



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Carla Regiani Conde

**A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de
colo do útero**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2017

Carla Regiani Conde

A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de
colo do útero

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. |
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Conde, Carla Regiani.

A percepção da vulnerabilidade e representação do
câncer de colo do útero / Carla Regiani Conde. -
Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Capes: 40406008

1. Colo uterino - Câncer. 2. Neoplasias. 3. Enfermagem
na saúde e higiene da mulher. 4. Representações sociais.
5. Vulnerabilidade em saúde.

Palavras-chave: Neoplasias uterinas; Representações
sociais; Saúde da mulher; Vulnerabilidade em saúde.

Carla Regiani Conde

A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de
colo do útero

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Profa. Dra. Maria José Sanches Marin
Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP

Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento
Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP

Profa. Dra. Carolina Guizardi Polido
Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos

Profa. Dra. Márcia Aparecida Padovan Otani
Faculdade de Medicina de Marília

Botucatu, 20 de fevereiro de 2017.

FINANCIAMENTO

O projeto de pesquisa recebeu auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - *CAPES*, *bolsa de demanda social, nível doutorado, no período de 01/03/2016 a 20/02/2017.*

DEDICATÓRIA

À minha Mãe, Aparecida Graciosa Ochiucci Regiani

Seu incentivo e dedicação foram fundamentais para minha formação. Exemplo de mãe e mulher dedicada, sempre preocupada em proporcionar uma educação de qualidade. Sem seu apoio a conclusão desta etapa seria muito mais difícil. Minhas conquistas são frutos da sua perseverança em apoiar, sem medir esforços, minha formação acadêmica. O meu crescimento pessoal e profissional é inteiramente responsabilidade sua e é por isso que agradeço a Deus todos os dias pelo privilégio de ser sua filha.

Muito obrigada mãe.

Ao meu amor e esposo, Sandro José Conde

É o melhor presente que Deus me deu. Com você vivencio e compartilho os nossos melhores momentos e divido nossas dificuldades. Ao seu lado sinto-me segura e capaz de enfrentar os mais temidos desafios. Você é parte das minhas conquistas, me faz crescer como mulher e profissional. É meu incentivo, pois sua inteligência e sabedoria são encantadoras e servem de estímulo para que eu estude cada vez mais. Juntos crescemos como pessoas e profissionais e atingimos nossos objetivos, acreditando que Deus está a frente das nossas realizações.

Te amo mais que ontem e vou te amar ainda mais hoje e mais amanhã.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira – Malu

Exemplo de sabedoria, mulher batalhadora e solidária. Agradeço mais uma vez pela oportunidade de contribuir com minha formação, pois estivemos juntas na graduação, mestrado e doutorado. Seus ensinamentos me fizeram crescer muito como profissional.

Agradeço pelo seu acolhimento, pois mesmo diante das dificuldades e desafios que enfrentou ao longo destes últimos anos, ainda foi capaz de dividir comigo seus conhecimentos.

Sinto-me feliz de estarmos concluindo juntas mais esta etapa. Que Deus sempre esteja ao seu lado, lhe ilumine, dê força e sabedoria para conduzir sua missão como mulher, mãe, protetora dos animais e profissional.

Muito obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus que me fortalece, está presente e conduz todos os momentos da minha vida dando-me sabedoria.

À minha mãe, por participar intensamente de todas as minhas conquistas e por meio das suas orações estar sempre próxima de mim.

Ao meu esposo, pelo incentivo, respeito e por acreditar no meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu irmão Vitor, parte de mim e meu outro presente de Deus. É minha fonte de amor imensurável, a quem desejo todo o sucesso. Serei eternamente grata por na minha ausência estar sempre cuidando da mãe.

À minha futura cunhada Carol, pessoa dedicada e encantadora. Sua presença me traz segurança e a certeza de companheirismo. Obrigada pela maneira carinhosa que cuida das duas pessoas mais importantes da minha vida, minha mãe e meu irmão.

À minha querida amiga Talita Mayara Rossi Lemos, certamente sem você este trabalho seria inviável, agradeço por me auxiliar na coleta dos dados. Admiro sua inteligência e tenho orgulho da “aluna” que superou a “professora”, saiba que apreendo muito com você e acredito no seu sucesso pessoal e profissional.

Às minhas amigas, Patrícia Aparecida Francelino Crepalde e Lucía Silva, pelo incentivo e contribuição durante a realização desta etapa.

Aos meus amigos, comadre e compadre, Juliana e Flávio pelo incentivo. Vocês me deram o maior presente de 2016, a Livia, minha afilhada muito amada, amor inexplicável.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pelos conhecimentos proporcionados durante minha formação.

À professora Cristiane Murta Ramalho Nascimento pelas contribuições valiosas no meu exame de qualificação e novamente aceitar prontamente participar da banca de defesa. Sua ajuda foi fundamental para versão final desta tese.

À professora Janete Pessuto Simonetti pelas contribuições valiosas no meu exame de qualificação. Sinto-me privilegiada pelo conhecimento que dividiu comigo.

À professora Maria José Sanches Marin que prontamente aceitou participar como membro da banca de defesa e contribuir para finalização deste estudo.

À professora Marcia Aparecida Padovan Otani que aceitou participar como membro da banca de defesa e contribuir para finalização deste estudo.

À professora e amiga Carolina Guizardi Polido que compartilhou momentos importantes da minha formação. Colega na graduação, especialização em enfermagem obstétrica, mestrado, aceitou prontamente em participar como banca do meu doutorado e por quem tenho admiração e carinho muito especial.

Às professoras Regina Célia Popim, Sandra Marisa Pelloso e Silvia Franco da Rocha Tonhom por aceitar o convite como suplentes.

À equipe de enfermagem do Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela disponibilidade e atenção ao me receber durante a coleta dos dados.

Ao Leandro De Santi, funcionário do Centro de informática Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela atenção e disponibilidade no fornecimento da listagem das pacientes agendadas e acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica.

Ao Fernando de Oliveira Alcarde por sua atenção e estar sempre pronto em ajudar.

Às bibliotecárias Rosemeire Aparecida Vicente e Rosemary Cristina da Silva pela confecção da ficha catalográfica e correção das referências.

Às mulheres acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, por aceitarem prontamente participar deste estudo e contribuírem grandiosamente com seus depoimentos.

À Coordenação de Aprimoramento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de doutorado.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

Muito Obrigada

“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”.

Madre Teresa de Calcutá

Resumo

CONDE, C. R. **A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de colo do útero**. 2017. 177 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

O câncer de colo do útero constitui, em todo o mundo, um sério problema de saúde pública e pode acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva. Este estudo trata-se de uma pesquisa na abordagem qualiquantitativa com objetivo geral de compreender a percepção da vulnerabilidade à doença entre mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero e com objetivos específicos de levantar o conjunto de características individuais, sociais e programáticas presentes no cotidiano das mulheres, participantes deste estudo, que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero; identificar os motivos que contribuíram para a percepção da vulnerabilidade de mulheres com a doença; verificar as mudanças na vida das mulheres percebidas por elas após o diagnóstico de câncer de colo do útero; apreender as representações do câncer de colo do útero atribuídas pelas mulheres com esta neoplasia; identificar as facilidades e as barreiras, na visão dessas mulheres, voltadas para o seguimento e assistência ao tratamento do câncer de colo do útero; conhecer a forma de participação destas mulheres no tratamento do câncer de colo do útero. A pesquisa foi conduzida com 38 mulheres que possuíam diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero em tratamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. A técnica de coleta de dados foi a entrevista e o registro dos dados em instrumento elaborado pela pesquisadora e gravador digital. Utilizou-se o discurso do sujeito coletivo como referencial metodológico e como referenciais teóricos utilizaram-se a vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos e a teoria das representações sociais. Para tanto, os resultados foram organizados, apresentados e analisados a partir das respostas às questões da pesquisa, e dispostos da seguinte forma: levantamento das características individuais, sociais e programáticas e categorização qualiquantitativa dos discursos dos sujeitos coletivos de acordo com as diferentes dimensões da vulnerabilidade, que abordou os motivos e a percepção da doença, mudanças percebidas pelas mulheres após diagnóstico, representação social do câncer de colo do útero, atendimento dos serviços de saúde e a participação das mulheres no tratamento. A partir desta análise emergiram principalmente as categorias: sinais e sintomas do câncer de colo do útero; não sabe a causa do câncer de colo do útero; periodicidade da consulta ginecológica e exame preventivo; não percebeu mudanças; maternidade, mudanças corporais e sexualidade; comorbidades associadas ao câncer de colo do útero; doença assustadora, incerta, inesperada; medo da morte e recidiva da doença; aceitação da doença; acolhimento do serviço de saúde; adesão ao tratamento; e orientação do profissional

de saúde. Conhecer, portanto, a percepção da vulnerabilidade da mulher diagnosticada com câncer de colo do útero nos permitiu compreender que a doença colaborou para mudanças e trouxe representações importantes para o cotidiano das mulheres. Ao identificar os fatores que contribuíram para a vulnerabilidade ao câncer, observou-se a necessidade de desenvolver intervenções pautadas na integralidade do cuidado à saúde da mulher. Acredita-se que a população deve ser incentivada e esclarecida quanto à importância de participar no cuidado a sua saúde e os serviços investir na educação em saúde por meio da orientação das mulheres quanto à necessidade de adesão a vacinação contra o papilomavírus humano, orientação de relação sexual segura e detecção e tratamento precoce das lesões precursoras.

Descritores: Neoplasias uterinas; Saúde da mulher; Vulnerabilidade em saúde; Representações sociais.

Abstract

CONDE, C. R. **The perception of vulnerability and representation in cervical cancer.** 2017. 177 p. PhD Thesis – Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, 2017.

Cervical cancer is a serious public health problem throughout the world and mainly affecting women of low socioeconomic status and to reproductive age. This is a qualiquantitative study with a general objective of understanding the perception of vulnerability among women diagnosed with cervical cancer and with specific objectives were: listing the individual, social and programmatic characteristics of the daily lives of women participating in this study that make them vulnerable to cervical cancer; identifying the reasons that contributed to the perception of vulnerability in women with the disease; verifying the life changes perceived by them after cervical cancer diagnosis; apprehending the representations of cervical cancer attributed by women with this neoplasm; identifying the facilities and barriers, in their point of view, aimed at the follow-up and assistance in the cervical cancer treatment; the participation of these women in the treatment of cervical cancer. This study included 38 women who had a confirmed diagnosis of cervical cancer and treated at the Oncology Gynecology Clinic in the Clinical Hospital Botucatu Medical School. The data collection technique was the interview and whose responses were recorded digitally in an instrument prepared by the researcher. The discourse of the collective subject was used as a methodological reference while the vulnerability in the framework of human rights and the theory of social representations were used as theoretical reference. For this, the results were organized, presented and analyzed based on the responses to the research questions, arranged as follows: survey of the individual, social and programmatic characteristics and qualitative/quantitative categorization of the discourses of the collective subjects according to the different dimensions of vulnerability, which addressed the reasons for and the perception of the disease, changes perceived by women after diagnosis, social representation of cervical cancer, health care services and women's participation in treatment. From this analysis emerged the following general categories: signs and symptoms of cervical cancer; women that do not know the causes of cervical cancer; periodicity of gynecological consultation and pap test; women that did not notice changes; maternity, bodily changes and sexuality; comorbidities associated with cervical cancer; frightening, uncertain, unexpected disease; fear of death and relapse of the disease; acceptance of the disease; reception in the health unit; adherence to treatment; guidance from the health professional. Knowing, therefore, the perception of the vulnerability of the subjects allowed us to understand that the disease contributed to changes and brought important representations to the daily lives of women. The factors that contributed

to the vulnerability to cancer included the need to develop interventions based on the entirety of women's health care. We believe that the population should be encouraged and enlightened as to the importance of participating in the care their health and services invest in health education through the guidance of women regarding the need for adherence to human papillomavirus vaccination, guidance about safe sexual intercourse and early detection and treatment of precursor lesions.

Keywords: Uterine neoplasms, women's health, health vulnerability, social representations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	50
Tabela 2 - Características individuais das mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	52
Tabela 3 - Características programáticas dos serviços de saúde, de acordo com as mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	55
Tabela 4 - Motivos e a percepção da doença entre mulheres (n=38) com câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	57
Tabela 5 - As mudanças percebidas pelas mulheres (n=38) após diagnóstico de câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	71
Tabela 6 - A representação social do câncer de colo do útero na percepção das mulheres (n=35), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	92
Tabela 7 – As facilidades e barreiras dos serviços de saúde no atendimento as mulheres (n=38) e a participação destas durante o tratamento do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CD4 - Cluster of Differentiation
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIMED - Centro de Informática Médica
DGAA - Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas
DNA - Ácido desoxirribonucleico
DRS - Departamento Regional de Saúde
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - Expressões-Chave
FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu
HC - Hospital das Clínicas
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papilomavírus Humano
HSIL ou LIEAG - Lesão Intra-Epitelial de Alto Grau
IARC - *International Agency for Research on Cancer*
IC - Ideias Centrais
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LSIL ou LIEBG - Lesão Intra-Epitelial de Baixo Grau
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNI - Programa Nacional de Imunizações
QualiCito - Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo do útero
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SISCAN - Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama
SRC - Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

USPSTF - *United States Preventive Services Task Force*

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 O câncer de colo do útero	20
1.2 Evolução das políticas públicas na assistência à saúde da mulher	29
1.3 Vulnerabilidade e câncer de colo do útero	32
2 OBJETIVOS	36
2.1 Geral	36
2.2 Específicos	36
3 MÉTODO	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 Referenciais teóricos	37
3.2.1 Vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos	37
3.2.2 Representações sociais	39
3.3 Referencial metodológico: Discurso do Sujeito Coletivo	40
3.4 Cenário da pesquisa	43
3.5 Participantes do estudo	44
3.6 Coleta de dados	45
3.7 Organização e análise dos dados	47
3.8 Procedimentos éticos da pesquisa	47
4 RESULTADOS	49
4.1 Levantamento das características individuais, sociais e programáticas	49
4.2 Categorização quali quantitativa dos Discursos do Sujeito Coletivo de acordo com as diferentes dimensões da vulnerabilidade	56
5 DISCUSSÃO	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	165
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	166
APÊNDICE C – QUADRO ILUSTRATIVO	169
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	175

APRESENTAÇÃO

Após concluir o curso de graduação em enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP, em 2004, iniciei meu trabalho como enfermeira assistencial na Seção Técnica de Obstetrícia e Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Neste local de trabalho vivenciei grandes oportunidades, pois, além da possibilidade de aprendizado que um hospital escola pode fornecer, também é referência em tratamento de patologias em gestantes e puérperas, experiência de fundamental importância para o enriquecimento profissional. Ainda, por algumas vezes, assumi plantões na supervisão do Hospital das Clínicas tendo nesta ocasião a oportunidade de cuidar das mulheres internadas na Seção Técnica de Ginecologia.

No ano seguinte (2005), realizei o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual Paulista/UNESP e iniciei atividade como docente da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Faculdade Marechal Rondon, campus de São Manuel.

Pude perceber que a carreira acadêmica conciliada à assistência de enfermagem em unidade obstétrica pode conferir grande satisfação profissional. Atuando como docente em curso de graduação em enfermagem e como enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, percebi que a formação acadêmica tinha que continuar.

Em 2008, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional - pela Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP e, encontrando dificuldade de conciliar as atividades assistenciais, docência e pós-graduação, optei por continuar somente na docência. Tal curso foi concluído em dezembro de 2009.

Por dez anos (2006 – 2015) fui supervisora do sétimo e oitavo semestre do estágio de Enfermagem em Saúde da Mulher e nos anos de 2013 a 2015, supervisora do estágio de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Ainda, ministrei aulas teóricas como docente das disciplinas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, História da Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica e Processo de Cuidar e suas especialidades. Coordenei o Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Marechal Rondon e os cursos de Técnico em Enfermagem e Técnico em Radiologia do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC).

No período de março/2016 a fevereiro/2017 fui bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), programa Demanda Social.

Ao longo da minha trajetória profissional como enfermeira e docente do curso de graduação em enfermagem, procurei direcionar minha formação para assuntos que buscassem uma compreensão abrangente a respeito da saúde da mulher, visando à qualidade das ações em saúde. Diante de tal, o tema da vulnerabilidade em saúde se apresenta como proposta para a melhoria de ações no âmbito da saúde da mulher, que vivencia a descoberta do câncer de colo do útero.

Em face da importância do câncer de colo do útero no perfil de morbimortalidade da população feminina em todo mundo e da necessidade de fortalecimento de práticas e políticas, no sentido da melhoria das ações de controle da neoplasia cervical, julga-se necessária a produção de novos conhecimentos de modo a estabelecer a relação entre a percepção à doença e a representação do câncer em mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero constitui em todo o mundo um sério problema de saúde pública, sendo os países em desenvolvimento os responsáveis por 80% dos casos e representados por elevadas taxas de incidência e mortalidade, podendo acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva ^(1, 2).

Depois do câncer de mama, é a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres anualmente, a maioria (85%) nos países em desenvolvimento ⁽³⁻⁷⁾.

A principal causa de morte das mulheres acometidas por esta infecção é o acesso limitado ao rastreamento e tratamento. Os países que organizaram programas populacionais de rastreamento cervical reduziram substancialmente a incidência do câncer invasivo e a mortalidade por esta neoplasia. Tais programas são eficazes considerando que o câncer de colo do útero é facilmente acessível à biópsia, há um longo período de latência facilmente reconhecível antes do desenvolvimento da neoplasia invasiva e existe um tratamento eficaz na fase inicial da doença ⁽⁴⁾.

Estima-se que em 2020, a mortalidade por câncer cervical ultrapassará as ocorridas por doença do coração e tornar-se-á “o assassino número um do mundo” ^(8:122). Contudo, se diagnosticado precocemente apresenta possibilidade de 100% de cura ⁽³⁾.

No Brasil, em 2011, foram estimados 18.000 casos novos de câncer de colo do útero ⁽⁹⁾. Já para o ano de 2012 foi registrada uma incidência de 17.540 casos ⁽¹⁰⁾. Para o biênio 2016/2017, estima-se 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, representando 7,9% do total de casos novos diagnosticados. A incidência estimada no país é de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres ⁽¹¹⁾.

