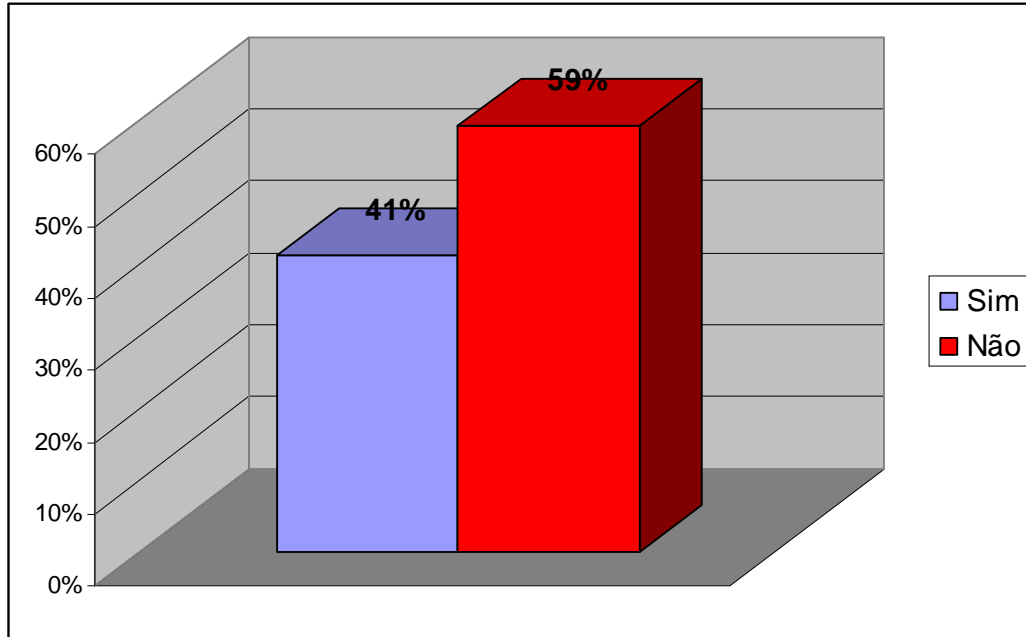
Quanto à quantidade de fluxo, verificou-se que 85% (23) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram terem um fluxo normal. Porém, 15% (4) relataram terem um fluxo intenso, conforme descrito no gráfico 13.

Gráfico 13 - Quantidade de fluxo menstrual das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto ao uso de métodos contraceptivos, verificou-se que 59% (16) das usuárias não utilizam métodos contraceptivos. Porém, 41% (11) os utilizam, conforme descrito no gráfico 14.

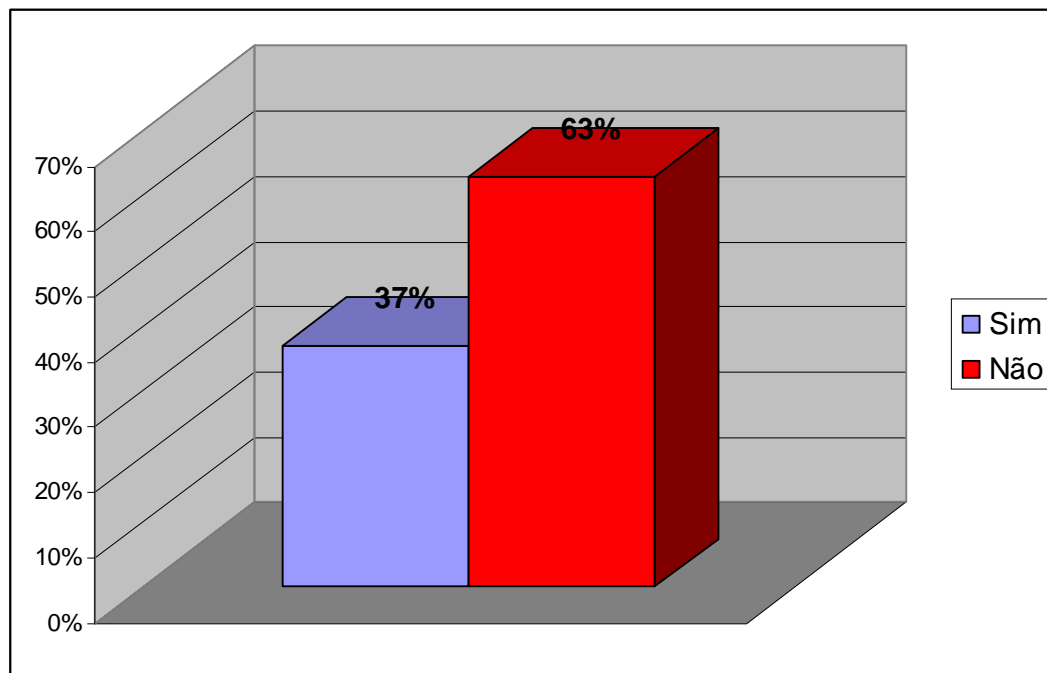
Gráfico 14 - Uso de contraceptivo pelas usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Diferentemente deste estudo, Mascarello *et al.* relataram que a maioria das mulheres que participaram de sua pesquisa faziam uso de contraceptivos, sendo este um dos fatores de risco para o câncer de colo uterino.¹⁵³

Quanto ao uso de preservativo, verificou-se que 63% (17) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram não utilizar, tendo como justificativa o fato de terem um companheiro estável e que este não acredita haver necessidade de utilizá-lo. Porém, 37% (10) fazem uso de preservativo nas relações sexuais, conforme descrito no gráfico 15.

¹⁵³ MASCARELLO *et al.*, 2012.

Gráfico 15 - Uso de preservativo pelas usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

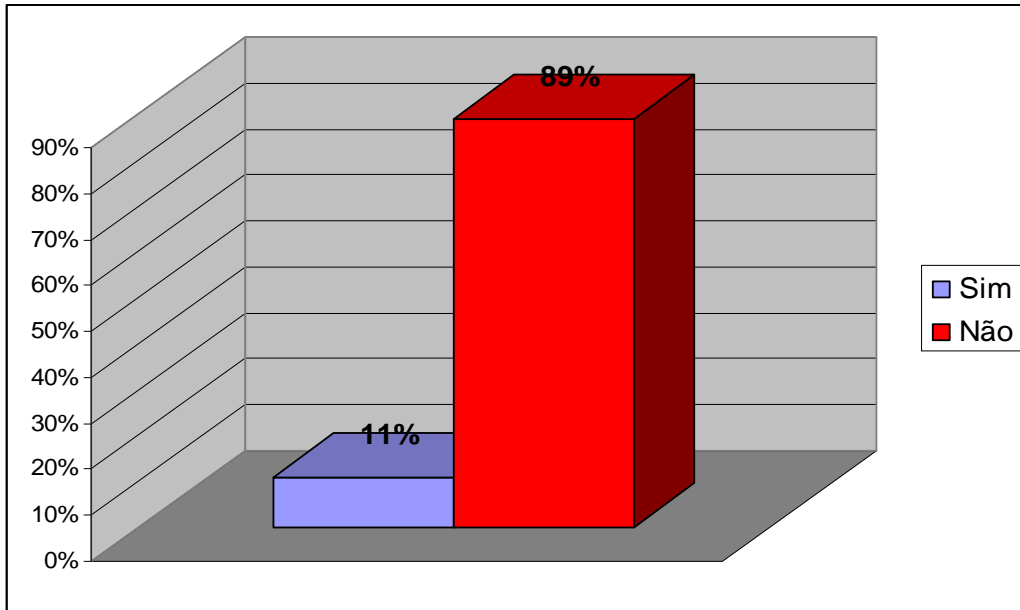
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Feliciano *et al.*, que observaram que várias mulheres não fazem uso de preservativo, alegando terem parceiro fixo.¹⁵⁴

Quanto ao sangramento na relação sexual, verificou-se que a maioria (89% - 24) das usuárias relataram não terem sangramento e 11% (3) relataram que tem sangramento nas relações sexuais, conforme descrito no gráfico 16.