Dentre as regiões brasileiras, atualmente, a taxa de incidência para o câncer de colo do útero é maior na região Norte, representando uma taxa de 23,97/100.000 mulheres, em segundo lugar na região Centro-Oeste com 20,72/100.000, seguida do Nordeste com 19,49/100.000. Observa-se menor incidência nas regiões Sul com 15,17/100.000 e Sudeste com 11,30/100.000. Quanto à taxa de mortalidade, no Brasil, a última estimativa apontou 5.430 mortes por câncer do colo do útero em mulheres no ano de 2013. Quanto à sobrevida no Brasil, para o período de 2005 a 2009, em todo o país a probabilidade de sobrevida em cinco

anos para as mulheres portadoras deste tipo de câncer foi em torno de 61%, enquanto em todo mundo variou de menos de 50% para mais de 70% de uma forma geral ⁽¹¹⁾.

De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), os países que apresentam menores taxas de incidência de câncer de colo do útero são: Canadá, Estados Unidos da América (EUA), países Europeus, Ásia Ocidental, Austrália, Nova Zelândia e do Norte da África. Já os países com maior incidência são os da América do Sul e Central, África e alguns países da Ásia ⁽¹²⁾.

Na Europa, a incidência diminuiu significativamente nas últimas décadas devido a programas de rastreamento populacional organizado. Vale destacar que a redução dos casos de câncer de colo do útero foi possível devido à atuação de profissionais capacitados e focados na prevenção da doença ⁽¹³⁾. A exemplo disto, pode-se citar os países nórdicos e em especial a Finlândia que implementou em 1960 um programa de rastreamento organizado e criou a *Cancer Society of Finland* que foi responsável por capacitar e treinar profissionais para atuar no rastreamento da neoplasia cervical e análise das amostras do conteúdo cervical e investiu na construção e compra de equipamentos dos laboratórios de análises clínicas. Atualmente, apresenta redução de 80% da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero e registra que anualmente cerca de 150 mulheres são diagnosticadas com câncer cervical invasivo e que aproximadamente 50-70 mulheres morrem em decorrência da doença, ou seja, a incidência é de 4/100.000 mulheres e mortalidade em torno de 1/100.000 ⁽¹⁴⁾.

No Canadá, o câncer de colo do útero, devido à acessibilidade da realização do exame preventivo, é o 11º tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Ainda, os números de casos não são menores por ocasião da elevada taxa de imigração das mulheres que, devido a uma questão cultural, não tem conhecimento suficiente da necessidade de realizar o exame preventivo. Essa realidade faz com que a taxa de mortalidade por câncer cervical seja mais frequente em mulheres imigrantes do que nas nativas ⁽¹⁵⁾.

Em 2011, o Canadá registrou 1300 novos casos de câncer cervical e declarou o óbito de 350 mulheres em razão da doença. Informou, também, que o número de casos aumentou na faixa etária igual ou superior a 25 anos e a incidência predominou durante a quinta década de vida, o risco de morte decorrente da doença foi de 0,2% e associou a taxa de mortalidade a mulheres que nunca foram submetidas ou permaneceram por um logo intervalo de tempo sem realizar o exame de Papanicolaou ⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, a Força Tarefa Canadense recomenda que todas as mulheres sem sintomas do câncer de colo do útero, que são ou foram sexualmente ativas e independentemente da orientação sexual, realizem a citologia cervical convencional (exame

de Papanicolaou) ou em base líquida, podendo ser manual ou assistida por computador. Para tanto, estabelece que mulheres com idade igual ou inferior a 24 anos não precisam realizar rotineiramente o rastreamento; na faixa etária entre 25-69 anos, recomenda o rastreamento de rotina para o câncer cervical a cada três anos; mulheres com idade igual ou superior a 70 anos que tenham sido submetidas a três resultados negativos sucessivos do exame de Papanicolaou nos últimos 10 anos, não precisam realizar mais o exame preventivo, ressaltando que aquelas que não realizaram adequadamente a coleta do exame preventivo, precisam dar continuidade ao rastreamento até que três resultados negativos sejam comprovados ⁽¹⁶⁾.

Entretanto, países em desenvolvimento como, por exemplo, Camarões, não conseguiram reduzir as taxas de mortalidade devido à ausência de recursos materiais, sistema de controle de qualidade inadequado, falta de acompanhamento de profissionais capacitados e instalações de tratamento inapropriadas ⁽⁴⁾.

A cada ano, aproximadamente, 10.000 mulheres desenvolvem câncer de colo do útero, cerca de 8.000 mulheres morrem de câncer cervical na Nigéria ⁽¹⁷⁾ e mais da metade desta população encontra-se acima dos 50 anos de idade ⁽¹⁸⁾. Notou-se, no entanto, que os países de baixa e média renda apresentam as maiores taxas de mortalidade enquanto aqueles de alta renda são menos atingidos pela neoplasia devido ao melhor conhecimento sobre os fatores de risco, programas de rastreamento, detecção precoce e tratamentos mais eficazes ⁽¹⁹⁾.

Perante esses contextos, países em desenvolvimento, como Taiwan e Nigéria, mesmo com dificuldades financeiras, identificaram a necessidade de investir nos programas de rastreamento do câncer de colo do útero, pois em mulheres jovens a taxa de mortalidade era elevada e isso promovia um impacto negativo no contexto social em que estava inserida esta população ^(20, 21). Assim, em 1995, Taiwan inicia o rastreamento para detecção do HPV e, por meio do rastreamento anual, o exame preventivo reduziu, num período de dez anos, em 47% a incidência do câncer de colo do útero. Nos dias atuais, apesar dos custos elevados da vacina contra HPV, o país investe na vacinação e acredita que, mesmo em longo prazo, ocorrerá um declínio no número dos casos de câncer ⁽²⁰⁾.

Observa-se, ainda, que a incidência do câncer de colo do útero é discrepante entre os países desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento, devido a fatores socioeconômicos e culturais. Sendo assim fatores, como dificuldade de acesso e relutância das mulheres ao rastreamento e tratamento, medo da morte após descobrir a doença, conhecimento limitado do exame e descrença nos serviços prestados pelo profissional de saúde, aumentam a vulnerabilidade ao câncer ^(22, 23).

Buscando compreender a relação entre o câncer de colo do útero e o vírus do papiloma humano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve que esse agente é transmitido por meio do contato direto com pele ou mucosas infectadas durante o ato sexual. Ainda, é transmitido da mãe para filho no momento do parto e está presente em quase 100% dos casos de câncer cervical ⁽²⁴⁾. A confirmação do diagnóstico do HPV, portanto, é responsável por reações psicológicas que influenciam a sexualidade e modo de vida das mulheres acometidas, podendo causar constrangimento e transtornos para a relação conjugal ^(25, 26).

O HPV é altamente estável, com pouca tendência para sofrer mutações ⁽²⁷⁾. A persistência da infecção com altas cargas virais, no entanto, está associada a fatores tais como: início precoce de vida sexual, uso prolongado de anticoncepcionais orais, imunossupressão, multiplicidade de parceiros, história de infecções sexualmente adquiridas como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), falta de higiene íntima adequada e hábitos gerais de vida (tabagismo, uso irregular de preservativo e alimentação deficiente em micronutrientes antioxidantes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato) ⁽²⁸⁻³¹⁾.

Tais fatores podem ser considerados um risco para o indivíduo e, em conjunto com fatores sociais, como baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade da população feminina, devem orientar a programação de ações de promoção da saúde voltadas para grupos populacionais vulneráveis. Sendo assim, a mortalidade associada à doença pode ser considerada como um indicador diretamente ligado a fatores de assistência à saúde ⁽³²⁾.

A prevenção primária da doença inclui, portanto, o desenvolvimento de vacinas para prevenir a infecção pelo HPV, pois se acredita que a vacinação representa a abordagem mais efetiva para combater a doença ⁽²⁷⁾. Contudo, seu sucesso depende da aceitação da sociedade, capacitação dos profissionais de saúde e esclarecimento da população quanto à importância da adesão à vacina ⁽³³⁻³⁵⁾.

Em junho de 2006, a *Food and Drug Administration* licenciou a primeira vacina contra o HPV. A vacina é indicada às adolescentes e mulheres de nove a 26 anos de idade para a prevenção do câncer de colo do útero invasivo, lesões pré-malignas e verrugas genitais, e estima reduzir o risco de câncer cervical em 94%. Entretanto, a vacina não protege contra todos os tipos de HPV, podendo fornecer proteção aos dois tipos que causam 70% dos casos de câncer de colo do útero (HPV 16 e HPV 18), e dois dos tipos de HPV que causam 90% dos casos de verrugas genitais (HPV 6 e HPV 11) ^(30, 36-38).

A vacina foi introduzida no Reino Unido (UK), em setembro de 2008, e recomendou-se que as jovens tomassem a vacina antes de iniciar a vida sexual. Em vista

disso, o Reino Unido administrou a vacina com idade entre 12 e 13 anos ^(37,39). Em países como Camarões, Tailândia e Brasil os profissionais da saúde recomendam a vacina para os adolescentes e acreditam que a mesma reduz significativamente a incidência do câncer de colo do útero ⁽⁴⁾. Sendo assim, a imunização contra o HPV atualmente no Brasil ocorre com as adolescentes na faixa etária dos nove aos 13 anos e, a partir de 2017, serão vacinadas as meninas com idade igual a 14 anos que ainda não tomaram a vacina ou que não completaram o esquema vacinal ⁽⁴⁰⁾.

Na população feminina, o principal objetivo da vacinação é proteger contra o câncer de colo do útero, vulva, vagina e ânus, lesões pré-cancerosas, verrugas genitais e infecções causadas pelo vírus. De acordo com a OMS, dados mundiais apontam que 290 milhões de mulheres são portadoras do HPV e 32% infectadas pelos tipos 16 e 18 ⁽⁴⁰⁾.

Em um estudo desenvolvido nos EUA, pôde-se identificar que as mulheres que receberam todas as doses da vacina do HPV e que realizaram rastreamento para câncer de colo do útero, não apresentaram anormalidades no exame. Nesse estudo, também foram vacinadas mulheres com lesões intra-epiteliais de baixo grau e após 24 meses da vacinação tais lesões não progrediram para neoplasia invasiva ⁽³⁸⁾.

Em contrapartida, a vacina que previne a infecção pelo HPV pode contribuir para mudança do comportamento sexual de algumas adolescentes, que passam a ter uma iniciação precoce da vida sexual, bem como um aumento de relações sexuais desprotegidas e do número de parceiros, elevando assim a incidência de outras doenças transmissíveis ^(36, 41). Em estudo realizado em Sidney (Austrália), com estudantes universitárias, foi possível identificar que a escolha pela vacina contra HPV repercutiu nas mudanças do comportamento sexual, baixa adesão ao rastreamento e pobre conhecimento em relação à necessidade de realização do rastreamento e seguimento médico combinadas a vacinação ⁽³⁶⁾.

Ainda, outra preocupação apresentada em relação à vacina é a possibilidade de um aumento da prevalência de outros tipos de HPV em populações vacinadas. Há também a possibilidade de que o tipo específico de imunidade conferida pela vacinação pode diminuir ao longo de períodos que se estendem para além de cinco anos. Sendo assim, torna-se importante o rastreamento intensivo por meio da realização da citologia de Papanicolaou e o teste de HPV após imunização ⁽³⁷⁾.

No Brasil, outra estratégia para tentar diminuir a infecção pelo HPV, com início em 2017, apresenta como objetivo reduzir os casos de câncer de pênis, garganta e ânus e doenças diretamente relacionadas ao HPV, consiste na administração da vacina contra o HPV também aos adolescentes do sexo masculino com idade entre 12 e 13 anos e crianças e jovens

com idade entre nove e 26 anos infectados pelo HIV. Ainda, a idade da população a ser vacinada aumentará gradativamente no calendário nacional de vacinação e até 2020 serão incluídos os meninos com idade entre nove e 13 anos ⁽⁴⁰⁾.

A vacina na população masculina já faz parte do calendário vacinal de seis países (Estados Unidos, Austrália, Áustria, Israel, Porto Rico e Panamá) e o Brasil é o primeiro país da América Latina a introduzi-la no programa de imunização. A vacinação contra o HPV é uma estratégia de saúde pública, pois se estima que atualmente cerca de 90% dos casos de câncer de ânus são causados por infecção pelo HPV e os cânceres de garganta e boca são o sexto tipo de câncer no mundo, registrando cerca de 400 mil casos ao ano e 230 mil mortes ⁽⁴⁰⁾.

Vale ressaltar que o sucesso de um programa de vacinação, no entanto, não depende da eficácia biológica da vacina. Vários outros fatores locais, tais como pobreza, desigualdade, gênero, tradições culturais ou religiosas e crenças, podem restringir de forma significativa o sucesso de qualquer programa de vacinação ⁽³⁵⁾. Deve-se considerar também que a desigualdade social entre os países de todo mundo é responsável por muitas jovens ainda não terem a oportunidade de receber a vacina e estima-se que no período de 2006 a 2014 apenas 12% das adolescentes do sexo feminino foram vacinadas. Além disso, acredita-se que em países de renda socioeconômica baixa, a vacina pode ser a única estratégia de prevenção primária e capaz de reduzir a desigualdade entre a população de risco a desenvolver o câncer cervical ^(42, 43).

Dessa forma, é importante associar os dois níveis de prevenção para o câncer de colo do útero: a prevenção primária, buscando evitar a doença atacando a sua causa e a prevenção secundária, partindo da detecção precoce da doença em estágios pré-sintomáticos ou iniciais por meio do exame de Papanicolaou ⁽⁴⁴⁾. A imunização e mudanças no estilo de vida são estratégias importantes para evitar a infecção pelo HPV, mas o rastreamento das lesões precursoras e o tratamento do câncer de colo do útero em fase inicial da doença ainda é a estratégia utilizada por vários países para redução da mortalidade pela neoplasia ^(45, 46).

Sendo assim, a vacina contra o HPV e o uso de preservativos durante a relação sexual, com o objetivo de promover a prática de sexo seguro e evitar o contágio pelo vírus, podem ser considerados como mudanças comportamentais importantes na redução da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero ^(27, 46, 47). E, o rastreamento das lesões precursoras, por meio da periodicidade do exame de Papanicolaou, também é uma estratégia eficaz e necessária para diminuição da morbimortalidade, uma vez que a evolução deste tipo de câncer, desde a fase precursora até invasiva da doença, é lenta ^(3, 46).

Sabe-se que, os sinais e sintomas do câncer de colo do útero aparecem tardiamente, o que leva muitas mulheres a procurarem o profissional de saúde somente quando a doença já está em estágio avançado, diminuindo as chances de um tratamento menos agressivo e, conseqüentemente, de cura, pois o prognóstico piora com o avanço da doença ⁽⁴⁸⁾. O diagnóstico tardio provoca, além de danos físicos, problemas emocionais e psicossociais, envolvendo a mulher e os que lhe são mais próximos ⁽⁴⁹⁾.

Os programas de controle orientam-se pela teoria de que o *screening* citológico é efetivo como prevenção secundária ao câncer invasivo ⁽³²⁾. Através de programas organizados de rastreamento pode-se reduzir não só a incidência por meio da prevenção primária (imunização e aconselhamento comportamental), bem como, considerando uma doença de progressão lenta, a mortalidade por câncer de colo do útero por meio da prevenção secundária (rastreamento das lesões precursoras e diagnóstico pelo exame de Papanicolaou e tratamento) e reduzir as complicações decorrentes do processo de adoecimento e sequelas do tratamento (prevenção terciária) ^(12, 45).

Dessa forma, a combinação da vacina com o início do rastreamento convencional pelo exame de Papanicolaou aos 25 anos de idade, repetindo-o a cada três anos, reduziria o risco de câncer de colo do útero em 94%. Em contrapartida, se apenas o rastreamento for iniciado aos 21 anos de idade e repetido a cada cinco anos, o risco da neoplasia cervical diminuiria para 90%, concluindo que a combinação entre a imunização contra o HPV e a realização do exame citopatológico reduz “o risco de câncer, é custo-eficiente e permite o atraso no início do rastreamento e/ou frequência reduzida” ^(45:183).

Destaca-se, portanto, que desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o foco dos serviços de saúde é o investimento na atenção primária, priorizando a prevenção, promoção e recuperação de saúde de forma integral e contínua. Neste contexto, destaca-se o papel do enfermeiro que atua na educação em saúde e, particularmente, na assistência da população feminina, buscando garantir uma qualidade de vida adequada à mulher desde a prevenção à detecção precoce do câncer de colo do útero. Cabe também a este profissional realizar o rastreamento das lesões precursoras para neoplasia cervical por meio da coleta periódica do exame de Papanicolaou, bem como, atuar na organização das campanhas de imunização contra o HPV e orientações que assegurem a relação sexual protegida ^(46, 50-52).

O enfermeiro, por meio do vínculo criado com a comunidade, tem um papel importante no controle da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero, pois é o profissional que não só atua na educação em saúde, mas também, incentiva a realização periódica do exame de Papanicolaou, esclarece medos e mitos relacionados a este exame, faz

a busca ativa das mulheres que estão em atraso na coleta da citologia e, na atenção à saúde da mulher, realiza o rastreamento por meio do exame preventivo ⁽⁵³⁾.

Vale ressaltar, ainda, que um grupo vulnerável à doença são mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo assim de extrema importância a realização de exame preventivo nessa população de risco. Por meio de programas de rastreamento é possível reduzir potencialmente a vulnerabilidade às alterações cervicais, pois mulheres infectadas pelo HIV além de mais suscetíveis à doença, também apresentam maiores riscos de reativação da infecção por HPV, aumentando a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero ⁽⁵⁴⁾.

A maneira mais eficiente para controle do câncer de colo do útero é o rastreamento por meio do exame citopatológico (ou colpocitologia oncótica), também conhecido como Papanicolaou ^(55,56). Tal exame preventivo tem reduzido as taxas de incidência de câncer cervical invasor a proporções de até 90% ⁽⁵⁷⁾. No entanto, para que os resultados sejam efetivos, deve-se reforçar a importância da oferta do diagnóstico, tratamento de qualidade e garantia de continuidade no seguimento das mulheres com diagnóstico confirmado, o que requer a organização de redes de atenção integral, que priorizem ações de promoção da saúde, prevenção e detecção de lesões precursoras precocemente ^(58, 59).

É um exame indolor, podendo ocasionar desconforto mínimo a mulher ⁽⁶⁰⁾. Este exame tem como objetivo detectar precocemente as alterações nas células de revestimento do colo uterino ⁽⁶¹⁾. Durante o procedimento são coletadas amostras de células da região da ectocérvice com a espátula de Ayre e da endocérvice com escova endocervical, são fixadas em uma lâmina e este material é encaminhado ao laboratório ⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em relação à periodicidade do exame de Papanicolaou, é recomendado, após o primeiro exame, realizar dois controles semestrais e depois de dois exames normais seguidos no espaço de um ano, repeti-lo a cada três anos ⁽⁴⁶⁾. Contudo, embora exista essa recomendação, no Brasil é comum o exame ser realizado anualmente. A indicação deste exame destina-se às mulheres com vida sexual ativa, principalmente àquelas entre 25 a 64 anos, pois é nessa faixa etária em que há uma maior incidência de lesões pré-malignas de alto grau, com capacidade de serem tratadas para a não progressão do câncer ^(1, 11, 46, 59).

Em mulheres acima dos 65 anos, se os últimos exames foram normais é aconselhado parar com o rastreamento e, para aquelas acima dessa idade e que nunca realizaram o exame, é recomendado realizar dois exames em um intervalo de um a três anos e, se ambos os resultados forem negativos, essas mulheres estão isentas dos exames adicionais.

Em mulheres gestantes e menopausadas deve-se seguir a periodicidade do rastreamento recomendada às demais mulheres. Para aquelas com histerectomia total devido a lesões benignas, sem antecedentes de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, poderão ser privadas do rastreamento após exames precedentes normais. Em situações de mulheres histerectomizadas devido à lesão precursora ou câncer de colo do útero, é recomendado que esta mulher fosse acompanhada de acordo com a lesão tratada ^(1,46).

Em mulheres imunossuprimidas, a partir do início da atividade sexual, o exame deve ser realizado de seis em seis meses no primeiro ano, e se ambos os resultados forem normais, continuar o rastreamento anual enquanto o fator de imunossupressão estiver conservado. Já para mulheres infectadas pelo HIV com contagem de células CD4 inferior a 200 células/mm³ recomenda-se a realização do exame colpocitológico a cada seis meses e correção dos níveis de CD4 ^(1,46).

Embora a colpocitologia não proporcione um diagnóstico final, é instrumento imprescindível ligado a outros procedimentos voltados para o rastreamento do câncer cérvico-uterino invasor e suas lesões precursoras, além de auxiliar na orientação do tratamento a ser seguido ⁽⁶²⁾. Sabe-se ainda que o isolamento do HPV em lesões pré-cancerosas e cancerosas de colo uterino foi um marco significativo no tratamento do câncer de colo do útero e levou ao estabelecimento de método eficaz, por meio do rastreamento e tratamento das lesões ⁽⁶³⁾.

Nessa perspectiva, as instituições de saúde apoiadas por programas de incentivo a detecção precoce da doença e humanização do cuidado integral à saúde da mulher, buscam a possibilidade de apreender as necessidades dessa mulher, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Na atenção à saúde das mulheres, a integralidade deve ser vista como “a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas, segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas” ^(64:155). A assistência às necessidades femininas, portanto, deve estar focada no cuidado por meio do acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, etnia, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres ⁽⁶⁴⁾.

Contudo, a atenção à saúde enfrenta algumas dificuldades como o acesso desigual, a inadequação dos serviços quando confrontados com as necessidades, ausência de atenção integral, paralelismo da oferta e baixa qualidade dos serviços que podem delimitar as orientações responsáveis pela reestruturação dos modelos de assistência. Neste contexto, deve-se entender que a saúde é compreendida de forma ampliada, e as políticas e práticas sociais precisam buscar estratégias de enfrentamento com a finalidade de amenizar a relação

de desigualdade no atendimento à mulher ⁽⁶⁵⁾. Ainda, as ações de saúde precisam ser planejadas de modo a promover melhoria das condições de vida, igualdade e direitos de cidadania da mulher ⁽⁶⁶⁾.

1.2 Evolução das políticas públicas na assistência à saúde da mulher

A proposta de uma assistência integral e humanizada é fundamental para o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, referentes à manutenção da saúde. Ações que visem o preparo dos indivíduos para o exercício da cidadania com consciência, pois contar com a participação da comunidade na formulação e implantação de novas políticas de saúde, multiplica as possibilidades de sucesso do processo. Dessa maneira, os usuários exercem sua autonomia e participam ativamente do cuidado à sua saúde de modo individual e coletivo ⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas no início do século XX, sendo limitada a atenção a gestantes e parturientes, pois essa população era considerada de maior vulnerabilidade. Nesta época a mulher desempenhava apenas o papel de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos e de todos os membros da família. Tal visão permaneceu até a década de 1970 quando, com o movimento feminista, discutiram-se as desigualdades das condições de vida e nas relações entre os homens e mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a sobrecarga de trabalho das mulheres ⁽⁶⁶⁾. Em 1920, o médico grego, Dr. George N. Papanicolaou, por meio de raspagem de células do colo do útero em humanos, observou que essas sofriam modificações de acordo com a fase do ciclo menstrual das mulheres. Em 1928, pela primeira vez, identificou-se a presença de células cancerígenas em esfregaço cérvico-vaginal e relatou que células malignas poderiam ser identificadas por meio da coleta citopatológica ^(44, 67).

Entre os anos de 1928-1950, Papanicolaou continuou suas investigações científicas e percebeu que, assim como as células normais do colo do útero modificavam-se ao longo do ciclo endometrial, também sofriam alterações graduais e lentas, dividindo-se em fases de normais para “malignas” ⁽⁴⁴⁾. Sendo assim, a partir de 1942, considerou-se a eficácia do exame de Papanicolaou e buscou-se o controle do câncer de colo do útero e a realização da citologia oncótica foi implementada na prática ginecológica pelos profissionais de saúde ^(46, 68).

Em 1950, ele identificou que a citologia oncótica não servia para descobrir o câncer, mas para detectar lesões precursoras e, dessa forma, o exame de Papanicolaou surgiu como possibilidade de dar à mulher tratamento preventivo e diminuir as chances de desenvolver a neoplasia invasiva. Ele ainda relatou que o câncer de colo do útero tem origem nas camadas mais externas, após se torna um “redemoinho escamoso e superficial” e somente depois atinge tecidos mais profundos. A coleta do exame em mulheres assintomáticas era uma possibilidade de detectar a doença em estágios iniciais e tornar provável o diagnóstico de câncer incurável e invasivo para curável e pré-invasivo ⁽⁴⁴⁾.

Em 1952, Papanicolaou convenceu o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a realizar um ensaio clínico com foco na prevenção secundária utilizando a técnica do esfregaço vaginal ⁽⁴⁴⁾. Em 1955, dados obtidos e publicados desta campanha de rastreamento populacional comprovaram que a realização do exame de Papanicolaou era considerada uma estratégia eficaz para a detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo do útero. Após tal constatação, passou-se a acreditar que o acompanhamento adequado das mulheres que apresentaram alterações cervicais contribuiria com a redução na incidência dos casos de neoplasia invasiva ⁽⁶⁹⁾.

No Brasil, em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek construiu o Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, na cidade do Rio de Janeiro, integrado atualmente ao INCA com o objetivo de atender os casos de câncer de mama e do aparelho genital feminino, podendo assim ser considerado a primeira iniciativa nacional de tratamento do câncer de colo do útero ⁽⁴⁶⁾.

Nos anos de 1968 e 1970 teve início, no município de Campinas e outros do Estado de São Paulo, alguns programas de controle do câncer de colo do útero e que posteriormente tornaram-se centros de pesquisa em oncologia. Em seguida, entre os anos de 1972 e 1975, foi desenvolvido e implementado o Programa Nacional de Controle do Câncer, buscando enfrentar a neoplasia em geral, mas com maior ênfase para o rastreamento do câncer de colo do útero. Tal programa ficou conhecido como a “primeira ação de âmbito nacional do Ministério da Saúde para a prevenção do câncer de colo do útero” ^(46:21).

A contento, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa, orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, obteve um papel fundamental no controle e prevenção do câncer de colo do útero, inserindo e estimulando a coleta do exame citopatológico na rotina das consultas ginecológicas em mulheres nos serviços básicos de

saúde. Após essa iniciativa, uma sucessão de estudos e projetos voltados para o câncer de colo do útero foram implementados, dentre esses, em 1995, o projeto Viva Mulher^(1, 66).

O programa “Viva Mulher” teve como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo do útero na mulher brasileira e as ações deste programa buscaram “a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa”^(70:23).

Em junho de 1998, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero para diminuir mortalidade e melhorar a qualidade de vida em mulheres com diagnóstico confirmado da neoplasia. No ano seguinte, em 1999, foi lançado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO⁽¹⁾. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 287/06, o SISCOLO é um sistema oficial do Ministério da Saúde “utilizado para o fornecimento dos dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de Papanicolaou”^(9:7).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada em 2005, visa promover as ações de atenção à saúde sob os aspectos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Tal incentivo atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de propor diretrizes voltadas a estimular a atenção integral à saúde da mulher, articulando as diversas ações nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, deve considerar a diversidade regional e também suas particularidades, mantendo a intrínseca relação com a incidência, prevalência e alta taxa de mortalidade por alguns tipos de neoplasias malignas, exigindo diversos tipos de ações e serviços de saúde em determinada localidade. Essa reconhece que os altos custos para a implementação da atenção em alta complexidade dificultam a implantação de novos centros de referência neste tratamento. Aponta a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica⁽⁷¹⁾.

Em 2006, foi reafirmada no Pacto pela Saúde a importância da detecção precoce do câncer de colo do útero e determinados indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios. Em 2010, o Ministério da Saúde, observando que o país ainda mantinha elevada a incidência, taxa de mortalidade e a magnitude social do câncer de colo do útero, instituiu um grupo de trabalho destinado à avaliação do Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero, resultando na construção de um documento chamado de “Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero”⁽⁴⁶⁾.

O Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), criado em 2013, surgiu para integrar, no âmbito do SUS, o SISCOLO e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) por meio de uma versão em plataforma *web* ⁽⁷²⁾. Ainda, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo do útero (QualiCito) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ⁽⁷³⁾.

Em 2014, foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) ⁽⁷⁴⁾ e por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deu-se início a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o HPV ⁽⁷⁵⁾ e a partir de 2017 a vacina contra o HPV começou a ser administrada nos meninos ⁽⁴⁰⁾.

No entanto, mesmo frente a todas estas iniciativas, ainda há necessidade de implantação de ações e políticas governamentais, em locais que ainda não existem estes serviços, para detecção das lesões precursoras e neoplasia cervical invasiva em estádios iniciais, buscando melhoria da qualidade e acessibilidade dos serviços existentes ⁽⁷⁶⁾.

Sendo assim, é necessário para cada localidade que o Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero for implantado, que este apresente formas e graus variados em sua organização, ou seja, que cada região, estado ou município ajuste os parâmetros e estabeleça indicadores para oferecer uma assistência eficaz às mulheres ⁽⁷⁷⁾.

1.3 Vulnerabilidade e câncer de colo do útero

A faixa etária mais acometida de câncer de colo do útero é entre 25 e 60 anos, entretanto, os adolescentes constituem uma população de alta vulnerabilidade para este agravo na medida em que o início da vida sexual os aproxima de problemas de saúde da esfera reprodutiva e vivência da sexualidade ^(41, 78-80). Sabe-se que mulheres com idade avançada e que não realizaram regularmente o exame preventivo apresentam um risco aumentado de serem acometidas ao carcinoma invasivo e que mulheres jovens estão mais propensas à infecção pelo HPV sendo mais vulneráveis a apresentarem lesões pré-invasivas ^(46, 81).

Assim, em pesquisas que envolvem aspectos relacionados ao indivíduo, profissionais e serviços, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são geralmente utilizados para “designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde” ^(49:256).

Alguns fatores tais como idade, gênero, etnia e situação socioeconômica, podem influenciar na percepção e risco de vulnerabilidade à doença. As mulheres têm mais preocupação com sua saúde do que os homens e durante o ato sexual demonstram maior

consciência dos riscos a que estão expostas. As adolescentes, devido à imaturidade e menor resistência a álcool e drogas, não acreditam que possam adoecer, e assim ficam mais suscetíveis a infecção sexualmente transmissível (IST) do que mulheres adultas ⁽⁴¹⁾.

Em estudo desenvolvido na Geórgia (EUA), identificou-se que a população negra era mais vulnerável a infecção pelo HPV quando comparados à branca ou hispânica. Tal fato torna-se oportuno, pois mulheres negras, sendo na maioria das populações de baixo nível sociocultural e econômica, não se demonstram estar informadas que o HPV é transmitido sexualmente, desconhecem e não acreditam que a vacina seja uma possibilidade de prevenir o câncer de colo do útero ⁽⁸²⁾.

Outro estudo realizado com mulheres fumantes relatou que mesmo apresentando conhecimento que o tabagismo as torna mais vulneráveis ao câncer de colo do útero, demonstram dificuldade de mudança deste comportamento social ⁽⁸³⁾.

A sociedade é marcada por relações de desigualdade entre homens e mulheres. Cabe, muitas vezes, ao homem a decisão pelo uso ou não de preservativo no momento do ato sexual, pelo fato de ainda as mulheres acharem desconfortáveis o uso da camisinha feminina, situação que torna a mulher vulnerável às ISTs. Neste contexto, a prevenção associa-se às questões de poder nas relações de gênero, resultando em violência contra a mulher no exercício da sexualidade de maneira responsável na prevenção de doenças ⁽²⁵⁾.

Considerando o processo saúde e doença, a vulnerabilidade não só deve ser vista no seu contexto cultural e nas diversas formas que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres, bem como, ligada às determinações de gênero. Sendo assim, faz-se importante estudar a *“vulnerabilidade social da mulher, por meio do recorte de gênero, dentro de uma sociedade desigual como a brasileira, apresenta contribuição tanto em nível da acumulação de conhecimento teórico quanto no âmbito das políticas sociais destinadas a esse segmento”* ^(71:9).

Portanto, quando o olhar se destina à mulher de modo integral, torna-se mais clara a compreensão do seu processo de adoecimento e dos fatores que contribuíram para seu adoecimento. Tais fatores são marcados por suas condições de vida, de empobrecimento contínuo, de precarização das condições de trabalho e dificuldade de acesso ao sistema de saúde ⁽⁸⁴⁾.

Ainda,

A inserção e ascensão da mulher na vida pública, incluindo o mercado de trabalho, a divulgação dos métodos anticoncepcionais e o incremento dos movimentos feministas foram fatores que muito contribuíram para a

liberação do comportamento sexual feminino, levando à iniciação sexual precoce, tornando-as cada vez mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis^(25:272).

Ao contextualizar o processo de saúde e doença da mulher, o profissional de saúde deve ampliar sua visão para além da dimensão biológica e individual e compreender que a mulher tem importante papel social e histórico. Dessa forma, as ações profissionais não devem estar pautadas apenas nas orientações sobre prevenção e discussão sobre o acesso a serviços de saúde, mas em uma forma mais ampla da assistência, na compreensão da interlocução com os usuários e os profissionais que vivenciam o processo de adoecimento a partir dos determinantes sociais presente no diagnóstico de câncer de colo do útero⁽⁷¹⁾.

O diagnóstico precoce e a participação das mulheres em programas de prevenção é importante, especificamente, àquelas pertencentes a grupos vulneráveis, ressaltando a importância da redução de barreiras ao acesso e à utilização desses programas.

Em estudo sobre controle de câncer de colo do útero realizado em mulheres em seu ambiente de trabalho sugere-se um cenário modelo para rastreamento da neoplasia, propiciando o diagnóstico precoce por meio da identificação dos casos de neoplasia cervical, fatores de risco e conhecimento das vulnerabilidades das mulheres ao câncer cérvico-uterino⁽⁸⁵⁾.

No Brasil, apesar do incentivo governamental em participar do programa de rastreamento de câncer cervical, as estatísticas não mostram redução significativa na incidência e mortalidade. Sabe-se, ainda, que muitas mulheres não realizam o exame preventivo ou não seguem com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde^(81, 86).

Nesse sentido, fatores relacionados à cliente, aos profissionais, aos serviços, tornam a mulher suscetível ao adoecimento e vulnerável ao câncer de colo do útero, o que nos instiga a compreender em maior profundidade como tais problemas vêm se inserindo no cotidiano da mulher com diagnóstico de câncer de colo do útero.

Acreditamos que, ao investigar essa temática, as mulheres possam expressar seus sentimentos, esperanças de cura, percepções e representações em relação ao câncer de colo do útero. Frente a essa perspectiva e buscando investigar os fatores que tornam a mulher vulnerável ao câncer de colo do útero, foi levantada a seguinte questão do estudo: *Como a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero é percebida pelas mulheres assistidas pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu?*

Após tal questionamento, elaborou-se a hipótese de que as mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

de Botucatu apresentam-se vulneráveis ao câncer de colo do útero, apesar de certo conhecimento dos fatores biológicos e individuais relacionados à doença. Portanto, a vulnerabilidade atinge as dimensões dos aspectos da doença, do contexto social e do acesso aos serviços de saúde. Esse conhecimento, essa percepção que o estudo pretende investigar.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero.

2.2 Específicos

- Levantar o conjunto de características individuais, sociais e programáticas presentes no cotidiano das mulheres, participantes deste estudo, que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero;
- Identificar os motivos que contribuíram para a percepção da vulnerabilidade pelas mulheres com a doença;
- Verificar as mudanças na vida das mulheres percebidas por elas após o diagnóstico de câncer de colo do útero;
- Apreender as representações do câncer de colo do útero atribuídas pelas mulheres com esta neoplasia;
- Identificar as facilidades e as barreiras, na visão dessas mulheres, voltadas para o seguimento e assistência ao tratamento do câncer de colo do útero;
- Conhecer a forma de participação destas mulheres no tratamento do câncer de colo do útero.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa, que utiliza o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como modalidade de análise e buscou compreender a percepção da vulnerabilidade e a representação do câncer de colo do útero entre mulheres portadoras da doença. Em busca de uma assistência qualificada, procuramos conhecer também as ações programáticas durante o seguimento à mulher em processo de adoecimento, pautando-se no referencial das representações sociais.