¹⁵⁴ FELICIANO *et al.*, 2010.

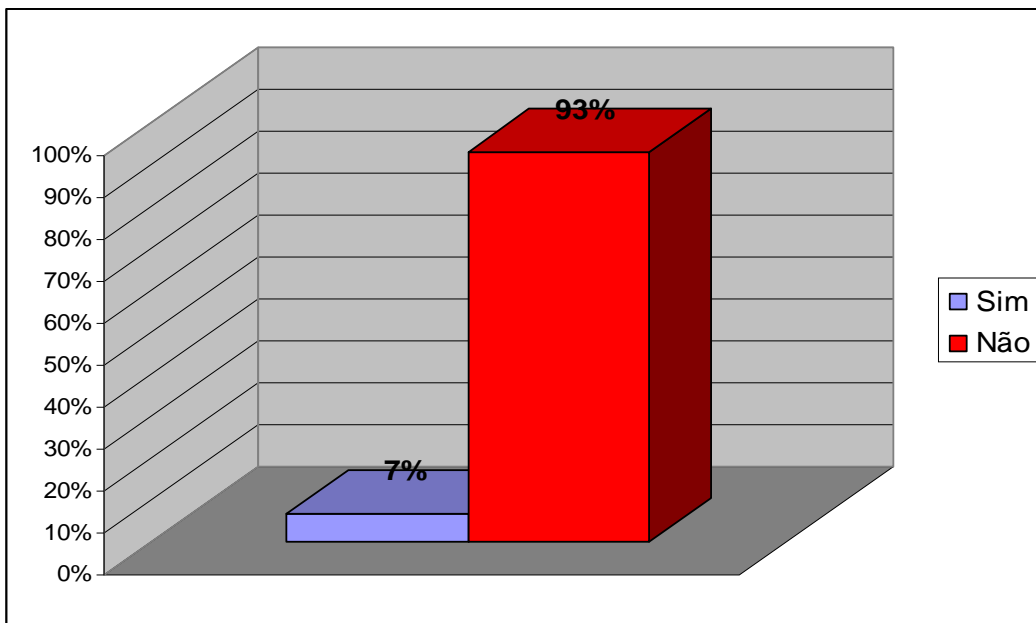
Gráfico 16 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher com sangramento na relação sexual



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Indagadas se já tiveram alguma doença sexualmente transmissível – DST quando do preenchimento do prontuário por profissional responsável verificou-se que a grande maioria (93% - 26) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram que não tiveram DST. Porém, 7% (2) relatam que já tiveram DST e que realizaram tratamento para curar-se, conforme descrito no gráfico 17.

Gráfico 17 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher que já tiveram DST



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Oliveira relata que são vários os fatores que fazem com as mulheres sejam mais vulneráveis que os homens a contrair uma doença sexualmente transmissível.¹⁵⁵ Na adolescência as mulheres apresentam-se mais suscetíveis devido a alguns eventos normais do seu corpo nessa faixa etária como: a ausência da viscosidade do muco cervical, o pH vaginal elevado e as áreas de ectopia cervical que ocorrem com mais frequência, além de muitas das doenças não apresentarem sintomas no sexo feminino.

Indagadas se possuem mais de um parceiro, verificou-se que todas (100%) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram terem somente um parceiro. Ao contrário deste estudo, no qual as mulheres participantes da pesquisa relataram ter somente um parceiro por vez, na pesquisa de Feliciano *et al.* foi observado, que, apesar de baixo índice, algumas mulheres têm mais de um parceiro, sendo este um dos fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino.¹⁵⁶

Conforme Stofler *et al.*, mulheres que tiveram a sua primeira relação sexual muito cedo, antes dos 15 anos, ou que têm ou tiveram muitos parceiros, têm maior risco de ter esse tipo de câncer, sendo necessário um atendimento mais individualizado para verificar a ocorrência do câncer de colo de útero.¹⁵⁷

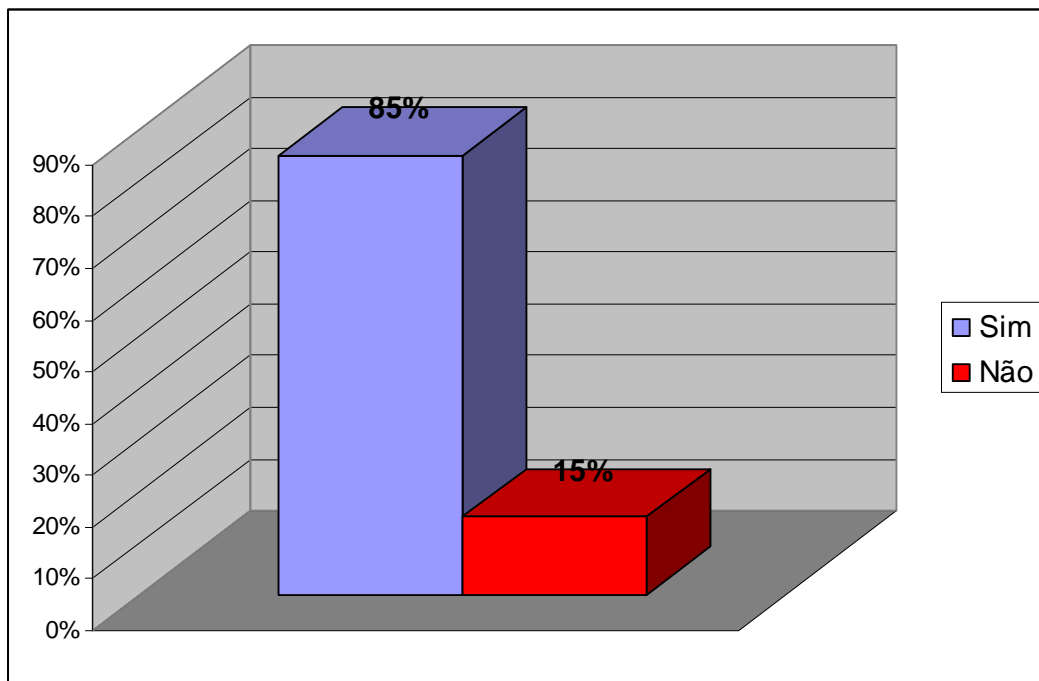
Quanto à realização do PCCU como prevenção, verificou-se que 85% (23) das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram que realizam periodicamente o exame como forma de prevenção. Porém, 15% (4) relataram não fazer o exame periodicamente conforme descrito no gráfico 18. Aquelas que não fazem o exame periodicamente relatam como fatores, para algumas, a vergonha ao realizar o exame, e para outras, o descuido e falta de tempo.

¹⁵⁵ OLIVEIRA, Fabíola Araújo Sales de. *Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em idade fértil: um estudo populacional*. 2004, 1. 89 f. Dissertação (Mestrado), Fortaleza, 2004.

¹⁵⁶ FELICIANO *et al.*, 2010.

¹⁵⁷ STOFLEER *et al.*, 2011.