A pesquisa qualitativa é:

aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno em sua singularidade ^(87:43).

O tratamento qualitativo consiste em um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Este se caracteriza pela manifestação de alguns pressupostos como a compreensão da perspectiva dos agentes envolvidos no fenômeno, a visão holística do fenômeno, a consciência da natureza dinâmica da sociedade e a observação do contexto natural do fenômeno ⁽⁸⁸⁾.

3.2 Referenciais teóricos

3.2.1 Vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos

A vulnerabilidade pode ser simbolizada como “caráter ou qualidade vulnerável” sendo que vulnerável é aquele suscetível de ser ferido, ofendido ou tocado. Historicamente, é originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Humanos Universais, e designa o grupo ou indivíduos em estado de fragilidade, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Na área de saúde o termo vulnerável é visto como a suscetibilidade do indivíduo ou população ao risco ^(89, 90).

Ainda, pode ser descrita como sendo “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” ^(91:78). A vulnerabilidade engloba aspectos desde a suscetibilidade orgânica até a

forma de estruturação dos programas de saúde, enfatizando os aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos ⁽⁸⁹⁾.

Nesse contexto, foi possível articular a vulnerabilidade em três dimensões que estão interligadas e são interdependentes ^(89, 92):

- Vulnerabilidade individual: está relacionada ao comportamento pessoal, ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema. Ainda, é a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos. Essa trabalha com a intersubjetividade ou a identidade pessoal permanentemente constituída nas interações eu-outro.
- Vulnerabilidade social: relaciona-se à obtenção de informações, à possibilidade de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas. Essa depende do acesso aos meios de comunicação, escolarização, assim como da disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas. Trabalha com os contextos de interação (espaços de experiência concreta da intersubjetividade) e baseia-se na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações sociais e relações geracionais.
- Vulnerabilidade programática: estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e operacionalização das ações. Trabalha com as formas institucionalizadas de interação, ou seja, conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes.

Para a vulnerabilidade o conceito do cuidado ao indivíduo pode ser definido como sendo representado pelo êxito técnico, sucesso prático e projetos de felicidade e experiências vividas. Considera que felicidade é o “sentir-se em casa” no constante desacomodar-se e reacomodar-se implicado no estar vivo e interagindo com a comunidade com todas as suas dores e delícias. Diante disso, a experiência do adoecimento é constituída, portanto, dessas interpelações e constante abertura de horizontes que nos desacomoda e reclama algum tipo de resposta, não só no plano coletivo, mas também no plano da vida pessoal ⁽⁹²⁾.

No plano das coletividades ou da interpessoalidade, uma ativa busca de fusão de horizontes normativos com o outro é fundamental para a construção de projetos políticos orientados para a emancipação solidária. Quando se trabalha na perspectiva dos projetos de felicidade, é possível compreender com o outro o que “é o bom a fazer”, qual modo é possível compartilhar os significados e implicações práticas das decisões tomadas em conjunto. É neste contexto que os direitos humanos tornam-se importantes para analisar a vulnerabilidade e sua incorporação às práticas do cuidado e integralidade nas ações de saúde ⁽⁹²⁾.

3.2.2 Representações sociais

Serge Moscovici compreende que as Representações Sociais são “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais” ^(93:181). Correspondem socialmente a mitos e crenças, podendo ser vistos hoje como o senso comum. Acrescenta, ainda, que o propósito de todas as representações é tornar algo não familiar em algo familiar ⁽⁹⁴⁾.

É um referencial teórico que aborda investigações psicossociais que ajudam os profissionais a dar respostas aos complexos problemas enfrentados no seu cotidiano, especialmente por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sobre os quais se debruça a prática profissional. Assim, o conhecimento estudado pelo prisma da representação social é sempre uma maneira de interpretar a realidade ⁽⁹⁵⁾.

Diante da doença, a familiarização é a situação de vulnerabilidade do ser humano ao adoecimento, pois adoecer acarreta sofrimento e aproxima a vida da finitude. A representação do câncer de colo do útero pode proporcionar muito sofrimento às mulheres, principalmente quando as representações da doença impõem certa responsabilidade ou culpa pelo diagnóstico. Tal sentimento é atribuído pelas mulheres conhecedoras que o câncer pode ser prevenido e quando diagnosticado na fase inicial pode ser reversível ⁽⁹⁶⁾.

As representações sociais, portanto, podem ser definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam, justificam ou questionam a realidade, sendo manifestada pelo sujeito social por meio da comunicação (verbal ou não verbal) e interação desses indivíduos com o ambiente de seu convívio. Nesse tipo de teoria, as estruturas e comportamentos sociais podem ser compreendidos por meio de palavras, sentimentos e condutas expressadas pelo indivíduo ⁽⁹⁷⁾.

Para Lefevre as representações são

Influenciadas pelos atributos ou lugares de onde seus sujeitos falam: nacionalidade, gênero, religião/crença, idade, condição social (lugar que

ocupa na estrutura produtiva), nível de instrução, estrutura psíquica, traços de personalidade, profissão/ocupação, estrutura física (portador ou não de enfermidade), história de vida ^(98:22).

Na perspectiva da racionalidade científica, os estudos que utilizam o referencial da representação social abordam questões da identidade social, preconceitos, cultura, e assim descortinam o mundo inconsciente dos participantes da pesquisa nas relações e articulações dos grupos estigmatizados ⁽⁹⁹⁾.

A representação social é um referencial teórico que aborda investigações psicossociais com o objetivo de apresentar respostas aos problemas enfrentados no seu cotidiano, sendo o conhecimento científico uma maneira de interpretar a realidade ⁽⁹⁵⁾ e conhecer a história de vida do ser humano manifestada pelo processo saúde-doença, seu pensar e suas memórias, são ações que interagem o indivíduo com o social, o emocional e a comunidade na qual está inserido ⁽¹⁰⁰⁾.

Ainda, a teoria representação social pode ajudar a equipe de saúde a ter respostas para os complexos problemas enfrentados em seu cotidiano, especialmente, por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sociais e afetivos que envolvam a saúde e a doença. Com isto, o profissional pode ter um novo olhar para captar as percepções do ser humano em relação ao problema de saúde que está vivenciando ⁽¹⁰¹⁾.

3.3 Referencial metodológico: Discurso do Sujeito Coletivo

A teoria das representações sociais constitui-se como fundamental para “apoiar” o referencial metodológico do DSC que “consiste num conjunto de instrumentos destinados a recuperar e dar a luz às representações sociais”. E, ainda “o social vivido individualmente” com a intenção de reunir as opiniões socialmente compartilhadas resgatadas em uma determinada pesquisa ^(98:23).

O DSC, por um lado, consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou em qualquer manifestação discursiva que se possa encontrar em textos e documentos escritos, ou seja, é uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo ⁽¹⁰²⁾. Tem, portanto, a proposta de fazer o “pensamento coletivo falar diretamente” ^(98:24) por meio da primeira pessoa coletiva do singular, resgatando as diferenças e semelhanças na visão dos sujeitos coletivos presentes no interior de cada ator social ⁽⁹⁸⁾.

A análise aborda quatro figuras metodológicas: expressões chave, ideias centrais, ancoragem e o discurso do sujeito coletivo que são utilizadas para organizar e tabular os depoimentos, condição esta indispensável para uma análise e intervenção de qualidade ⁽¹⁰³⁾.

As expressões chave são “trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do depoimento ou discurso, ou da teoria subjacente” ^(98:73).

A ideia central é o “nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos das expressões chave de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões chave”. Ao considerar-se a ideia central como “um conjunto homogêneo de expressões chave”, reunidas por semelhanças em uma única ideia central, define-se o que se conhece por “categoria” e para cada categoria é construído um DSC ^(98:76).

A ancoragem “é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer” e está presente no discurso do sujeito coletivo quando “o enunciador do discurso usa uma afirmação genérica para enquadrar uma situação particular”, devendo ser ressaltado que a ancoragem não obrigatoriamente precisa estar presente no discurso analisado ^(98:78).

O DSC define-se pela “reunião num só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de expressões chave que tenha a mesma ideia central ou ancoragem” ^(98:78-79).

Esse tipo de abordagem metodológica utiliza-se de entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado, preservando a sua característica qualitativa ⁽¹⁰²⁾.

Tendo como fundamento a Teoria das Representações Sociais e seus pressupostos sociológicos, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades ⁽¹⁰⁴⁾.

Buscando ter como resultado final as representações sociais ou opiniões de grupos sociais, os depoimentos são somados e, dessa soma, é obtido o pensamento generalizado, ou seja, a “categorização de respostas”, que tem como objetivo analisar as respostas dadas, lhes atribuindo ou reunindo um sentido a essas respostas. Tal método, relacionado à Teoria das Representações Sociais, propõe aos sujeitos que vivem num grupo social ou comunidade

compartilhar pensamentos baseados em uma reunião de representações sociais, mas não deixam de interagir com conteúdos e opiniões distintas. Os DSCs, portanto, fazem aflorar um posicionamento, um sentido onde a opinião individual de cada depoimento esteja garantida e preservada, remetendo a uma única ideia ou opinião. Dessa forma, o DSC respeita o comum e o diferente, ou seja, compreende posicionamentos emitidos de maneira diferente e que podem ser complementares ⁽¹⁰⁵⁾.

Por outro lado, o DSC é também uma soma quantitativa. Nesse tipo de técnica de análise, o pensamento coletivo se expressa como um misto de qualidade e quantidade coletiva. É considerado qualitativo, pois é uma coleção de conteúdos, ideias e argumentos semanticamente homogêneos que representam um determinado posicionamento frente à realidade. E quantitativo, por ser provenientes de depoimentos de conjuntos de indivíduos representativos de uma dada formação sociocultural ⁽¹⁰⁶⁾.

Assim, o DSC por descrever a opinião coletiva apresenta como produto o método qualiquantitativo. Dessa forma, é necessário também explorar sua dimensão quantitativa, que consiste, por exemplo, em saber quantos indivíduos concorreram para a construção de um dado discurso, como por exemplo gênero, idade, escolaridade ⁽¹⁰⁶⁾. Neste tipo de método, o qualitativo e quantitativo são coisas semelhantes, se misturam, podendo ser considerados partes, dimensões e aspectos da mesma coisa ⁽⁹⁸⁾.

Para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo, foi desenvolvido em 2005 um *software* conhecido como *QualiQuantiSoft*. Esse programa permitiu categorizar segmentos de falas e elaborar, posteriormente, o DSC dos diversos grupos entrevistados ⁽¹⁰³⁾.

Atualmente, esse *software* encontra-se em uma versão renovada, pois devido à necessidade de aprimorar as análises qualiquantitativas que não estavam contempladas no *Qualiquantisoft*, em 2015 foi disponibilizado o *DSCsoft*, que é o novo programa do DSC.

O *software*, por um lado, trabalha com o processamento de dados de natureza qualitativa, organizando os discursos, depoimentos ou textos, por outro lado, auxilia a pesquisa quantitativa no processamento de dados ⁽⁹⁸⁾.

O programa funciona por meio de operadores como expressões-chave, ideias centrais, ancoragem e identificadores de sentido que estão agrupados em um quadro na tela do computador. O DSC é a reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos que têm ideias centrais ou ancoragens de sentido semelhante. Essas expressões-chave de sentido semelhante formam depoimentos coletivos, na pessoa de um só sujeito ⁽¹⁰³⁾.

3.4 Cenário da pesquisa

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB)/UNESP.

O HC é um hospital escola, mantém seu vínculo com a Faculdade de Medicina de Botucatu, atuando nas áreas de ensino, pesquisa e extensão e está vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão “tratar os pacientes de sua área de abrangência com eficiência, em tempo útil, promovendo a satisfação, respeitando a respectiva dignidade, encorajando as boas práticas e favorecendo a melhoria contínua da qualidade”. Ainda, seu objetivo é “ser referência em atendimento hospitalar e promoção da saúde, implantar novos padrões administrativos e assistenciais, gerando rentabilidade compatível com o investimento realizado, otimizando os recursos públicos e respeitando o contribuinte”^(107:online).

O HC atende cerca de dois milhões de usuários encaminhados dos 75 municípios vizinhos. Atualmente, possui área de 70 mil m² que contempla o Centro de Diagnóstico por Imagem, registros gráficos, exames de análises clínicas, aparelhos de ressonância magnética, radiologia digital, tomografia computadorizada e ultrassom, serviços de quimioterapia, hemocentro, endoscopia, partos de risco, medicina nuclear, hemodiálise, centro cirúrgico e obstétrico e atendimentos cirúrgicos ambulatoriais. Ainda, conta com 385 leitos instalados oficialmente nas enfermarias, com perfil de até 417 operacionais (contando com leitos extras) e mais 52 leitos de UTI (30 adultos, 15 neonatal e sete pediátricos), 198 consultórios médicos e 31 salas especializadas. Em média, realiza dois milhões de exames, 650 mil consultas, 25 mil internações e 12 mil cirurgias por ano⁽¹⁰⁷⁾.

Estimou-se que, desde o início de suas atividades, em 1966, até outubro de 2012, o HC-FMB/UNESP realizou 418.037 consultas médicas, 11.891 cirurgias, 1.895 partos, 136.650 atendimentos de urgência e emergência, 21.310 sessões de hemodiálise, 13.514 sessões de quimioterapia, 23.436 procedimentos de radioterapia, 21.871 procedimentos hemoterápicos e 24.337 internações. Realiza, em média, dois milhões de exames, 600 mil consultas e 20 mil internações por ano. O hospital possui, no momento, 1.164 servidores técnico-administrativos, 276 médicos/docentes, 32 enfermeiros/docentes, 330 residentes (resistência médica e multiprofissional) e 78 aprimorandos (diversas áreas da saúde, como enfermagem e fisioterapia) atuando em suas dependências⁽¹⁰⁷⁾.

O Ambulatório de Ginecologia Oncológica do HC-FMB/UNESP funciona todas as sextas-feiras no horário das 8 às 12 horas e atende mulheres com diagnóstico de câncer de endométrio, ovário, colo do útero, vagina e vulva. Em relação ao câncer de colo do útero, o

número médio de pacientes atendidas a cada semana era de três a cinco mulheres, destacando-se que tiveram algumas semanas que não foram atendidas mulheres com esse diagnóstico.

3.5 Participantes do estudo

Foram convidadas a participar do estudo mulheres que possuem diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero em acompanhamento no referido ambulatório. Para tanto, foram selecionadas as mulheres que compareceram em consulta no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do HC-FMB/UNESP, que aceitaram participar da pesquisa e que estavam em condições clínicas que lhes permitiam falar sobre a percepção da vulnerabilidade à doença, os conhecimentos em relação ao câncer de colo do útero e as ações de saúde voltadas para seguimento da doença e sua assistência.

A seleção da amostra ocorreu por meio de uma listagem fornecida pelo Centro de Informática Médica (CIMED) do Hospital das Clínicas de Botucatu como o nome das pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica. Depois do fornecimento da lista, constatou-se que o número total de mulheres agendadas para consultas no ambulatório, no período da coleta dos dados, era de 236. Para selecionar as participantes do estudo, a pesquisadora acessou o prontuário eletrônico de cada paciente e selecionou apenas aquelas com diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero. Respeitando a Classificação Internacional de Doenças (CIDs) foram incluídas no estudo aquelas que apresentaram Lesão Intra-Epitelial de Baixo Grau (LSIL ou LIEBG), Lesão Intra-Epitelial de Alto Grau (HSIL ou LIEAG) e carcinoma invasivo, resultando em um total de 92 mulheres.

A coleta de dados ocorreu no período entre novembro de 2014 e maio de 2015. Foram incluídas neste estudo 38 mulheres, pois muitas faltaram no dia da consulta agendada e outras não responderam ao chamado da pesquisadora (realizadas várias tentativas durante o período que acontecia o atendimento). Ainda, foi observado pela pesquisadora que, devido o atendimento médico ocorrer simultaneamente, ou seja, vários médicos atendendo a mesma especialidade, muitas vezes, enquanto uma mulher era entrevistada, outra era atendida na consulta com o médico, o que foi considerado um fator dificultador da inclusão dessas mulheres no estudo. As mulheres foram identificadas de acordo com nomenclaturas que mantivessem o sigilo do seu nome.

Observou-se também que as mulheres convidadas a participar da pesquisa apresentaram variação quanto ao tempo de diagnóstico, de seis meses a 32 anos, compreendido entre os anos de 1982 a 2014 e que, apesar de algumas terem sido diagnosticadas há vários anos, ainda eram acompanhadas periodicamente e realizavam a

coleta do exame de Papanicolaou, ou seja, não receberam alta médica. Tal diferença de tempo poderia ser entendida como uma limitação para o estudo, mas por acreditar que o câncer de colo do útero é uma doença que permite resgatar experiências significativas no cotidiano das mulheres, considerou-se importante incluir as pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e não levar em consideração o tempo do diagnóstico. Ressalta-se também que a infecção pelo HPV pode ser evitada por meio de mudanças comportamentais, tal como a relação sexual protegida, permitindo que o tempo não fosse considerado pela autora como limitador para a coleta. Ainda, cabe destacar que, dentre as mulheres convidadas a participar do estudo, não houve nenhuma recusa.

A inclusão das mulheres, portanto, ocorreu à medida que as entrevistas foram sendo realizadas e a análise dos dados mostrou a necessidade de coletar novas informações. No DSC não se recomenda utilizar o critérios de saturação das entrevistas baseado no argumento de que a Teoria das Representações Sociais tem como intenção resgatar todas as ideias socialmente compartilhadas e o DSC pretende conhecer e quantificar o quanto estas ideias se repetem entre os entrevistados. Sendo assim, o critério de saturação não permitiria evidenciar as ideias menos comuns, mas apenas aquelas que mais se repetiram⁽⁹⁸⁾.

Considerando-se também que os aspectos socioculturais se constituem de diferentes ideias entre as mais ou menos compartilhadas, não se podem limitar as oportunidades para que estas ideias se manifestem. E, assumindo que o DSC, em parte, quantifica dados de atores sociais, isso requer que o pesquisador não utilize a saturação⁽⁹⁸⁾.

Dessa forma utilizou-se o aspecto temporal como critério para definir a amostra e, devido ao fato de a maioria das mulheres retornarem ao ambulatório de ginecologia a cada seis meses para coleta do exame preventivo e consulta médica, resolveu-se que a coleta ocorreria em um semestre. Ainda, notou-se que no período de um ano muitos agendamentos se repetiam.