Gráfico 18 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher realizam o PCCU como prevenção



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Santos *et al.*, em pesquisa realizada com o objetivo de analisar a distribuição espacial dos indicadores pactuados para o câncer do colo do útero no Brasil, no período de 2006 a 2009, verificaram que a distribuição proporcional de exames citopatológicos tem aumentado nas regiões Norte e Nordeste, principalmente entre as mulheres na faixa etária considerada prioritária, particularmente em Tocantins e Piauí, com aumento de 7% e 6% respectivamente.¹⁵⁸

Gomes *et al.*, em sua pesquisa com o objetivo de conhecer o perfil das pacientes portadoras de neoplasia maligna do colo uterino quanto à realização prévia de exame preventivo, bem como identificar as causas de não realização do mesmo, verificaram que grande parte das participantes de sua pesquisa relatou jamais ter se submetido ao exame.¹⁵⁹ As pacientes relataram como motivo não saber ser necessário, não o julgava necessário por estarem assintomáticas, sentiam vergonha do procedimento e tinham dificuldades de acesso, demonstrando assim,

¹⁵⁸ SANTOS, Raíla de Souza; MELO, Enirtes Caetano Prates; SANTOS, Keitt Martins. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis; 21(4), p. 800-810; out/dez, 2012.

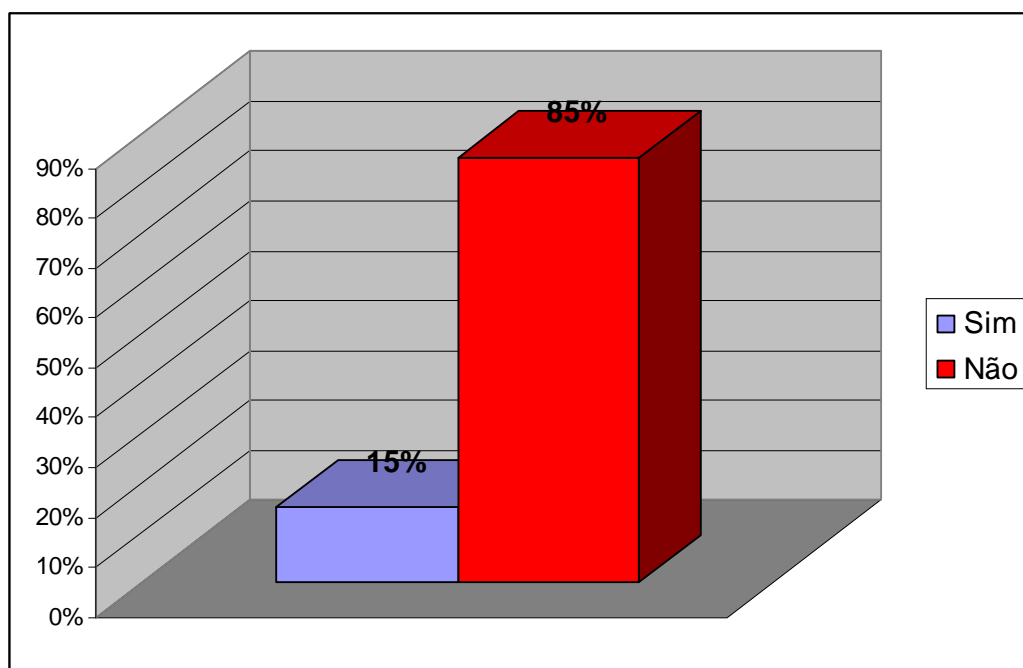
¹⁵⁹ GOMES, Cláudio Henrique Rebello; SILVA, Jaqueline Abadia da; RIBEIRO, Jeniffer Araújo; PENNA, Renata Moreira Mendonça. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 58(1), p. 41-45, 2012.

que o atendimento humanizado destas pacientes pode viabilizar a prevenção do câncer de colo de útero.

De acordo com o INCA – Instituto Nacional de Câncer, o Ministério da Saúde recomenda que as mulheres brasileiras, a partir de 25 anos de idade e que já iniciaram a atividade sexual devem iniciar os exames preventivos para câncer de colo uterino, devendo ser realizado até os 64 anos.¹⁶⁰ A partir desta idade, se os exames tiverem dois resultados negativos consecutivos nos últimos cinco anos já podem ser interrompidos.

Indagadas se possui história de câncer de colo uterino na família, verificou-se que 85% das usuárias cujos prontuários foram analisados relataram que não há histórico de câncer na família. Porém, 15% relataram que há casos de câncer entre seus familiares, principalmente de colo uterino, conforme descrito no gráfico 19.

Gráfico 19 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher com histórico de câncer na família



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

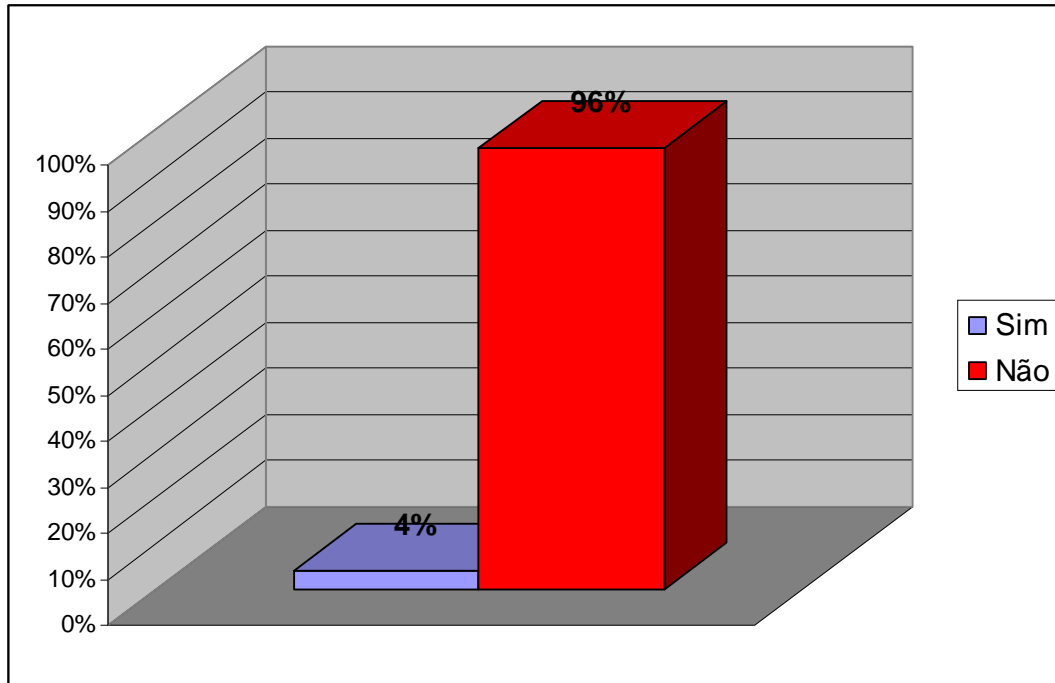
Conforme Coelho o histórico familiar é um bom indicativo para exames mais aprofundados sobre o câncer, principalmente, no câncer de colo uterino.¹⁶¹

¹⁶⁰ BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

¹⁶¹ COELHO, 2008.

Quanto ao tabagismo, verificou-se que a grande maioria (96% - 26) das usuárias não fumam. Porém, 4% (1) costumam fumar continuamente, conforme descrito no gráfico 20.

Gráfico 20 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher que fumam



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

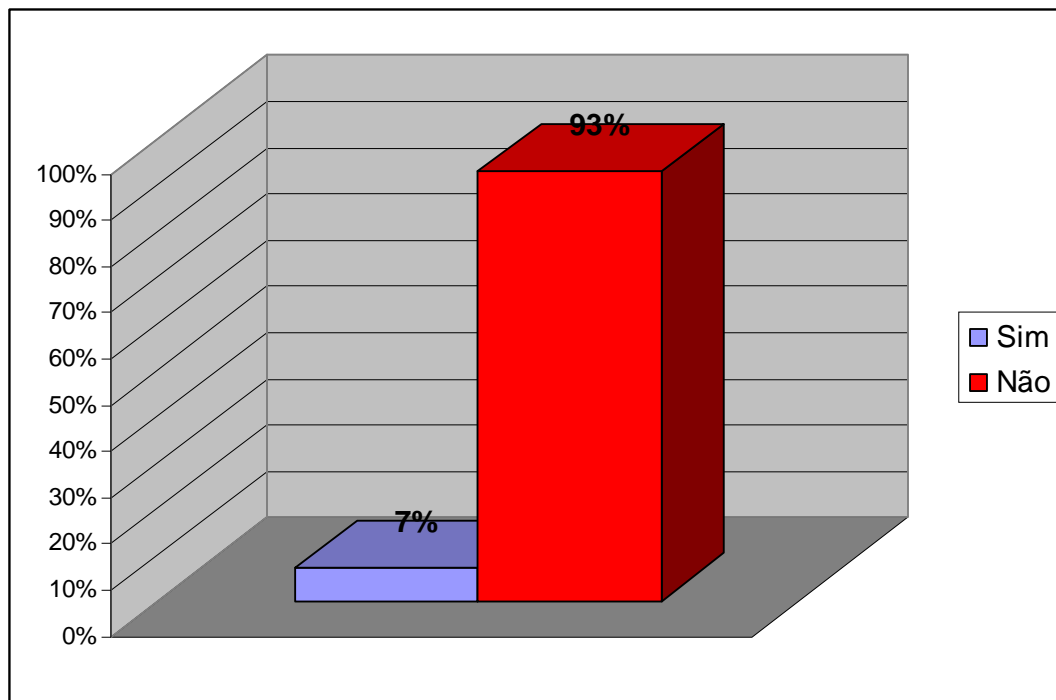
Na pesquisa realizada por Feliciano *et al.* também foi detectado que a maioria das participantes da pesquisa não são tabagista.¹⁶² Oliveira *et al.* relatam que os componentes do cigarro são secretados pelo muco cervical, aumentando potencialmente o risco para a ocorrência de câncer de colo uterino.¹⁶³

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas verificou-se que 93% (25) das usuárias do CRSM cujos prontuários foram analisados não fazem uso de bebidas alcoólicas. Porém, 7% (2) relataram que bebem socialmente, conforme descrito no gráfico 21.

¹⁶² FELICIANO *et al.*, 2010.

¹⁶³ OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan; COSTA, Osmar Teixeira (Ed.). *Tratado de Ginecologia*: FEBRASGO. Rio de Janeiro; Revinter; 2001.

Gráfico 21 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher que utilizam bebidas alcoólicas



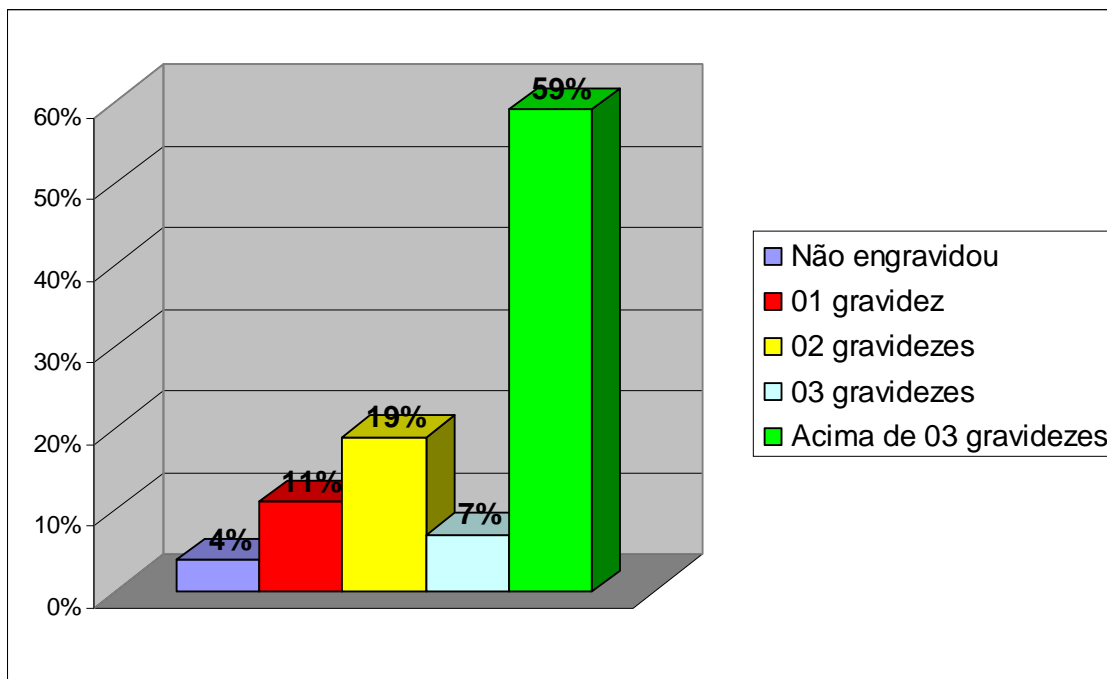
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Não há estudos que relatem que o uso de bebidas alcoólicas podem influenciar na ocorrência de câncer de colo uterino.

Enfatiza Soares, que caracteres como gestação, múltiplos partos, constante uso de contraceptivo oral, tabaco, micronutrientes outras DSTs, têm sido encontradas com independência de relação à atenuância ao risco de câncer de colo uterino.¹⁶⁴

A respeito da quantidade de gravidez, verificou-se que a maioria (59% - 16) das usuárias cujos prontuários foram analisados teve acima de três gravidezes, havendo casos de mulheres com dez gravidezes; 19% (5) das usuárias tiveram duas gravidezes; 11% (3) uma gravidez; 7% (2) três gravidezes; e 4% (1) nunca engravidaram, conforme descrito no gráfico 22.

¹⁶⁴ SOARES, Ciandra Tauli Vitorino. *Câncer de colo uterino: programas de prevenção e de rastreamento*. Rio de Janeiro, 2008.

Gráfico 22 - Total de gravidez das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

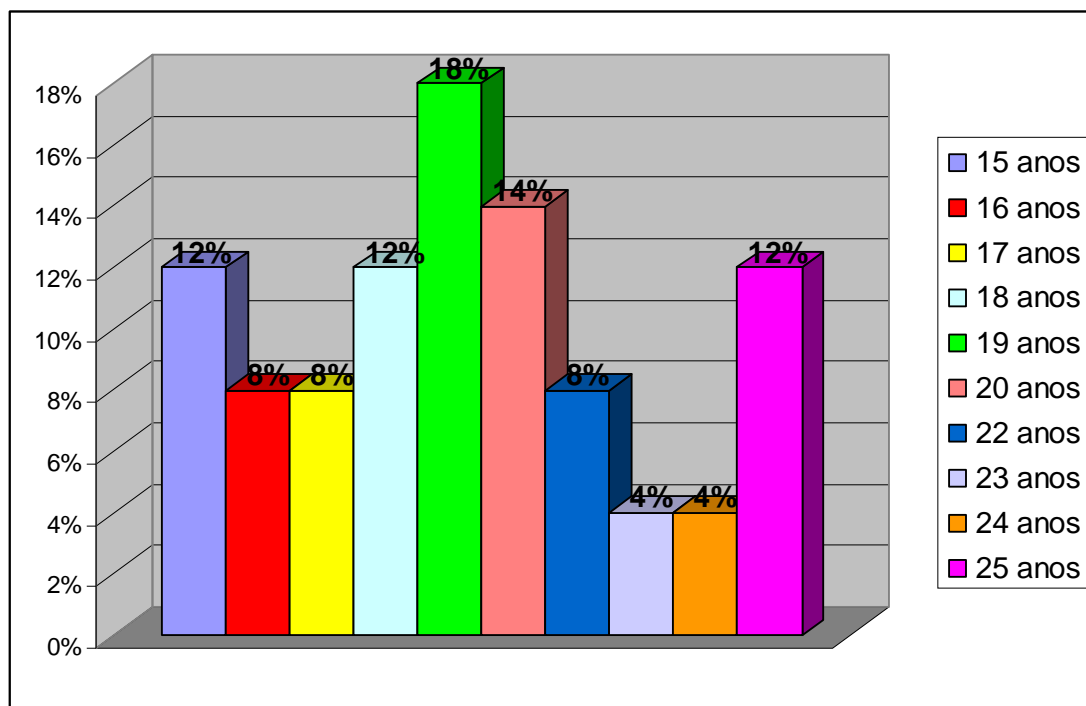
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