3.6 Coleta de dados

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e antes de iniciar o estudo, foi solicitado, portanto, ao CIMED uma lista com todas as pacientes acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do HC-FMB/UNESP, no período de novembro de 2014 a maio de 2015 (período da coleta), contendo: nome completo, número do registro e data dos agendamentos das consultas médicas destas mulheres.

Simultaneamente à solicitação ao CIMED, foi requerida à diretoria do Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas (DGAA), uma senha para a pesquisadora ter acesso aos prontuários eletrônicos das mulheres e realizar a seleção da amostra, pois a listagem fornecida pelo CIMED incluía todas as pacientes agendadas na especialidade de ginecologia oncológica no referido ambulatório.

Portanto, após definida a amostra, deu-se início às entrevistas que se realizaram no ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu, às sextas-feiras, no período de 07 de novembro de 2014 a 29 de maio de 2015, no horário das 8 às 12 horas. Ressalta-se que, no período de 20 de dezembro a 31 de janeiro, o agendamento foi suspenso devido ao período de férias dos discentes da graduação, médicos residentes e alguns docentes.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas que foram realizadas em sala disponibilizada pela equipe de enfermagem do Ambulatório de Ginecologia Oncológica. Antes de dar início à coleta dos dados, as pacientes participantes tornaram-se cientes e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) que as esclarecia quanto à temática do estudo, objetivos, instrumentos a serem utilizados para coleta dos dados, sigilo e anonimato de sua identidade e possibilidade de recusarem ou retirada a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu acompanhamento no serviço de saúde. Em seguida, o termo de consentimento, redigido em duas vias, foi assinado pelas participantes, ficando uma com a pesquisadora e outra com a participante do estudo.

Todos os dados foram coletados por meio de entrevistas áudio-gravadas digitalmente. Tal procedimento foi conduzido por um instrumento de caracterização dos sujeitos (Apêndice B) composto por informações direcionadas ao indivíduo e aspectos sociais e relativos à organização dos serviços de saúde; e entrevista realizada por meio de questões norteadoras que abordavam as diferentes dimensões da vulnerabilidade conforme apresentada a continuação:

- Descreva para mim o que, em sua opinião, pode ter levado você a ter câncer de colo do útero;
- Conte-me como identificou/percebeu que estava doente;
- Você percebeu mudanças em sua vida após o diagnóstico de câncer de colo do útero? Se sim, descreva-me as mudanças percebidas (trabalho, família, amigos, sexualidade, por exemplo);
- Fale para mim o que representa para você o câncer de colo do útero;

- Conte-me como percebe o atendimento que tem recebido nos serviços de saúde desde a descoberta da doença;
- Conte-me sobre sua participação no tratamento e cuidados com a doença.

3.7 Organização e análise dos dados

No mesmo dia da coleta, os dados referentes à caracterização dos sujeitos foram alocados em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel 2010 e, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora, as entrevistas eram transcritas. Após essa etapa, foi adquirido o *software DSCsoft* e alguns dados que condiziam com a caracterização dos sujeitos foram cadastrados neste programa e, em seguida, registrados os depoimentos das mulheres e elaboradas as expressões chaves, ideias centrais, categorias e por fim construído o Discurso do Sujeito Coletivo.

O *DSCsoft* permitiu que características das mulheres como identificação das entrevistas, grupos a que pertenciam, título da pesquisa, perguntas, faixa etária, escolaridade e renda fizessem parte do cadastro inicial dos sujeitos do estudo. Estas informações geraram um banco de dados e permitiram que, após elaboração dos discursos, fosse possível quantificar as respostas das participantes desta pesquisa.

Para garantir o anonimato das mulheres, primeiramente foi estabelecido um código “M” para cada participante e, respeitando a ordem da realização das entrevistas, a primeira entrevistada foi identificada por “M1”, a segunda “M2” e assim sucessivamente.

O primeiro passo, depois de cadastradas as entrevistas, foi identificar as expressões-chave (ECH) dos depoimentos transcritos e, à medida que extraída as ECH, estas foram sendo agrupadas em ideias centrais (IC).

As IC formaram um conjunto de informações relevantes e foram posteriormente agrupadas por semelhança de temática que deram origem às categorias conforme apresentadas no capítulo “Resultados”.

Os DSC foram construídos de acordo com cada categoria estabelecida e com o objetivo de compreender a percepção das mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero e a sua representação social.

3.8 Procedimentos éticos da pesquisa

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e apenas após aprovação teve início a coleta de dados. Ainda, antes de encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi autorizado pelo superintendente

do Hospital das Clínicas de Botucatu, Diretora da Faculdade de Medicina de Botucatu e do Chefe do Departamento e Ambulatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu.

A aprovação do estudo ocorreu na reunião extraordinária do dia 07 de abril de 2014, sob o parecer nº 607.268 e CAAE nº 29239114.2.0000.5411 (Anexo 1). Como já mencionado anteriormente, os dados de todas as participantes foram colhidos apenas após o consentimento das mesmas, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 para participação em pesquisas.

4 RESULTADOS

O estudo foi composto por 38 mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero invasivo e lesões precursoras em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do HC. Para tanto, os resultados foram organizados, apresentados e analisados a partir das respostas às questões da pesquisa, e serão apresentados da seguinte forma: levantamento das características individuais, sociais e programáticas e categorização quali-quantitativa dos Discursos do Sujeito Coletivo de acordo com as diferentes dimensões da vulnerabilidade.

4.1 Levantamento das características individuais, sociais e programáticas

Dentre as mulheres entrevistadas com diagnóstico confirmado da doença, constatou-se que a idade no momento do diagnóstico encontrava-se entre 27 a 67 anos e a faixa etária média entre 40 a 50 anos foi predominante. No dia das entrevistas, a idade encontrava-se entre 34 e 73 anos, sendo que a maioria apresentava-se na faixa etária média entre 50 a 60 anos.

A Tabela 1 a seguir refere-se às características sociodemográficas das mulheres acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

Características sociodemográficas	Número	Porcentagem (%)
Procedência		
DRS VI	36	94,8
DRS VII	1	2,6
DRS II	1	2,6
Cor da Pele (autodeclarada)		
Branca	26	68,4
Parda	9	23,7
Preta	3	7,9
Grau de Instrução		
Fundamental completo/incompleto	27	71,0
Médio completo/incompleto	7	18,4
Superior/Pós-graduação	2	5,3
Sem instrução	2	5,3
Religião		
Católica	21	55,3
Evangélica	15	39,5
Espírita	1	2,6
Testemunha de Jeová	1	2,6
Estado Civil		
Casada	17	44,7
Divorciada	6	15,8
Relacionamento Estável	6	15,8
Viúva	5	13,1
Solteira	4	10,6
Renda Familiar (em salários mínimos)		
< 1	2	5,4
≥1 a ≤ 2	27	71,0
> 2 a ≤ 4	8	21,0
> 4	1	2,6
Tipo de moradia		
Própria	24	63,2
Emprestada	6	15,8
Alugada	5	13,1
Financiada	3	7,9
Profissional economicamente ativa antes do diagnóstico do câncer de colo do útero		
Sim	27	71,0
Não	11	29,0
Profissional economicamente ativa após o diagnóstico do câncer de colo do útero		
Sim	14	36,8
Não	24	63,2
TOTAL	38	100,0

Quanto à procedência por Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e regiões de saúde, evidenciou-se que 94,7% (n = 36) das mulheres em estudo pertenciam ao DRS VI (regiões de saúde: Pólo Cuesta e Vale do Jurumirim e Bauru), pelo qual o Hospital das Clínicas de Botucatu é referência no serviço em saúde. Verificou-se, também, que dois casos pertenciam a outras DRS: II (município de Guararapes, região de saúde: Araçatuba/SP) e VII (município de Holambra, região de Campinas/SP).

Um outro aspecto social evidenciado foi à participação das mulheres como profissionais economicamente ativas. Notou-se que, antes do diagnóstico de câncer de colo do útero, mais da metade das mulheres trabalhavam, 71% (n=27), e após a descoberta da doença, 36,8% (n=14) continuaram trabalhando.

No entanto, ressalta-se que antes do câncer de colo do útero, 29% (n=11) das mulheres estavam aposentadas, eram pensionistas e ocupavam-se com atividades domésticas. Já após o aparecimento da doença, houve um aumento para 44,7% (n=17) de mulheres aposentadas, pensionistas e desempenhando atividades do lar. Ainda, 7,9% (n=3) ficaram desempregadas e 10,5% (n=4) estavam recebendo auxílio doença.

Na Tabela 2, na continuação, são apresentadas as características individuais das mulheres acompanhadas na especialidade de oncologia devido diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero.

Tabela 2 - Características individuais das mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

Características individuais	Número	Porcentagem (%)
Tabagismo		
Nunca	15	39,47
Fumadora atual	12	31,58
Ex-fumadora	11	28,95
Uso de bebida alcoólica		
Não	35	92,1
Sim	3	7,9
Uso prévio de anticoncepcional oral		
Não	8	21,0
Sim	30	79,0
História familiar de câncer de colo do útero		
Não	30	79,0
Sim	8	21,0
História familiar de outros tipos de câncer		
Não	15	39,5
Sim	23	60,5
Idade da menarca (em anos)		
≤ 14	32	84,2
15 a 18	6	15,8
Idade da sexarca (em anos)		
≤ 14	7	18,4
15 a 18	22	57,9
> 18	9	23,7
Idade ao nascimento do primeiro filho (em anos)		
15 a 20	28	73,7
21 a 25	5	13,1
26 a 28	3	7,9
Sem filhos	2	5,3
Número de gestações		
Nenhuma	2	5,3
Duas	11	28,9
Três	6	15,8
Quatro a dezoito	19	50,0
Número de partos vaginais		
Nenhum	8	21,0
1 a 3	18	47,4
4 a 17	12	31,6
Número de abortos		
Nenhum	22	57,9
≥ 1	16	42,1
Número de parceiros sexuais durante a vida		
< 5	28	73,7
5 a 10	10	26,3

Uso de preservativo com todos os parceiros sexuais		
Nunca	22	57,9
Às vezes	15	39,5
Sempre	1	2,6
Número de parceiro sexual sem uso de preservativo		
Nenhum	1	2,6
1 a 4	30	79,0
5 a 10	7	18,4
Uso de preservativo com parceiro sexual atual		
Nunca	21	55,3
Às vezes	6	15,8
Sempre	3	7,9
Não tem parceiro	8	21,0
Uso de preservativo na última relação sexual		
Não	32	84,2
Sim	6	15,8
História de infecção sexualmente transmissível		
Não	32	84,2
Sim	6	15,8
TOTAL	38	100,0

Observou-se que a maioria das mulheres não era fumante e as fumantes relataram ser há, no mínimo, oito anos e máximo por 45 anos e, quando questionadas se eram ex-fumadoras, declararam terem mantido a prática por, no mínimo, um ano e máximo de 30 anos. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, uma fazia uso um dia na semana, uma bebia três dias na semana e uma ingeria todos os dias, ressaltando que, antes do diagnóstico da doença, nenhuma mulher fazia uso periódico de bebida alcoólica. Observou-se também que, dentre as mulheres que fizeram uso de anticoncepcional oral, 63,3% (n=19) consumiram o medicamento por dez anos ou mais.

Com a intenção de saber se as mulheres já haviam apresentado alguma experiência familiar com o câncer cervical, a maior parte não teve familiares com câncer de colo do útero e aquelas que experienciaram a doença, relatam ter ocorrido com filha, irmã, sobrinha, prima e tia. No entanto, mais da metade destas vivenciaram outros tipos de câncer no seu contexto familiar e dentre estes, a doença esteve presente em pai, mãe, irmãos, avôs e tios.

As infecções de transmissão sexual também foram investigadas e observou-se que a maioria não apresentou nenhuma IST e aquelas que adquiriram a doença relataram tratamento para sífilis, condiloma, gonorreia e síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

A Tabela 3 a seguir exibe as características programáticas dos serviços de saúde, segundo declaração das mulheres em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Tabela 3 - Características programáticas dos serviços de saúde, de acordo com as mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

Características programáticas	Número	Porcentagem (%)
Periodicidade de exame preventivo antes da doença		
Anual	13	34,2
2-3 anos	5	13,2
> 3 anos	7	18,4
Nunca havia realizado	13	34,2
Periodicidade de exame preventivo após da doença		
Anual	19	50,0
Semestral	18	47,4
Trimestral	1	2,6
Dificuldade de agendamento do exame preventivo		
Não	35	92,1
Sim	3	7,9
Motivos da procura pelo serviço de saúde relacionado ao câncer de colo do útero*		
Sangramento entre ciclos	13	34,2
Dor pélvica	12	31,6
Exame de rotina	9	23,7
Sangramento pós-coito	8	21,0
Dispareunia	8	21,0
Leucorreia	7	18,4
Sangramento pós-menopausa	6	15,8
Hemorragia	6	15,8
Condiloma	1	2,6
Ardência/dor ao urinar	1	2,6
Perda de peso	1	2,6
Intervalo de tempo entre procura pelo serviço de saúde/descoberta da doença/início do tratamento		
≤ 1 mês	30	79,0
2 a 9 meses	8	21,0
Tipo de tratamento para o câncer de colo do útero		
Histerectomia	12	31,6
Radioterapia, braquiterapia e quimioterapia	10	26,3
Radioterapia, braquiterapia e histerectomia	6	15,8
Radioterapia e braquiterapia	3	7,9
Conização	2	5,3
Radioterapia, braquiterapia, quimioterapia e histerectomia	2	5,3
Radioterapia, braquiterapia e conização	1	2,6
Radioterapia, quimioterapia	1	2,6
Radioterapia, quimioterapia e histerectomia	1	2,6
TOTAL	38	100,0

*Os dados ultrapassaram 100% devido algumas mulheres apresentarem mais que uma resposta.

Quando interrogadas se enfrentaram alguma dificuldade para agendamento do exame preventivo nos serviços de saúde, a grande maioria referiu não ter apresentado dificuldade e as demais relataram que foi por motivo de falta de médico na unidade de saúde e por não haver agendamento para coleta de exame naquele momento.

Ao serem abordadas quanto ao tipo de tratamento recebido devido a neoplasia uterina, a radioterapia e braquiterapia foram as mais frequentes. Ainda, notou-se que várias mulheres apresentaram sequelas em decorrência do tratamento como, por exemplo, lesão de bexiga, necrose de parte do intestino (necessidade de colostomia), comprometimento da função motora e dificuldade para prática de atividade sexual por perda de libido, dispareunia ou medo.

4.2 Categorização qualiquantitativa dos Discursos do Sujeito Coletivo de acordo com as diferentes dimensões da vulnerabilidade

Buscando compreender e categorizar as ideias centrais optou-se por subdividir essa seção em: apresentação das categorias quanto à frequência relativa das ideias e frequência relativa das respostas das entrevistadas, e após, descrever os Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSCs). Salienta-se que os resultados buscam compreender a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero e os DSCs foram construídos pelos depoimentos expressos pelas mulheres em acompanhamento. Após análise, os depoimentos apreçoaram a diversidade de pensamentos dessas mulheres no contexto individual, social, programático e a representação da doença no seu cotidiano.

Para tanto, as respostas emergiram das questões disparadoras: “O que pode ter levado você a ter o câncer de colo do útero e como identificou/percebeu que estava doente?”; “Percebeu mudanças em sua vida após o diagnóstico de câncer de colo do útero?”; “Descreva-me as mudanças percebidas”; “Como percebe o atendimento nos serviços de saúde desde a descoberta da doença e sua participação no tratamento e cuidados com a doença?”; e “O que representa o câncer de colo do útero?”.

Com o auxílio do programa *DSCsoft*, cada pergunta do estudo foi responsável pela definição das categorias e da elaboração dos DSCs. Após os discursos concluídos, elaborou-se um quadro para cada categoria conforme exemplificado no Apêndice C.

Este *software*, ao final da construção de todas as ideias centrais, compilou tais ideias compartilhadas pelos sujeitos sociais e possibilitou que os dados fossem apresentados em forma de tabelas, quantificando estes dados por meio de frequência relativa das ideias centrais e das entrevistadas.

Na Tabela 4 está apresentado o questionamento sobre o que, na percepção das mulheres em estudo, pode ter causado o câncer de colo do útero e como identificou ou percebeu que havia algo alterado na sua saúde. Tal tabela, portanto, constitui-se por 13 categorias e foram estabelecidas por 108 ideias centrais, determinadas por meio das expressões chave presentes nos depoimentos das mulheres participantes deste estudo. Os dados estão apresentados por meio das frequências relativas das ideias e das entrevistadas.

Tabela 4 – Motivos e a percepção da doença entre mulheres (n=38) com câncer de colo do útero entrevistadas, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

CATEGORIZAÇÃO	N	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADAS)
Sinais e Sintomas do câncer de colo do útero	38	35,2%	100,0%
Não sabe a causa do câncer de colo do útero	15	13,9%	39,5%
Periodicidade longa da consulta ginecológica e exame preventivo	13	12,0%	34,2%
Relação sexual sem proteção	10	9,3%	26,3%
Aspecto emocional	5	4,6%	13,2%
Múltiplos parceiros e multiparidade	5	4,6%	13,2%
Negação e/ou desinformação em relação ao diagnóstico e presença de alteração no colo do útero	5	4,6%	13,2%
Infidelidade do cônjuge	4	3,7%	10,5%
O câncer de colo do útero é genético	3	2,8%	7,9%
Tabagismo e anticoncepcional oral	3	2,8%	7,9%
Violência sexual	3	2,8%	7,3%
O câncer é um processo natural	3	2,8%	7,9%
Abortamento provocado	1	0,9%	2,6%
TOTAL DE IDEIAS	108		

O resultado destaca o que, na percepção das mulheres, levaram-nas a desenvolver o câncer. Observou-se que muitas mulheres acreditavam que o seu adoecimento teve como responsável a periodicidade longa da consulta ginecológica e exame preventivo, relação sexual desprotegida e parte considerável dessas não sabiam a causa do surgimento do câncer.