De acordo com Oliveira *et al.* estudos mostraram uma diferença nítida na incidência de neoplasia entre as múltíparas e as nulíparas, sendo este um risco relativo para a ocorrência de câncer de colo uterino.¹⁶⁵

A respeito da idade da primeira gravidez, verificou-se que 18% (5) das usuárias cujos prontuários foram analisados engravidou pela primeira vez aos 19 anos; 14% (4) aos 20 anos; 12% (3) aos 15 anos; 12% (3) aos 18 anos. Os menores índices ocorreram nas idades de 23 anos e 24 anos, com 4% (1) respectivamente, conforme descrito no gráfico 23.

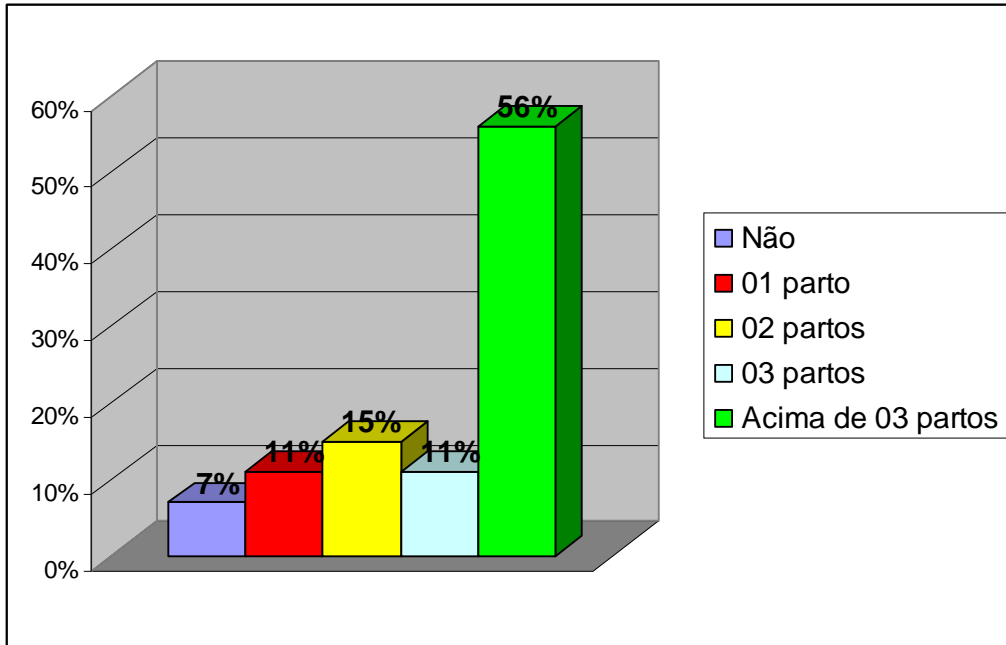
¹⁶⁵ OLIVEIRA *et al.*, 2001.

Gráfico 23 - Idade da primeira gravidez das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



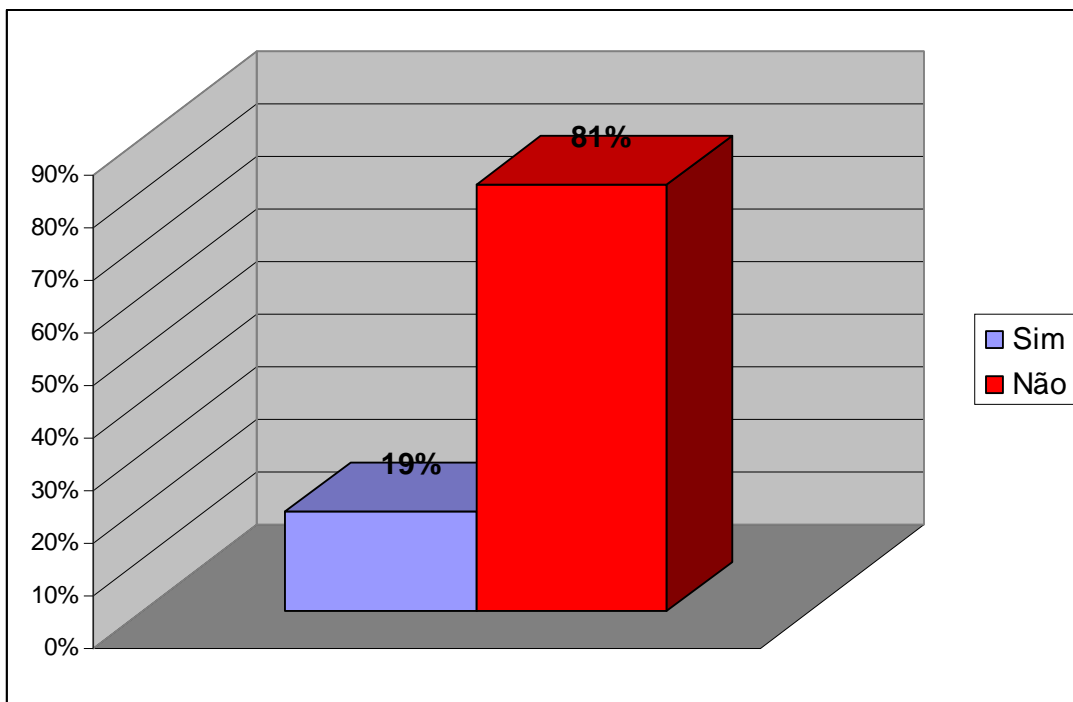
FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

A respeito da quantidade de partos verificou-se que 56% (15) das usuárias do CRSM cujos prontuários foram analisados tiveram acima de três partos; 15% (4) dois partos; 11% (3), um parto. Outros 11% (3) tiveram três partos e 7% (2) não tiveram partos, conforme descrito no gráfico 24.

Gráfico 24 - Quantidade de partos das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