Além disso, em um dos relatos, surgiu à culpa pelos abortos provocados durante a vida. Foi declarado durante a entrevista que, devido à ausência do companheiro e baixa condição socioeconômica, uma das mulheres havia provocado quatro abortos durante a sua vida, fato esse que fez com que atribuísse o surgimento da doença como “forma de punição” e possibilidade de ter agredido o colo do útero durante os procedimentos praticados para concretizar os abortos.

SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Esta categoria foi construída pelos depoimentos de 38 participantes, pelas seguintes ideias centrais: *Após a menopausa apresentou sangramento e dor abdominal; Apresentava muita dor abdominal; Apresentava muito sangramento, mas achava que estava entrando na menopausa; Apresentava sangramento após menopausa que intensificava com esforço físico; Apresentou corrimento entre o ciclo menstrual; Apresentou sangramento após menopausa; Começou a sangrar diariamente; Começou a ter sangramento e corrimento forte, mas não tinha dor; Descobriu no exame preventivo; Descobriu no exame preventivo, mas apresentava sangramento escuro antes da fase menstrual; Descobriu no exame preventivo, mas tinha sangramento e dor abdominal após menopausa; Descobriu que estava doente no exame preventivo; Não achava que estava doente apesar de sentir dor na mama e hemorragia na fase menstrual; Não percebeu nenhuma alteração apesar de ter hemorragia na fase menstrual; Não percebeu que estava doente, detectou pelo exame preventivo; Notou que estava doente porque começou a emagrecer rapidamente; sangramento na relação sexual; sangramento, dor em dorso e abdominal ao realizar esforço físico; Percebeu devido apresentar dor na relação sexual, sangramento e dor abdominal; Percebeu devido hemorragia grave; Percebeu devido o sangramento aumentado durante a fase menstrual e dor abdominal; Percebeu que estava com câncer porque tinha sangramento e dor na relação; Percebeu que estava doente devido a apresentar muito corrimento vaginal; Percebeu que estava doente devido à hemorragia; Percebeu que estava doente devido apresentar infecção, sangramento durante a relação sexual e ao evacuar; Percebeu que estava doente devido emagrecer muito; Percebeu que estava doente devido sangramento prolongado; Percebeu que estava doente por apresentar sangramento após a menopausa e procurou o médico por orientação da família; Percebeu que estava doente porque teve muita dor abdominal; Percebeu que estava doente porque teve sangramento e dores abdominais após menopausa; Percebeu que não estava bem devido apresentar sangramento; Presença de dor e sangramento na relação sexual; Procurou atendimento médico por apresentar sangramento*

durante a relação sexual; Procurou o serviço de saúde por apresentar bastante hemorragia; Sentia dores ao andar, pular e durante e após a relação sexual; e Tinha dor e sangramento na relação sexual e apresenta-se descrito no DSC a continuação:

Eu não tinha nenhuma queixa, não percebi que estava doente, não tinha nada só depois que começou a dar alteração. Na realidade eu não imaginava que estava doente, eu tinha dor no seio, mas eu achava que era dor muscular. Daí começou a doer muito a minha barriga, fiz ultrassom e descobri que estava grávida de três meses e não sabia por que descia menstruação normal. Daí já encaminharam para maternidade da UNESP, o médico esperou o bebê nascer e falou que ia fazer uma biópsia porque precisava saber o que era. Um pouco antes da doença aparecer, comecei a ter muita dor por baixo, no abdome e sangramento durante a relação sexual. No outro dia eu não aguentava pisar forte no chão, não podia nem “relaxar” a mão na barriga, colocar uma calcinha apertada que doía e, às vezes, eu andava e tinha cólica, um pouco de corrimento, muito sangramento, todo dia sangrava e aumento do fluxo menstrual. Então, por causa da gente ter relação, sangrar e doer, eu percebi que não era normal, era incomodo o sangue e foi aí que me preocupei, eu vi que não era normal essa coisa de sangramento, passei no médico e fui fazer o Papanicolaou na hora, nunca tinha feito um Papanicolaou. Depois de um mês veio o resultado e não deu, a segunda vez não deu, sempre dava normal, tive sim uma feridinha no útero que eles queimaram, cauterizaram, eu fiz tratamento na minha cidadezinha natal e a terceira vez o doutor falou assim: “colhe bem no colo, raspa bem no colo” e aí deu. Era bem no colo, bem naquele canalzinho. Eu também tinha bastante hemorragia na época da menstruação, fiquei dois anos e meio com hemorragia, mas os médicos nunca falaram nada, nunca imaginei que a hemorragia ia causar o câncer. Eu acho que a hemorragia é que pode ter causado o câncer. Depois que tive hemorragia, comecei a ter sangramento fora da menstruação e quando estava para vir a menstruação, antes vinha um sangue preto, escuro, sangue escuro, preto, aí vinha a menstruação e depois um corrimento amarelo forte, não era certo aquilo lá, tinha que ficar

usando absorvente sempre e quando parava o líquido amarelo, vinha a menstruação e vinha bastante e acabava a menstruação, vinha esse líquido amarelo, e isso foi o último passo para me diagnosticar e aí já estava acentuado. Foram dois anos e meio com hemorragia, não conseguia fazer o Papanicolaou porque estava sangrando muito e daí o médico deu remédio para parar, tomei duas caixas e não parava, daí fez o toque e encaminhou para o pronto-socorro, peguei uma médica muito atenciosa que, como eu estava com muita dor de cabeça, descendo demais, ela me pôs um soro, me deu um remédio e deixou-me em observação. Só que, à tarde, eu já não estava mais com dor de cabeça, já tinha, só que em vez dela me mandar embora pra casa, ela pensou, ela falou “Eu estou achando você um pouco pálida, eu vou te mandar na ginecologia”, subi, ela me deu um papel, o médico me atendeu, aí mandou colher sangue, aí quando colheu, ele mandou colher novamente porque ele achou que estaria errado, mas não, ele mandou internar imediatamente, eu fiz três transfusões de sangue, e depois aí eles queriam saber a causa de tudo, daí fui, fiz biópsia, fiz três biópsias, daí descobriu que eu estava com câncer de colo de útero já em um estágio avançado e não pude retirar o útero, aí eu fiz radioterapia, me encaminharam para Jau, fiz braquiterapia, quando o médico me abriu já estava tomado o resto: as trompas, ovários, tirou tudo e com a braquiterapia, eu tive uma fístula reto-vaginal e estou com colostomia, só que eu tive que esperar cinco anos para fazer a reversão para ver se não tinha metástase porque o meu câncer é do invasor. Eu trabalhava também, fazia força, cortava cana dia inteirinho debaixo de sol e chuva, acho que eu forçava muito o organismo, o corpo. O câncer foi de forçar o organismo porque até hoje eu não posso fazer força nenhuma porque sangra, não tem nada dentro de mim e eu sangro e estranho isso, até a doutora me mandou ver se não era pelo canal da urina, para ver se não era um coágulo de infecção de rim, mas eu percebi que não, porque é só eu ficar nervosa ou fazer força, aí eu já vou ao banheiro e quando vou me limpar já percebo que estou sangrando. Eu tinha muito sangramento, muita dor nas costas, na barriga. Depois que tinha parado de menstruar voltei a

ter hemorragia. Eu já estava na menopausa desde os 42 anos e começou o sangramento do nada, logo nos primeiros dias, teve uma colicazinha, umas fisgadas no fundo, lá dentro da minha barriga, eu achei normal porque parava, vinha e depois parava, vinha pouquinho, não era generoso. Aí, de repente, um dia que tinha trabalhado demais com o corpo, veio muito. Eu ainda não pensei que poderia ser nada grave, de tão grave não achei que era. A maioria das mulheres nunca gosta de menstruação e eu era o contrário, eu gostava porque parecia que eu me sentia tão leve, parece que eu ficava diferente e daí do nada começou a descer, passou um tempo começou a descer de novo e a minha nora brincava dizendo: “virou mocinha de novo”, aí a minha sobrinha falou: “tia não é normal isso, se eu fosse a senhora eu procurava um médico”. Eu fiquei muito fraca, emagreci demais, pesava 85 quilogramas e passei a pesar 35 quilogramas. Tive bastante perda de peso. Aí vim aqui na UNESP e morre, não morre, morre, não morre, tirava sangue, fazia exame e não achava nada, aí que eu fui fazer um Papanicolaou. Eu fui ao posto e lá também não acharam nada e daí eu emagrecendo, emagrecendo e não achava nada e encaminharam para UNESP, Eu comecei a emagrecer e eles começaram a falar: “nossa o que você está fazendo que você está emagrecendo, ensina a receita” porque tinha uma outra que trabalhava lá que era mais gorda que eu ainda. Daí, eu falei: “eu não estou fazendo nada, eu acho que é de trabalhar” e daí a mulher dele, a dona da casa, falou: “quantos quilos você já emagreceu?” E eu falei que havia emagrecido 10 quilogramas em um mês e ele escutou e perguntou: “O que você está falando?” e eu falei: “É doutor, olha que benção emagreci 10 quilogramas em um mês sem precisar fazer regime”. Daí ele falou: “não, vai me procurar no posto amanhã que eu estou lá, já passa no laboratório porque eu mesmo vou fazer o exame de sangue”. Daí foi assim que começou. Daí ele passou eu para outro médico da cidade para fazer ultrassom e aí deu, mas deu que era na bexiga. Aí eu vim com encaminhamento da minha cidade aqui com tumor na bexiga, mas não era e foi aqui que descobriu, porque o tumor estava comprimindo o colo do útero, aí aqui foi feito o

exame do rim e não era nada e de lá mesmo encaminharam para vir aqui e aqui foi feito o Papanicolaou. Aí eu fiz quimioterapia, radioterapia e braquiterapia e não pode fazer a cirurgia, mexer, porque o médico daqui falou que se fizesse a cirurgia eu correria o risco de perder a bexiga e vagina porque já estava avançado. Eu acho que poderia ter sido uma infecção, eu acredito que poderia ser uma infecção porque antes eu tinha uns corrimentos e eu ia ao médico e ele falava que era normal, exceto se ficasse escuro. Eu acredito que foi disso. Eu tinha sangramento quando eu tinha relação sexual ou quando eu ia ao banheiro porque eu era ressecada e fazia muita força. Fora isso eu não tinha sangramento. Não era uma coisa constante e nem uma hemorragia, era pouco, mas sangue vivo e não tinha dor na relação. Aí eu fui colher Papanicolaou no posto e não conseguiram colher porque estava sangrando muito, aí, colher a biopsia e depois de 20 dias veio o resultado e falaram que era um câncer maligno. (M1-38)

NÃO SABE A CAUSA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O DSC a seguir foi composto por 15 mulheres e emergiu das ideias centrais: *Não faz ideia do que levou o câncer; Não sabe a causa; Não sabe explicar; Não sabe explicar o que levou ao câncer; e Não sabe explicar porque a mãe sempre foi uma pessoa cuidadosa com sua higiene íntima.*

Na verdade, eu não faço ideia, nem imagino, eu não sei o que pode ter causado isso, não sei como responder, é duro de explicar o que pode ter levado ao câncer, a essa lesão, essas feridas porque eu não sentia dor, nunca tinha nada, então os médicos não me falaram o que causou, o que era porque a gente nunca espera. A gente sabe que existe o câncer, sempre soube, mas a gente acha que não vai vir. Minha mãe sempre foi uma pessoa com o corpo dela asseado, não gosta de usar toalha de ninguém, sabonete de ninguém, bucha de ninguém, então eu não sei o que pode ter havido com ela, não sei o porquê do câncer. (M1, 2, 3, 8, 10, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 27, 32, 33, 35)

PERIODICIDADE LONGA DA CONSULTA GINECOLÓGICA E EXAME PREVENTIVO

Notou-se que 13 mulheres acreditavam que a realização do exame preventivo de rotina ou a periodicidade da realização da consulta ginecológica seria um fator importante para a doença não se desenvolver e isso fica claro no discurso a seguir que foi elaborado por meio das ideias centrais: *Após o diagnóstico de câncer alterações como cistite podem ser motivo de preocupações; Nunca havia realizado exame preventivo por não apresentar nenhum sintoma da doença; A não realização do exame preventivo e demora em procurar o atendimento médico; O câncer foi devido a não realização do exame preventivo; Não ter procurado o atendimento médico e tratado; O câncer de colo do útero é por falta de procurar a consulta ginecológica; A doença foi descoberta no exame preventivo; A não realização periódica do exame preventivo; Não ter realizado exame preventivo por alguns anos; Não realizava o exame preventivo; Acredita que a infecção não tratada, não realização do exame preventivo e não ter procurado atendimento médico levou ao câncer de colo do útero; e Ignorância.*

Eu penso que pode ter sido no colo do útero porque eu não procurei o médico desde que veio a primeira menstruação e fui deixando passar, achando que isso é coisa que a gente tem que passar, então eu acho que se tivesse procurado eu tinha sofrido menos. Foi por ignorância minha, a gente não se tratou, devia ter procurado saber, falta de se cuidar, eu descuidei. Eu não fiz prevenção, fazer o Papanicolaou todo ano, acompanhar, nunca tinha feito um Papanicolaou, quando eu resolvi fazer foi tarde e só fiz porque fiquei grávida. O período que eu deixei de fazer o Papanicolaou foi muito longo. Eu acho que foi um pouco de relaxo da minha parte porque se eu tivesse feito exame nesse período com tempo menor, provavelmente essa situação poderia ter sido evitada. E também, eu acho que deve ter sido uma infecção que não tratei, eu sentia essas dorzinhas na barriga, minha urina ficava com cheiro forte, era muito amarela, corrimento e no fim eu demorei muito para ir procurar um médico, achava que não tinha risco. Acho que se eu tivesse feito o Papanicolaou, eu tinha descoberto alguma infecção antes, que não chegasse ao ponto de ter virado um câncer. Minha mãe também teve câncer e eu acho que pode ter sido um pouco de relaxo dela de não ter feito o Papanicolaou como se deve fazer, fez

porque eu empurrei para ela fazer quando começou o sangramento dela, porque minha mãe é meio difícil de ir, para lidar com ela nesse tipo de médico. Agora eu sou assim, eu já sou mais atirada porque eu cuido da minha mãe, então a gente tem uma noção porque às vezes eu ia urinar e queimava o canal da urina, aí por conta, eu fui ao laboratório e pedi para fazer um exame de urina e era cistite. Eu ouço falar que se tem que fazer o Papanicolaou todo ano, fazendo certinho, tem mais chance de não ficar doente porque foi no Papanicolaou de rotina que descobriram o câncer. (M1, 7, 9, 10, 16, 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 35)

RELAÇÃO SEXUAL SEM PROTEÇÃO

Dentre as mulheres que compuseram este estudo, dez participantes afirmaram que a relação sexual desprotegida levou ao surgimento do câncer de colo do útero. As ideias centrais que permitiram estabelecer esta categoria foram: *A relação sexual sem camisinha contribui para a transmissão do vírus que levou ao câncer; Acredita que foi a relação sexual a causa; Devido o marido não tomar banho e precisar manter relação sexual com ele sujo; O câncer é devido doença sexualmente transmissível e sífilis; O câncer foi transmitido por meio do vaso sanitário e da relação sexual; O fato de engravidar, o anticoncepcional e não usar camisinha levou ao câncer; O HPV adquirido pela relação sexual foi o responsável pelo câncer; O HPV transmitido pela relação sexual foi o responsável pela doença; Pode ser transmitido pelo parceiro durante a relação sexual sem preservativo; e Segundo o médico, a relação sexual causa o câncer de colo do útero, e construir o DSC a seguir:*

Você pode pegar no vaso sanitário ou do seu parceiro, ele pode passar para você porque a médica falou para mim: “pode ser que você tenha pegado porque o homem tem um vírus que não sabe, mas ele transmite, então pode ser que na primeira relação sexual você pode ter contraído, tenha pegado e só veio manifestar agora”. Pode vir de sujeira, falando assim no linguajar simples, pegar na relação sexual com uma pessoa, pegar na relação desprotegida, sem preservativo, pode ter sido a relação sem camisinha, pode ter sido não, foi a relação sem camisinha. A relação sem camisinha contribuiu para que eu tivesse pegado o vírus, eu contraísse o vírus do câncer. Eu acredito que foi o HPV que leva a isso, foi sexualmente

transmissível, pelo meu entender o HPV é transmissível, é uma doença adquirida pela relação sexual. Quando eu tinha 18 anos eu sai com um rapaz e peguei aquelas verrugonas e tive sífilis. Eu tenho isso na minha memória e eu fiz o tratamento todo, mas eu acho que também eu peguei o HPV. Eu acho também que pode ter sido que tive câncer de colo uterino porque eu com meu marido, que ele não tomava banho, ele não gostava de tomar banho e eu tinha que ficar com ele daquele jeito. O médico falou que ter relação com ele pode sair umas manchinhas e que conforme eu tenho relação sai as manchinhas. Eu vou ser sincera, quando eu casei, eu engravidei, o anticoncepcional na época começou já a me fazer mal, foi quando na época eu cansei e parei um pouco com o remédio, mas naquele tempo não existiam tantas doenças, então tinha como evitar sem usar camisinha no caso só tomando remédio. Eu não usava preservativo e nem tomava remédio. Durante esse tempo já começava a dar uma coceirinha por baixo, eu era mocinha, então eu creio que esse meu primeiro parceiro já tinha o condiloma, eu acho, ele já tinha essa alergia. Então, eu creio que foi dele porque eu era virgem, nunca tinha tido relação com homem nenhum. Acho que o que pode ter me causado isso foi alguma coisa que meu primeiro parceiro tinha na época, não tratou e eu adquiri porque era uma coceira muito ruim, machucava até, na parte do lábio da vagina chegava ficar bem vermelho, machucado. (M3, 4, 10, 12, 14, 22, 25, 29, 34, 36)

ASPECTO EMOCIONAL

Esta categoria foi construída pelos depoimentos de cinco participantes, pelas seguintes ideias centrais: *A mágoa e dificuldade para se expressar levou ao câncer de colo do útero; Acredita que o câncer está relacionado com o emocional; Acredito que o câncer foi causado por ser muito nervosa; O câncer foi devido ao sofrimento e nervoso; O câncer ocorre devido pensamentos negativos, tristeza e depressão e apresenta-se descrito no DSC:*