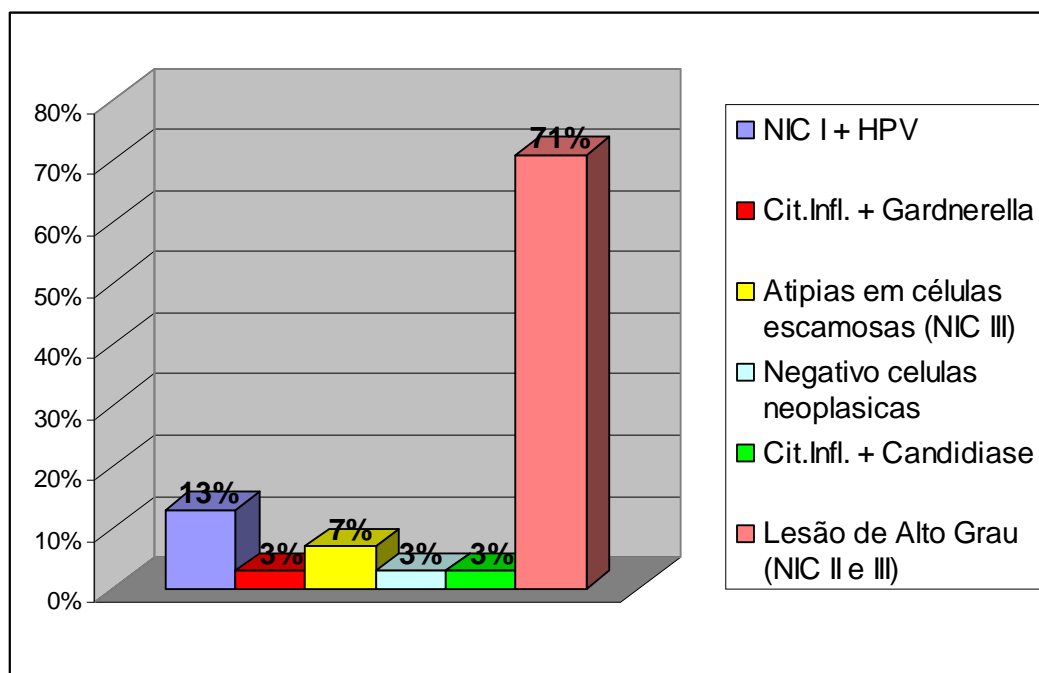
A respeito da menopausa verificou-se que 81% (22) das usuárias cujos prontuários foram analisados não estão na menopausa. Porém, 19% (5) já estão na menopausa, conforme descrito no gráfico 25.

Gráfico 25 - Usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher menopausadas

FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Quanto aos resultados do exame de PCCU, verificou-se que o maior índice foi Lesão de Alto Grau (NIC II e III), com 71% (21) do total de prontuários das usuárias do CRSM. 13% (4), apresentaram como resultados NIC I + HPV; 7% (2) atipias em células escamosas (NIC III); 3% (1) citologia Inflamada + Gardnerella; 3% (1) negativo para células neoplásicas e outros 3% (1) citologia Inflamada + Candidíase, conforme descrito no gráfico 26.

Gráfico 26 - Resultados do exame de PCCU das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Thuler *et al.* evidenciando predomínio de casos em NIC III.¹⁶⁶ Já no estudo de Gomes *et al.* foi detectada a incidência de NIC II nas mulheres que participaram de sua pesquisa.¹⁶⁷ Na pesquisa realizada por Mascarello *et al.* foi detectado NIC III na maioria dos casos, seguido de NIC II, corroborando os dados encontrados em Santarém.¹⁶⁸ Os

¹⁶⁶ THULER *et al.*, 2012.

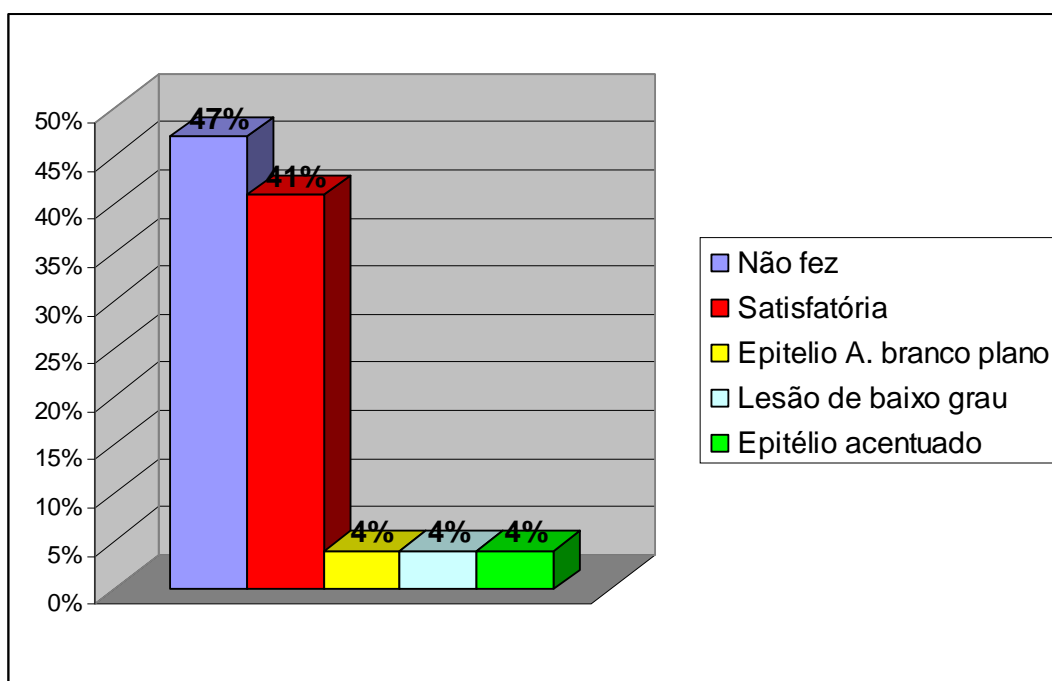
¹⁶⁷ GOMES, *et al.*, 2012.

¹⁶⁸ MASCARELLO, Keila Cristina; SILVA, Nayara Fazolo; PISKE, Marieli Thomazini; VIANA, Kátia Cirlene Gomes; ZANDONADE, Eliana; AMORIM, Maria Helena Costa. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 58(3), p. 417-426, 2012.

dados obtidos a partir dos Registros Hospitalares de Câncer apontam para taxas de detecção em estágios avançados que chegam a 50% de casos registrados.¹⁶⁹

Quanto aos resultados do exame de Coloscopia, verificou-se que 47% (13) das usuárias cujos prontuários foram analisados não realizaram este exame. Das que fizeram o exame 41% (11) tiveram resultado satisfatório; 4% (1) apresentaram epitélio A. branco plano; 4% (1) lesão de baixo grau e outros 4% (1) epitélio acentuado, conforme descrito no gráfico 27.

Gráfico 27 - Resultados do exame de Coloscopia das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

De acordo com Marques, nos casos de citologia anormal ou positiva, o principal e mais seguro método diagnóstico é a biópsia dirigida pela coloscopia, que evidenciará a área de alterações mais sugestivas de possíveis invasões ou simplesmente as áreas de alterações mais acentuadas.¹⁷⁰ A procura por esse serviço se dá diante de uma necessidade prioritária e não por controle atendendo aos apelos do Ministério da Saúde. Rezende enfatiza que o exame colpocitológico é preconizado para o rastreamento e prevenção do câncer do colo uterino.¹⁷¹

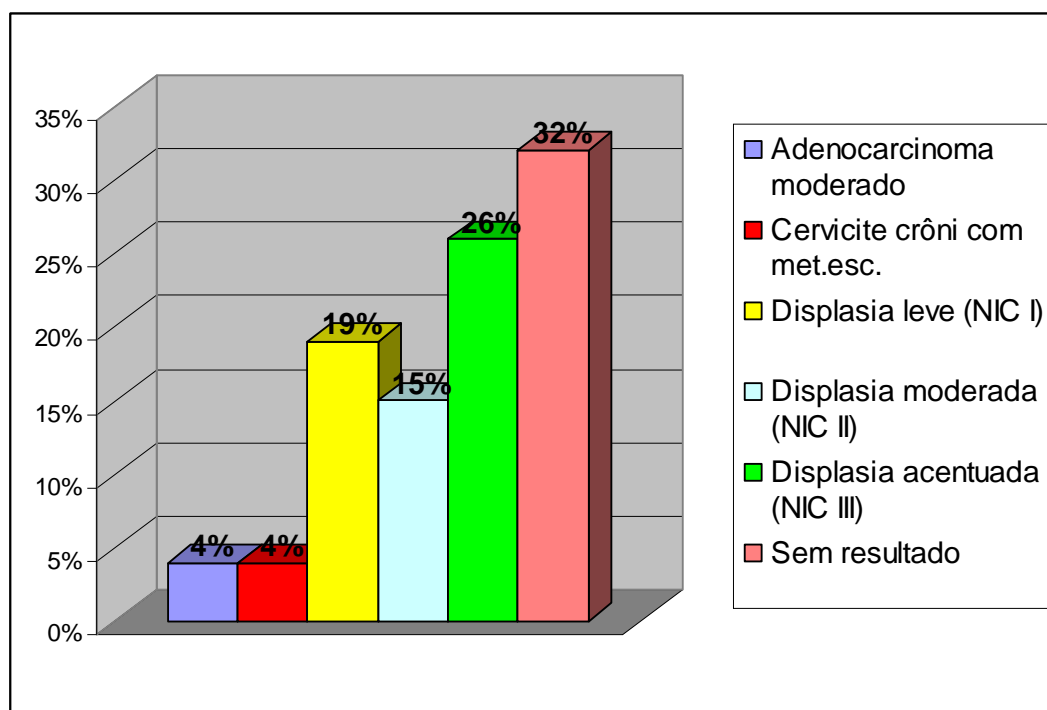
¹⁶⁹ BRASIL, 2010.