Eu perguntei para um dos médicos que fizeram exame, foi emocional e eu penso que na maior parte das vezes, é o emocional que desencadeou isso, um pouco a cabeça muito poluída, problemas do dia a dia, pensamentos negativos, tristeza, depressão. Eu sempre

passsei muito nervoso e eu sou nervosa, minha vida foi muito atribulada, passei por muitos momentos difíceis com meu marido, nem pode imaginar a tristeza que eu passei com ele e quando a gente tem muita mágoa, uma coisa por dentro que fica ali presa e você não tem como se expressar, junta assim por dentro da gente muito sofrimento, o abalo, que a gente tem. Então eu acho que através do nervoso o câncer vem, ajudou o câncer vir, naquele momento eu penso que traz o câncer. A cabeça da gente funciona um pouco diferente, câncer para mim é isso, a pessoa que tem mágoa antiga, muitas coisas do passado foram acumulando. (M2, 6, 17, 30, 32)

MÚLTIPLOS PARCEIROS E MULTIPARIDADE

Esta categoria foi elaborada com a participação de cinco mulheres que acreditavam que não só a relação sexual com vários parceiros, bem como, o grande número de filhos foi um fator importante para o aparecimento da doença. O DSC foi construído por meio das seguintes ideias centrais: *O câncer de colo do útero é devido o grande número de parceiros; O câncer foi causado pelo grande número de filhos, maternidade na adolescência e sexarca precoce; O câncer foi devido o grande número de parceiros e não ter usado preservativo durante as relações sexuais; Ter mantido relação sexual com vários parceiros; e Vários parceiros e filhos agrediram o útero*, e está descrito a continuação:

É por causa de ter tido muitos parceiros, com mais parceiros a doença vai agredindo mais. Eu tive vários parceiros. Eu saía na rua e pegava barriga, tive o pai da minha filha, mas eu não cheguei a morar com ele, namorar nada, teve o pai do meu guri também, mas foi só ficando, eu fui ficando. Eu já tive mais de cinco parceiros e nunca usei preservativo. Tive, também, quatro cesáreas e depois não fui acompanhada por médico para ver como é que ficou, foi assim: sarou e pronto, continua, com 30 dias já está bom, já começa a “furar” e meus filhos vieram um atrás do outro, aí eu digo que foi através disso que começou porque eu não tinha problema nenhum, era nova e sadia, a minha vida começou com meu marido. A minha primeira relação sexual foi com onze anos e com ele e com dezesseis anos eu fui embora com ele e eu já estava grávida da primeira filha e não tinha problema de nada. Aí mais filhos, o útero vai ficando

pesado e o câncer, que foi dado pelo sexo também e porque tive muitos filhos. (M11, 22, 24, 32, 37)

NEGAÇÃO E/OU DESINFORMAÇÃO EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO E PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NO COLO DO ÚTERO

A categoria negação da doença e presença de alteração no colo do útero foi composta por cinco depoimentos e das seguintes ideias centrais: *Acredita que não teve câncer; A lesão no colo do útero pode ter causado o câncer; Não acreditava que estava com câncer, achava que estava tendo um aborto; Não sabe a causa, mas sabe que o útero apresentava várias lesões; e Sabia que apresentava lesões no colo do útero, permitindo assim a construção do seguinte DSC:*

Para mim, era porque eu estava tendo aborto, não estava segurando mais filho. Foi o que eles falaram [os médicos], eles não falaram sobre o câncer. Eu não tive câncer, foi essas manchinhas, essa lesão epitelial. Percebi por causa de ter ido à médica e ela estava queimando as feridas e dizendo que era uma feridinha normal. Eu tive ferida no colo do útero e isso foi com 25 anos e depois nunca mais tive nada, e agora com 50 anos eu descobri que meu útero estava cheio de ferida. Não sei o que causou, não sei o porquê, na braquiterapia você sabe que eles queimam todo útero da gente e ele [médico] falou que era um monte de ferida, não era câncer. (M4, 6, 8, 13, 34)

INFIDELIDADE DO CÔNJUGE

Dentre as mulheres participantes do estudo, quatro confirmaram que a infidelidade do cônjuge levou a transmissão do HPV, permitindo assim que essa categoria fosse estabelecida por meio das ideias centrais: *A paciente não teve infecção por HPV e acreditava que poderia ser isso devido o marido a ter traído; O marido mantinha relacionamento com outras mulheres e transmitiu por meio da relação sexual; Suspeitava que o marido tivesse outra mulher fora do casamento, pois não teve outro companheiro durante sua vida; O marido tinha outras parceiras fora do casamento e não usava camisinha. O seguinte DSC foi elaborado:*

Foi no primeiro casamento porque o meu primeiro marido era muito danado e eu só tive o meu marido, só que, depois que vai passando o

tempo, que a gente vai ligando que ele deveria ter alguém porque minha vida sempre foi uma correria, sempre trabalhando, eu tenho uma filha e toda vida eu sempre fiz tudo para ela. Eu desconfiava que ele me traia, que ele tinha relação fora de casa, mas não tinha certeza e ele não aceitava preservativo. Não queria usar, eu acho que isso foi a consequência, o câncer foi a consequência, ele tinha outras parceiras fora e não usava preservativo comigo, eu peguei mesmo, na relação sexual, do meu primeiro marido. Tenho certeza que na minha família ninguém teve, eu fiz exame de HPV e perguntei para o médico se era HPV e ele falou que não era. Não tive o HPV. Eu também achei que era isso porque, como eu descobri que ele fazia um ano que tinha outra, vai saber quantas vezes ele teve, deve ter passado para mim. Eu outro dia vi aí em um papel que está escrito assim: pode ser transmitido pela relação sexual? Essa é a pergunta e na frente está escrito, na resposta: sim. Então, a gente vai ligando os pontos porque eu nunca tive outra pessoa. Pelo que estava escrito no papel, acho que pode ter sido do meu marido. (M17,23,31,32)

O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO É GENÉTICO

O DSC foi formado pelos depoimentos de três mulheres que haviam vivenciado entre seus familiares ou referiram terem sido informadas erroneamente pelo médico sobre o diagnóstico do câncer, acreditando esse ser genético. Para tanto, o DSC foi composto pelas ideias centrais: *Segundo o médico o câncer é genético; O câncer é genético; e O câncer de colo do útero é genético.*

Quando eu fiz o meu tratamento, o médico falou para mim que isso era genético, o câncer é genético e eu tenho caso na família, minha vó faleceu com câncer, já tive mais parentes que tiveram, mas a gente não sabe se é de família. A minha avó tinha câncer na garganta que eu fiquei sabendo e uma prima minha, que eu saiba, ela teve na mama, então pode ser genético. (M10,15, 31)

TABAGISMO E ANTICONCEPCIONAL

Nesta categoria três mulheres atribuíram que a causa do câncer foi ser tabagista e o uso de contraceptivo oral. As ideias centrais são: *Segundo o médico, o cigarro foi o*

responsável pelo câncer de colo do útero; Ser fumante; e O uso de anticoncepcional, e o discurso foi elaborado conforme descrito adiante.

O médico já me disse uma vez que foi o cigarro, ele falou assim: “precisa parar de fumar que foi isso que causou o seu câncer”, foi o cigarro com certeza. Se tiver que dar em uma pessoa que não fuma, vai dar, mas eu acho que é menos. Uma pessoa que fuma corre mais risco. Na minha casa ninguém fuma, só eu, meu marido, meus filhos, ninguém fuma, você ouve falar que cigarro faz mal, mas a gente nunca dá ouvido. Acho que fumei por uns vinte anos. Eu acredito também que o uso acentuado de anticoncepcional. (M7, 16, 21)

VIOLÊNCIA SEXUAL

O relato de três participantes permitiu que a categoria violência sexual fosse estabelecida e essa emergiu das ideias centrais: *Marido violento; Os parceiros serem violentos durante a relação sexual levou ao câncer; e O câncer foi devido o marido querer se relacionar sexualmente todas as noites*, e está representada no DSC.

Eu acho que pode ter sido pela violência da relação, parceiro estúpido demais, meu marido era ciumento, era alcoólatra, chegou até tentar me matar. Eu não tinha experiência, sempre “usei” meu marido mesmo e eu, às vezes, conversando com ele mesmo, eu digo para ele, que ele tinha muito fogo, que foi ele quem me arreventou, a gente briga assim porque ele é de uma família que os caras são muito “foguentos”. Então, eu digo que foi ele porque queria toda noite, toda noite, toda noite e às vezes ele bebia e me procurava bêbado e eu tinha que ceder e aquele fogo, aquela coisa, eu digo que foi isso. (M6, 11, 37)

O CÂNCER É UM PROCESSO NATURAL

A categoria “O câncer é um processo natural” foi colocada por três mulheres que acreditavam que o câncer de colo de útero era uma doença que em algum momento da vida da mulheres poderia se manifestar e definida por meio das ideias centrais: *Acredita que não teve causa o câncer porque nunca ficou doente; O câncer é um processo natural que todos têm; e Ninguém orientou sobre a causa do câncer, mas acredita que todas as doenças levam ao câncer de colo do útero*, e apresentada no discurso a seguir.

Ninguém me falou, mas também porque eu não perguntei, você escuta as pessoas falando: câncer de colo uterino não tem uma causa. Eu acho que, de repente, tinha uma coisa quieta, num lugar dormindo e acordou porque eu não sentia nada, uma dor, louvado seja Deus, eu não sou uma pessoa doente. Eu nunca fui uma pessoa de ter febre, ter dor, a não ser uma dor de cabeça. Agora sim, de vez em quando, a cabeça doe e antes não tinha nada disso. Eu acho que todas as doenças podem levar ao câncer, pode ser coisa da minha cabeça, sei que tem doenças que vêm do nada, brota aí o vírus e nasce, acho que todas as mulheres têm câncer. (M12, 22, 38)

ABORTAMENTO PROVOCADO

Em um depoimento, a mulher afirmou que havia provocado quatro abortos e atribuiu que o câncer foi devido a essa prática. A ideia central que permitiu elaborar o discurso foi: *Associa o câncer aos abortos provocados durante sua vida.*

Eu acho que foi o aborto que eu fiz, que eu provoquei. Eu tive quatro abortos que eu provoquei porque eu estava sozinha, sem marido. Eu tomei remédio para abortar, foi uma mulher que temperou o remédio para mim, ela temperou e eu fui tomando e eu apliquei um remédio do laboratório na vagina, eu mesma apliquei por baixo para abortar e eu não consegui. Meus abortos são antigos, demorou a aparecer isso, minha filha já vai fazer 28 anos e o guri vai fazer 18 anos, são abortos quando eu tinha uns 20 e pouquinhos, uns 17 anos, aí, depois do remédio, eu tinha sangramentos e em um desses eu fui parar no hospital. (M24)

Na Tabela 5 podem-se observar as mudanças percebidas pelas mulheres após receberem o diagnóstico de câncer de colo do útero. Durante o questionamento das entrevistadas destacou-se principalmente as mudanças relacionadas ao seu trabalho, família, amigos e sexualidade. Esta temática foi composta pelas respostas das 38 mulheres participantes deste estudo, por 14 categorias e 102 ideias centrais. Os dados estão também apresentados por meio das frequências relativas das ideias e das entrevistadas.

Tabela 5 - As mudanças percebidas pelas mulheres (n=38) após diagnóstico de câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

CATEGORIZAÇÃO	N	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
Não percebeu mudanças	13	12,7%	34,2%
Maternidade, mudanças corporais e sexualidade	13	12,7%	34,2%
Comorbidades associadas ao câncer de colo do útero	11	10,8%	28,9%
Medo da morte e fragilidade pessoal	9	8,8%	23,7%
Dificuldade e interrupção da atividade profissional	9	8,8%	23,7%
Apoio e preocupação da família e amigos	7	6,9%	18,4%
Fé e crença em Deus	7	6,9%	18,4%
Reabilitação física, emocional e pessoal	7	6,9%	18,4%
Distanciamento da família e amigos	6	5,9%	15,8%
Cuidado e atenção à saúde	5	4,9%	13,2%
Projetos futuros	4	3,9%	10,5%
Aceitação da doença	4	3,9%	10,5%
Valorização à vida e família	4	3,9%	10,5%
Felicidade e Solidariedade	3	2,9%	7,9%
TOTAL DE IDEIAS	102		

Foi possível observar que a maioria não notou nenhuma mudança na sua vida após o diagnóstico do câncer. Contudo, percebeu-se também que uma boa parte das mulheres, após ter sua vida ameaçada pela doença, passou a repensar e apreciar alguns conceitos, valores, crenças, temores e desejos. Ainda, apesar da descoberta do câncer ter acontecido precocemente na maioria das mulheres, grande parte relatou ter ocorrido mudanças na sua vida conjugal e após o diagnóstico apresentar outras comorbidades associadas ao câncer de colo do útero.

Outro aspecto que merece destaque é a importância da família e amigos e seu papel desde o diagnóstico até a fase de reabilitação destas mulheres. Os depoimentos mostraram que o apoio, preocupação ou distanciamento dos entes queridos foi fundamental

para o enfrentamento da doença. Além disso, que tal comportamento ajudou as mulheres enfrentarem o sofrimento presente durante o processo de adoecimento.

A crença em Deus das mulheres e familiares não apenas fez parte da reabilitação e auxiliou no enfrentamento e aceitação da doença, bem como, contribuiu no resgate da felicidade e solidariedade das entrevistadas. Ainda, estimulou a cuidarem mais de sua saúde e estabelecerem projetos a serem realizados futuramente.

NÃO PERCEBEU MUDANÇAS

Nesta categoria, 13 mulheres relataram não haver percebido consideráveis mudanças na sua vida conjugal, sexual, familiar, amizade e laboral. O DSC a seguir foi elaborado com trechos dos depoimentos destas mulheres e teve como ideias centrais: *Não apresentou mudança; Não apresentou mudanças no trabalho, amigos e família; Não mudou nada após o câncer; Não mudou, continua com suas atividades apenas fazendo mais devagar; Não notou mudança na família, trabalho e amigos; Não percebeu mudança no relacionamento conjugal e familiar; Não sabe dizer se houve mudança da sexualidade; Não teve mudanças; e Não teve mudanças no trabalho.*

Continuei minha vida, não mudou nada assim na minha rotina depois da doença, fazendo tudo que eu fazia, mas lento, mas fazendo, graças a Deus. Eu sou a mãe, a avó, eu que criei, tenho a minha mãe também que eu preciso dar atenção, então sou eu que sou a mãe e por isso eu me mantive firme. Não mudou nada, está tudo normal. Até na época que foi para eu fazer a cirurgia, o professor pediu para mim, se eu não queria passar por um psicólogo e eu não precisei, porque eu encarei normalmente. Depois que retirou meu útero, não percebi nenhuma mudança na minha vida, sempre a mesma coisa. Quanto ao meu trabalho, na minha família, amigos e companheiro continuou a mesma coisa, ficou tudo bem, foi tranquilo. Eu fiz a cirurgia, meu companheiro falou para fazer, já que estava no início, se tem que fazer, tem que fazer e ainda não tive relação, então não sei se mudou isso. A única coisa que eu conversei com meu marido depois que eu operei foi que eu não posso mais lhe dar um filho, eu fui operada, se você quiser arrumar outra mulher para você construir uma família você pode arrumar porque eu não posso mais ter filho e ele falou para mim: “não tem importância, eu fui morar com você porque eu

gostei, filho para mim eu não quero, você tem e está bom demais”. Não teve discussão e não teve nada dentro da minha casa. Eu fui sincera, eu não escondi nada. Eu parei assim de trabalhar, porque eu trabalhava de faxina e quando eu operei a senhora falou para mim: “você pode ficar na sua casa o tempo que você precisar, você não venha trabalhar que você precisa de repouso e o dia que o médico te dar alta, a porta da minha casa está aberta para você trabalhar comigo de novo”. (M1, 2, 3, 4, 8, 15, 20, 25, 26, 31, 32, 33, 38)

MATERNIDADE, MUDANÇAS CORPORAIS E SEXUALIDADE

A categoria maternidade, mudanças corporais e sexualidade permitiu que fossem elaborados dois DSC. O primeiro ocasionando mudanças significativas na sexualidade e o segundo ressaltando mudanças mais consensuais.

O relato de sete mulheres permitiu observar que após o diagnóstico de câncer de colo do útero houve significativas mudanças na vida conjugal. As mulheres demonstraram medo de se relacionarem com seus companheiros devido dor, perda da libido e alterações no seu corpo. As ideias centrais presentes nesta categoria foram: *Após o câncer houve mudanças no casamento, relação com os filhos e as pessoas; Após tratamento para o câncer diminuiu a libido, mas o relacionamento conjugal melhorou; Não aceitou as mudanças corporais e o interesse sexual diminui para mulher; Não consegue se relacionar com o marido por medo de sentir dor; O câncer afetou a vida sexual do casal; e Para o marido o câncer foi um fator que impossibilitou ter outros filhos fazendo o casal pensar em adoção* e o DSC está descrito na continuação.