¹⁷⁰ MARQUES, 2010.

¹⁷¹ REZENDE, 2005.

Quanto ao resultado da biópsia, verificou-se que 32% (9) das usuárias cujos prontuários foram analisados não tiveram resultados; 26% (7) apresentaram displasia acentuada (NIC III); 19% (5) apresentaram displasia leve (NIC I); 15% (4) apresentaram displasia moderada (NIC II); 4% (1) apresentaram adenocarcinoma moderado e outros 4% apresentaram cervicite crônica com metaplasia escamosa, conforme descrito no gráfico 28.

Gráfico 28 - Resultados de biópsia das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher



FONTE: Prontuários das pacientes do Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2014.

Katz *et al.* ressaltam que a colposcopia com biópsia dirigida detecta a neoplasia intraepitelial grau III em 2/3 dos casos, sendo a sua sensibilidade maior quando duas ou mais biópsias são realizadas.¹⁷² Neste contexto, percebe-se que a maioria das usuárias cujos prontuários foram analisados apresentaram lesão de alto grau, tendo resultado na Colposcopia satisfatório, e na biópsia, displasia acentuada (NIC III), detectando-se os casos de câncer de colo uterino entre essas mulheres.

Estes dados ora apresentados dão suporte para o entendimento da importância do atendimento humanizado às mulheres com câncer de colo de útero,

¹⁷² KATZ, Letícia Maria Correia; SOUZA, Sandro Rolland; FITTIPALDI, Simone Oliveira; SANTOS, Gisele de Melo; AMORIM, Melania Maria Ramos. Concordância entre citologia, colposcopia e histopatologia cervical. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*; 32(8), p. 368-73, 2010.

que buscam os centros de referência visando o tratamento da doença, e muitas vezes, não recebem informações que dirimem suas dúvidas ou mesma atenção individual para o seu problema. E neste contexto, pode-se perceber que no CRSM de Santarém, o atendimento humanizado tem sido posto em prática, principalmente no quesito de buscar informações relevantes sobre cada paciente.

CONCLUSÃO

O câncer uterino é o segundo que mais mata no Brasil, perdendo apenas para o câncer de mama. Diante disso, tanto o Governo Federal, Estadual como Municipal, buscam de forma emergencial diminuir essa taxa, incentivando as pesquisas para buscar descobrir forma de inibir o avanço da doença, bem como investir em ações educativas. Estas visam identificar às mulheres os fatores de risco de proliferação da doença, bem como formas de prevenção e principalmente a importância da realização do PCCU (exame preventivo), este que tem como fim detectar as alterações internas na genitália feminina. Porém, observa-se que a saúde é ofertada de modo irresolúvel, esbarrando também em critérios burocráticos para garantir o seu bem estar físico e mental, condição mínima aos brasileiros e às brasileiras para terem uma vida digna.

Outro ponto em discussão se deve ao atendimento mais humano para mulheres que buscam a atenção à saúde, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e Centros de Referência. Muitas vezes chegam a estes locais fragilizadas, não somente pelo seu problema de saúde, mas também pela falta de conhecimento e informação sobre os benefícios que o exame periódico pode trazer para a saúde, além de prevenir o risco de câncer de colo uterino.

O cuidar da paciente não é somente realizar o atendimento de Enfermagem, mas também dar atenção holística a esta mulher, escutando suas dúvidas, seus medos, suas preocupações, e assim, poder acolhê-la neste momento tão frágil. É necessário cuidar da paciente, tendo em vista suas atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida mediante esse processo do cuidar de uma pessoa com câncer de colo uterino.

Este estudo buscou realizar uma discussão entre a teoria e a prática, demonstrando a necessidade de uma interação entre a ciência e a humanização, e com isso apresentar dados que possam servir de subsídios para um atendimento mais humanizado para a mulher com suspeita de câncer de colo uterino.

Como resultado, verificou-se que o perfil médio das usuárias do Centro de Referência de Saúde da Mulher é de mulheres em idade reprodutiva, na faixa etária de 23 a 40 anos, da cor parda, residentes em Santarém, possuindo Ensino Médio,

convivem com um companheiro, tendo como profissão o trabalho no lar, tendo como religião, o catolicismo.

Observou-se que estas mulheres tiveram sua menarca na idade de 12 a 13 anos, iniciando também precocemente suas atividades sexuais, na idade de 16 anos. A maioria das mulheres apresenta ciclo menstrual regular e fluxo normal, com duração de 3 dias, sem sofrer dismenorreia. A maioria relatou não utilizar métodos contraceptivos e preservativos e também não apresentam sangramento na relação sexual.

Quanto aos fatores de risco de câncer de colo uterino, verificou-se que poucos foram os casos de mulheres com doença sexualmente transmissível, e nenhuma delas relatou ter mais de um parceiro. Além disso, afirmam que não utilizam fumo ou bebida alcoólica.

Quanto ao exame de PCCU, a maioria o realiza periodicamente como forma de prevenção, informando que não há histórico de câncer na família. Quanto aos antecedentes obstétricos, verificou-se que são múltiparas, tendo o primeiro filho aos 19 anos. A maioria destas mulheres não está na menopausa.

Quanto aos resultados dos exames, verificou-se que a maioria das usuárias apresentou lesão de alto grau, tendo resultado na Colposcopia satisfatório, e na biopsia, displasia acentuada (NIC III), detectando-se os casos de câncer de colo uterino entre essas mulheres.

Com isso percebe-se que mesmo com as políticas voltadas para a saúde da mulher e com o programa focado em reduzir a incidência do câncer, há ainda deficiências no programa de prevenção. Alguns aspectos podem ser observados neste contexto como a importância do e da profissional de saúde, o acolhimento à mulher que procura a unidade de saúde, para não só realizar o exame de rotina, mas ter o conhecimento e o esclarecimento acerca da doença, que é a segunda causa de morte a nível nacional. Por fim uma política deveria ser direcionada para as disparidades socioeconômicas, geográficas e sociais, de forma que se realize um atendimento mais humanizado para estas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Fauzer Simão. *Tratado de Oncologia Genital e Mamária*. 1. ed. São Paulo: Roca; 1995.
- BARACAT, Edmund Chada; LIMA, Geraldo Rodrigues de. *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de ginecologia*. Barueri: Editora Manole, 2005.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira; DOTTO, Leila Maria Geromel; KOIFMAN, Rosalina Jorge; CUNHA, Margarida de Aquino; MUNIZ, Pascoal Torres. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(6), p. 1156-1166, jun, 2012.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social no Brasil: Um Direito entre Originalidade e Conservadorismo*. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: GESST/Unb, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *Princípios doutrinários do SUS*. 2012. Disponível em: <www.saude.org.br>. Acesso em: 20 mar. 2015.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Instituto Nacional de Câncer. *Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *2004 – Ano da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Falando sobre Câncer do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COELHO, Francisco Ricardo Gualda. *Câncer do colo do útero*. São Paulo: Editora Tcmmedd, 2008.

CONSOLARO, Márcia Edilaine Lopes; MARIA-ENGLER, Silvy Stuchi. *Citologia clínica cérvico-vaginal: texto e atlas*. São Paulo: Roca, 2012.

CORREA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira; ALMEIDA, Ana Maria de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, 21(2), p. 395-400, abr/jun, 2012.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 3, n. 4. Botucatu, 1999.

FELICIANO, Cleusa; CHRISTEN, Kelly; VELHO, Manuela Beatriz. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro; 18(1), p. 75-79; jan/mar, 2010.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; TONINI, Teresa (Orgs.). *SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

FOCACCIA, Roberto (ed.). *Veronesi: Tratado de infectologia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 3-32, ago./dez. 1999.

FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Orgs.). *Serviço Social: temas, textos e contexto*. Coletânea nova de serviço social. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 18 (suple.). Rio de Janeiro, 2002.

GINECO. *Atenção Integral à Saúde da Mulher*. 2007. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br>>. Acesso em: 09 maio. 2015.

GOMES, Cláudio Henrique Rebello; SILVA, Jaqueline Abadia da; RIBEIRO, Jeniffer Araújo; PENNA, Renata Moreira Mendonça. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 58(1), p. 41-45; 2012.

GRESSLER, Lori Alice. *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

HIPPELAINEN, M.I.; HIPPELAINEN, M.; SAARIKOSKI, S.; SYRJANEN, K.; Clinical course and prognostic factors of human papillomavirus infections in men. *Sex Transm Dis*, 21, p. 272-279, 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007.

JOHNSON & JOHNSON. *Entendendo a metrorragia*. 2009. Disponível em: <http://www.jnjbrasil.com.br/noticia_full.asp?noticia=4871>. Acesso em: 09 jan. 2015.

KATZ, Letícia Maria Correia; SOUZA, Sandro Rolland; FITTIPALDI, Simone Oliveira; SANTOS, Gisele de Melo; AMORIM, Melania Maria Ramos. Concordância entre citologia, colposcopia e histopatologia cervical. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*; 32(8), p. 368-73; 2010.

KATZUNG, G. Bertram. *Farmacologia Básica & Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2005.

KLIGERMAN, Jacob. O câncer como um indicador de saúde no Brasil (Editorial). *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(3), 1999.

KOSS, Leopold G.; GOMPEL, Claude. *Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas*. Trad. Temístocles P. de Lima. São Paulo: Roca, 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, Carlos Alberto Sá. *Infecção Genital pelo HPV: Imunodeficiência e câncer do colo uterino*. 2010.

MARTINS LFL, THULER LCS, VALENTE JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 27(8), p. 485-92, 2005.

MASCARELLO, Keila Cristina; SILVA, Nayara Fazolo; PISKE, Marieli Thomazini; VIANA, Kátia Cirlene Gomes; ZANDONADE, Eliana; AMORIM, Maria Helena Costa. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero

Associado ao Estadiamento Inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 58(3), p. 417-426; 2012.

MELO, Enirtes C.P.; CUNHA, Fátima T.S; TONINI, Teresa. *Políticas de Saúde Pública*. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

MELO, Vitor Hugo de. *Ginecologia & obstetrícia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

MIRRA, Antonio Pedro. *Registro de Câncer no Brasil e sua História*. São Paulo: Tomgraf, 2005.

MOUTINHO, José Alberto Fonseca. *Consenso sobre infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva*. Cascais: Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011.

NADAL, Luis Roberto Manzione; NADAL, Sidney Roberto. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Indicações da Vacina Contra o HPV. *Revista Brasileira Coloproctologia*, vol. 28, n. 1 Rio de Janeiro Jan/Mar. 2008.

OLIVEIRA, Djalma. *Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial*. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

OLIVEIRA, Fabíola Araújo Sales de. *Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em idade fértil: um estudo populacional*. 2004, 1. 89 f. Dissertação (Mestrado), Fortaleza, 2004.

OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan; COSTA, Osmar Teixeira(ed). *Tratado de Ginecologia*: FEBRASGO. Rio de Janeiro; Revinter; 2001.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira; COIMBRA, Liberata Campos. Cobertura e Fatores Associados à não Realização do Exame Preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 3, 2006.

OLIVEIRA, Maria do Carmo Duarte. *Vacina contra o câncer do colo do útero HPV*. 2008. Disponível em: <<http://www.imunity.com.br>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014.

PINTO, Denise da Silva; FUZII, Hellen Thais; QUARESMA, Juarez Antônio Simões. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(4), p. 769-778, abr, 2011.

QUEIROZ, Alda Maria Alves; CANO, Maria Aparecida Tedeschi; ZAIA, José Eduardo. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG. *RBAC*, vol. 39(2), p. 151-157, 2007.

- RAMBOUT, L.; HOPKINS, L.; HUTTON, B.; FERGUSON, D.; Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ*, 177(5), p. 469-479, 2007.
- REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2005.
- RIOS, Roger Raupp (Org.). *Em defesa dos direitos sexuais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.
- SANTOS, Nívea Cristina Moreira. *Assistência de enfermagem materno-infantil*. 2. ed. São Paulo: látria, 2009.
- SANTOS, Raíla de Souza; MELO, Enirtes Caetano Prates; SANTOS, Keitt Martins. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis; 21(4): 800-10; out/dez, 2012.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. (Orgs.). *Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SOARES, Ciandra Tauli Vitorino. *Câncer de colo uterino: programas de prevenção e de rastreamento*. Rio de Janeiro, 2008.
- STOFLER, Maria Eduarda Carvalho Wagnes; NUNES, Rodrigo Dias; SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola. Avaliação de fatores associados às lesões HPV induzidas do colo uterino. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v. 40, n. 3, p. 84-89, 2011.
- TEIXEIRA, Elizabeth. *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. 4. ed. Belém: Unama, 2007.
- THULER, Luiz Claudio Santos; BERGMANN, Anke; CASADO, Letícia. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3), p. 351-357, 2012.
- ZAGONEL, Ivete Palmeira. *Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

ANEXO I



**PREFEITURA DE
SANTARÉM**

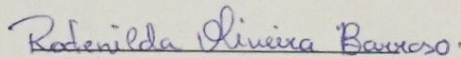
SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTARÉM
AV. RUI BARBOSA, 337 - CEP 68005-080 - BAIRRO PRAINHA - FONE: 2101-0100 -
Santarém/PA

CARTA DE ACEITE

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde declaro ter conhecimento do Projeto de Intervenção intitulado "**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DAS MULHERES COM ALTERAÇÕES CELULARES DE ALTO GRAU NO CRSM-CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER, NO ANO DE 2014, EM SANTARÉM - PARÁ**" de autoria da acadêmica do Programa de Pós graduação em Teologia, **Dináuria Nunes Cunha de Faria**, dando-lhes consentimento para realizar o trabalho nesta instituição e coletar dados em nosso serviço, *Centro de Referência em Saúde da Mulher*, após aprovação do projeto em questão, o qual é pré-requisito para o início da pesquisa.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta Secretaria Municipal de Saúde com o escopo de analisar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da Instituição FACULDADES EST e da Secretaria Municipal de Saúde, como locais de realização da pesquisa.

Santarém, 30 de Junho de 2015


Rodenilda Oliveira Barroso
Divisão Técnica