Para minha família foi um caos essa tentativa de estacionar a doença. Parece que foi assim uma tempestade que passou, muda os filhos, muda as pessoas. Meu futuro marido chorou muito, ele queria ter um filho e não sei se eu consigo ainda engravidar. Ele tem dois filhos já, só que de quando ele era menino, então não participou, então eles não ligam muito para ele. Então hoje, a gente já pensou, depois que passar tudo isso, em adotar um, vamos esperar passar essa fase. Ele tinha o vício da bebida e daí ficou pior e depois que fiz todos os exames e eu estava bem, a gente conseguiu fazer um acordo, depois de conversar bastante, e hoje ele não bebe mais já faz dois anos e daí, o que acontece, esse lado meu, ele já entende porque eu sinto dor

quando vou ter relação porque a braquiterapia fecha a vagina, eu já não tenho mais menstruação já faz dois anos, então a vagina já fica mais seca, então depois já ficou tudo mais complicado, mas ele interpretou bem, na verdade no começo eu não conseguia entender o que estava acontecendo com ele, mas agora ele está bom, acho que ele refletiu e fez um balanço de tudo. A vida da gente muda bastante, muda o casamento, no relacionamento com o marido eu achei que diminuiu bastante o apetite sexual, já não é mais a mesma coisa após tratamento, é uma dificuldade, mudou para pior. Primeiro a gente era mais ansioso, tinha mais relação, agora não temos mais, quase nós não fazemos nada, então hoje a gente vive, mas são poucas as relações sexuais que nós temos e geralmente sempre com medo, com dorzinha, não é a mesma coisa de jeito nenhum. Eu tenho até medo porque cada vez que nós temos relação sangra um pouco, tenho medo de sentir dor, de voltar essa doença, sofri muito com o tratamento, eu tenho que usar algum lubrificante. Agora em relação ao meu relacionamento com ele está ótimo porque ele está mais amoroso, a gente tem outra visão, tem mais companheirismo, então está muito bom, disso eu não posso me queixar. O diagnóstico foi em 90 e até hoje eu não aceito as mudanças no corpo, o interesse sexual perde, diminui bastante. (M10, 11, 16, 18, 23, 29, 31)

Outro DSC pôde ser elaborado ainda na categoria maternidade, mudanças corporais e sexualidade e está descrita por meio do depoimento de seis mulheres. Nesta apresenta-se o câncer de colo do útero como responsável pelo casal não ter mais relação sexual, separação conjugal e desinteresse em buscar novo companheiro. As ideias centrais são: *A partir do diagnóstico do câncer optou por não se relacionar mais com o cônjuge atribuindo que a culpa pela doença foi devido o marido forçar a ter relação com ele mesmo não estando disposta; Após a colostomia que ocorreu por complicação do câncer não quis mais se relacionar com ninguém; O câncer fez com que decidisse não se relacionar com mais ninguém; O câncer foi responsável pelo desinteresse e término da vida sexual; O câncer interferiu na atividade sexual; e O câncer levou a separação conjugal e dificuldade de se relacionar novamente com outra pessoa e a seguir encontra-se o DSC correspondente a essa categoria.*

Mudou porque depois que a médica me deu o exame, eu cheguei para ele e falei: “a partir de agora nós vamos viver como dois irmãos, você me arreventou, eu estou com começo de câncer, vou tirar o útero e se você quiser procurar outra mulher você é livre, apenas não deixe eu ver e não traz na minha casa”. Aí ele disse: “não, não, eu peço perdão e outra coisa, você é boa e eu vou continuar com você até o fim”. Aí de lá para cá melhorou um pouco porque daí ele foi entendendo porque daí ele achava que eu tinha que estar livre para ele. Aí eu falei para ele: “por dentro eu não sou de ferro, eu sou tipo uma bolinha de neve, conforme aquilo vai furando, a bolinha vai abaixando”. Daí eu mostrei para ele a foto de como estava meu útero e ele viu que meu útero estava todo furadinho, parecia uma laranja. Daí eu falei: “quando eu dizia para você que eu não podia” porque tinha vezes que eu enganava ele dizendo que estava menstruada, para mim não dá porque eu não tinha prazer, foi acabando o meu prazer, eu fazia aquilo como mais uma tarefa de serviço da dona de casa e ele não entendia e achava que não, que na hora que chegasse eu tinha que estar disposta, que mulher deita e tem que estar disposta. Aí depois que eu disse para ele, na cirurgia ele foi me acompanhar, daí que foi cair a ficha e que ele veio entender. Depois disso não tive nunca mais relação sexual, não tive mais condições de ter relação sexual, fiquei muito ressecada, não dá para aguentar. Eu não tenho mais prazer sexualmente porque depois que eu descobri todos esses problemas e antes eu sofri muito com relacionamento. Eu me separei porque a minha vida sexual não foi mais a mesma, mudou bastante, para ele está normal, ele não importa se está bom para mim e eu acredito que tenha sido por causa da braquiterapia porque ali teve uma sequela, tive a colostomia. Hoje eu sinto que não sou mais uma mulher normal por conta disso. Eu fiquei um pouco frustrada com tudo isso e hoje eu me vejo assim que eu não sou uma mulher normal, que se eu tenho algum contato com uma pessoa, eu tenho medo e desde que tudo aconteceu eu acredito que não vai ser mais normal a questão da sexualidade. A minha separação foi também porque eu não conseguia ter mais relação sexual, já havia algumas coisas e

juntou tudo isso e já não, faz quatro anos e está indo para cinco anos que estou separada. Depois que eu fiz a braquiterapia eu sentia muitas dores e aí ficou difícil manter o meu relacionamento. A minha separação aconteceu durante o tratamento, antes até da cirurgia. Depois eu tive um outro relacionamento, tive uma pessoa depois disso daí, tive um relacionamento que tive contato sexual, mas não é normal, eu não aceito mais, a pessoa até aceita, mas eu não aceito, eu conheço o meu corpo, eu sei que não sou mais a mesma pessoa. Todos os relacionamentos eu vejo uma pessoa interessante que acho que poderia dar certo. Eu tive dois relacionamentos, o primeiro terminou por causa disso e o segundo estou terminando por causa disso e não por causa da pessoa por mim mesmo, pois eu sinto assim: eu não sou mais aquela mulher ativa sexualmente que eu era, então perdi uma boa parte, uma parte importante do ser humano. Depois que separei nunca mais procurei ninguém, não quis saber mais, eu não quero ninguém. Eu estou sozinha e não procuro, eu não tenho prazer, eu prefiro ficar como eu sou porque eu estou ganhando vida com Deus e com minha saúde. (M5, 14, 21, 22, 36, 37)

COMORBIDADES ASSOCIADAS AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Nesta categoria 11 mulheres relataram que após o diagnóstico de câncer de colo do útero, outras comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, alergia, alterações intestinais, depressão, obesidade, dor e alteração de humor passaram a incomodá-las. Estes aspectos estão evidenciados nas seguintes ideias centrais: *Acredita que a doença pode ter sido responsável por desencadear outras doenças; Após a descoberta da doença ficou hipertensa e mais lenta para realizar as atividades; Após o câncer devido complicações da radioterapia fez colostomia e no momento apresenta uma hérnia que a deixa revoltada de saber que foram complicações do câncer; Após o câncer não apresenta mais sangramento, mas sente muito calor na genitália; Após o câncer sente muita dor no corpo; Após o câncer teve depressão, alergia e diarreia crônica devido sequela da radioterapia; Começou a ter alergia; Está mais obesa e tem dor; O câncer levou a várias complicações de saúde; O câncer prejudicou o estado emocional e levou à mudança de humor; Teve complicações renais e está fazendo uso de medicamentos devido infecção nos ossos e dores nos membros inferiores e fazem parte do DSC adiante.*

Depois que descobri que estava com câncer, eu mudei, mudou em tudo. Tive pressão alta, hoje eu tenho muita dor no corpo, sinto dores nas pernas que eu não aguento andar nada, nas costas, no ombro, peito e agora eu estou tomando uma injeção para os ossos para desinflamar porque eu tive uma infecção nos ossos e as pernas vão ficando fracas, eu não aguento, meus filhos falam que é porque eu fiquei com isso na cabeça, mas não é, eu tenho muita dor mesmo. Eu faço tratamento da alergia, eu peguei essa alergia tem oito anos, porque depois também do câncer começou dar um tipo de alergia que o médico falou que geralmente é por causa da braquiterapia, então minha perna ficou muito alérgica e dependendo da roupa eu não posso usar porque é quente e me dá um tipo de um furúnculo, furunculose, por causa da doença a pessoa fica com baixa imunidade, seu organismo fica frágil e veio ocasionar essa irritação na pele. Na radioterapia, eu tive um problema no intestino, pelo que me falaram colou o intestino, o intestino dobrou e colou, aí eu sofri muito, sofri horrores, tive que fazer a colostomia e fiquei com uma sequela, a diarreia, então eu tenho diarreia constante, constante mesmo. Agora eu estou com uma hérnia enorme deste lado que foi a primeira colostomia e estou esperando porque já foram feitos todos os exames para reversão, pois faz dois anos que estou com a colostomia e já fiz todos os exames para reverter, já tive a consulta no Bloco, lá na gastrocirurgia, e o médico me falou que ia me internar e fazer as duas cirurgias: reverter a bolsa e retirar a hérnia. Estou aguardando. Tem dia que eu não suporto a dor da hérnia. A bolsa no começo é muito constrangedora, foi terrível, no começo você não podia olhar, se você olhasse direto na minha bolsa, na minha barriga, eu já começava a chorar, depois a gente vai se acostumando, apesar de que é difícil até hoje, tem dia que dá uma revolta, que eu estou desanimada, não gosto que fale comigo, gosto de ficar quieta, sem conversar com ninguém, eu estou irritada, só faço o necessário e o resto fica. Eu estou em depressão, já tinha um pouco antes do câncer, tomo Diazepan que o médico passou. Estou também com umas bolhas no fígado, eu sinto ânsia de vômito, às vezes eu sinto dor. Eu comecei ter problema de

rim e lúpus, acho que o mais afetado foi o meu rim que fiquei sete meses com uma sonda e agora eu tirei, estou sem bolsa e também estava caindo o cabelo, agora não está mais porque fiz aplicação. Meu corpo, depois que tirei o útero, acho que engordei um pouco, dói a minha barriga aqui embaixo ainda, não sei se são os ovários que ficaram sozinhos e parou o sangramento, a única coisa que eu sinto depois disso é um calorão que eu tenho por baixo que é igual à menopausa, um calorão na minha vagina. Só que quando eu estava com sangramento eu não tinha calorão. Ainda, como eu tenho tireoide, eu faço é muito devagar, então às vezes eu falo: a preguiça é da tireoide, eu ponho tudo nas costas da tireoide porque uns falam: aí tem uma tireoide que deixa a pessoa agitada, tem uma tireoide que deixa a pessoa lenta, então a minha é a tal da lenta. Não tinha nada disso antes, isso mudou depois da doença, no meu estado de saúde fiquei pior. Eu não estou conseguindo nem trabalhar porque depois que você tem câncer tudo pega em você. (M1, 5, 6, 10, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 34)

MEDO DA MORTE E FRAGILIDADE PESSOAL

O medo da morte foi o sentimento predominante em nove mulheres e duas destas além de descobrirem que estavam com câncer, também foram diagnosticadas com HIV. O medo de morrer e deixar os filhos e do tratamento foi ameaçador. As ideias centrais descrevem os sentimentos envolvidos nesta categoria: *A certeza da morte fica evidente no diagnóstico de câncer; A doença afeta a vontade de viver; A princípio teve dúvida se ia morrer ou não, mas durante o tratamento não teve efeitos colaterais; A vida parou e durante o tratamento descobriu que era HIV positivo e havia sido contaminada pelo marido; Achou que ia morrer e que não tinha cura a doença e precisou de psicólogo para oferecer suporte; Após o diagnóstico chora com facilidade e pensa nos filhos; O câncer a deixou apreensiva, com medo da morte e não ver a filha crescer; O câncer trouxe medo da morte e a descoberta que era HIV positiva; e Sentiu-se inútil e perdeu o respeito dos filhos e o DSC a seguir:*

Olha, eu fiquei tão apavorada, eu parei com tudo, minha vida acabou porque eu fiquei 45 dias internada aqui [HC/UNESP] e devido esse tratamento para câncer, descobriram que eu estava com HIV, aí eu entrei em tratamento para o HIV e fiz a cirurgia do pré-câncer. Eu já

estava muito fraca, estava fraca demais, mas quando eu vim para cá eu não sabia que tinha o vírus. Eu estava viúva há um ano e antes do meu ex-marido morrer, ele falou para mim que ele tinha, mas eu achei que era brincadeira porque ele era um homem forte, não demonstrava nada. Nós vivemos juntos por 12 anos e ele me contou apenas pouco antes de morrer, porque quando estávamos juntos nunca me falou e também nunca usamos preservativo. Agora eu tenho medo, eu creio que eu quero viver mais e essas doenças, elas são muito agressivas, eu não morri por um milagre, cheguei ao pronto-socorro com hemorragia e descobri que estava com HIV positivo. Aí, eu pedia tanto para Deus. Eu sentava no consultório do médico e falava: “Ó meu Deus, eu tenho uma filha pequena”. Eu conversava com o médico e falava que tinha uma filha pequena e tinha tanto medo de morrer e deixar minha filha nas mãos dos outros. Eu não queria que acontecesse isso comigo. Ele falava: “Não é assim, você vai se tratar, tem tratamento”, mas eu ficava apavorada sim. Ninguém sabia na minha casa, eu não contei para ninguém. Depois que eu operei, depois de quatro anos que eu fui falar o problema que eu sentia, guardei para mim aquele segredo. Agora eu estou bem, só fico triste quando eu falo. Eu tenho meus filhos e os considero maravilhosos. Meu ex-marido nunca ajudou, eu criei meus filhos sozinha. Então, com tudo isso tem dia que eu não aguento. Eu fiquei mais inútil em casa, parece que sem voz ativa com os filhos, eu não sei se eles pararam de me respeitar ou se eu fiquei fraca demais, eu que fiquei inútil. Achei que a gente vai envelhecendo e as coisas vão surgindo, é isso. Para morrer a gente precisa ter alguma coisa, então a gente vai tendo. Eu não gostaria de morrer, mas não tem como fugir, isso é certo para todo mundo. Minha vida mudou em tudo. Eu achei que ia morrer, depois passei pela psicóloga porque você passa por tudo aqui. Eu achava que não ia ter cura, mas aí eles me operaram. Eu durei seis meses no meu tratamento para depois eles me operarem. Eu tive que fazer a radioterapia, eu fiz 25 sessões de radioterapia e quatro braquiterapia. No fundo, eu pensava: “Será que eu vou embora, será que eu vou ficar?”, eu não tinha meta, na verdade eu

estava muito desiludida da vida, mas agora que eu sarei do câncer, parece até que eu não fiquei doente. Quando eu estava doente eu colocava assim na minha cabeça: “Eu não estou doente”, se meu cabelo não tivesse caído, ninguém falava que você estava doente, porque eu perdi três quilos e em dois meses eu recuperei os três quilos de novo. (M8, 10, 13, 15, 19, 22, 23, 34, 35).

DIFICULDADE E INTERRUÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

No relato de nove mulheres ficou evidente que, após a doença, a dificuldade para trabalhar e a falta de oportunidade no mercado de trabalho as levaram a enfrentar dificuldades financeiras. As ideias centrais que demonstram este fato são: *Após descobrir o câncer foi mandada embora e está com dificuldades financeiras, parou de trabalhar; Após o câncer está com dificuldades financeiras, dor e não consegui trabalhar; Após o câncer parou de trabalhar e aposentou; Após o câncer tem dificuldade para arrumar emprego; Está com dificuldade para trabalhar devido sentir dor; Não consegui mais trabalhar porque não é mais capaz de fazer serviço pesado; Parou de trabalhar; Parou de trabalhar devido às complicações relacionadas à quimioterapia; e Perdeu o emprego e segue o DSC:*

Mudou muita coisa na minha vida porque eu precisei parar de trabalhar, perdi meu emprego e eu sempre trabalhei. Minha patroa me dispensou, porque geralmente você não pode dispensar o empregado, mas quando ela ficou sabendo que estava doente mandou embora porque as pessoas tem dificuldade com isso. Antes a gente não sabia então a gente se esforçava, tinha que trabalhar, sustentar os filhos. Hoje eu não sou capaz de fazer mais nada daquilo que eu fiz, eu fiquei com uma sequela na mão, de dormência por causa da quimioterapia, então como é que eu vou costurar com a mão dormente, não posso costurar por causa disso, não tem serviço para mulher. A pior coisa foi parar de trabalhar, porque você é ativa, eu trabalhava das sete às sete da noite. Então, no começo foi difícil, eu fiquei assim meio traumatizada com esse negócio, que daí eu não arrumo serviço. Agora estou com dificuldades financeiras, está difícil. Já fui orientada a procurar a assistente social e fiquei encostada dois anos, está meio difícil o serviço, agora eu trabalho de doméstica em uma casa e antigamente não era difícil, mas agora dói a minha

barriga, eu não aguento, quando eu forço muito no final da tarde eu não aguento de dor. Às vezes eu fico pensando eu não sei se foi sorte ou azar descobrir isso que eu tinha porque pelo menos antes eu não sabia o que eu tinha, mas eu trabalhava, eu tinha o meu dinheiro, eu não tinha dor, agora tenho dor e não consigo trabalhar. Por isso que eu falo, os médicos da oncologia eles falam que não é do tratamento a dor, mas, tipo assim, você não tem nada, você está andando e se você cai e você começar a sentir dor, alguma coisa aconteceu porque se não você ia ter dor, e é meu problema, eu sinto dor no corpo inteiro mesmo sem esforço, ninguém mais dá serviço para mim, parece que todo mundo olha para gente com dó. Eu não estou trabalhando mais mesmo porque nem de doméstica eu não aguento mais trabalhar e o pedido de auxílio doença ainda está na justiça. (M1, 6, 10, 13, 19, 26, 27, 34, 35)

APOIO E PREOCUPAÇÃO DA FAMÍLIA E AMIGOS

Nesta categoria evidencia-se que o apoio e presença dos familiares e amigos foram fundamentais para o enfrentamento e superação do diagnóstico de câncer. Estes relatos estiveram presentes no depoimento de sete mulheres e tiveram como ideias centrais: *A família e amigos ficaram mais presentes, unidos e próximos; A família retribuiu os cuidados e apoio e isso fez superar o câncer; A família se aproximou, auxiliou durante o tratamento e ajudou a acreditar na cura; Houve mudança na família que ficou preocupada com a doença; Melhorou o relacionamento com a família; e O apoio do companheiro e a aproximação dos amigos foram muito importantes durante o diagnóstico e tratamento e deu origem ao DSC a seguir:*

Eu mudei muito o meu modo de pensar, dei mais valor para minha família, vi que a família ficou mais unida por minha causa, ficaram preocupados demais, pelo contrário, eu pensei “eu não posso cair porque tem outras que estão caindo ao invés de mim”, eu queria acudir os outros, minha família ficou mais desesperada que eu e eu consegui manter o astral. A minha família se aproximou mais, eles foram muito presentes, mudou para melhor, o amor cresceu porque havia umas pessoas que estavam meio afastadas e se aproximaram. Meu ex-marido mesmo, me trazia para fazer radioterapia todo o dia, coisa que a gente não olhava um na cara do outro. Depois disso,

minha relação com ele não mudou, ele foi bem compreensível, sempre vivi sozinha e claro que a presença do companheiro é muito boa, talvez se eu estivesse sozinha, só eu e meus filhos não teríamos uma força ali. Os filhos, minhas filhas, eu não tenho o que reclamar, eles ajudam, mas eles não sabem muito como te dar força. Minha mãe morava em Itatinga, eu morava aqui [em Botucatu], eu ia sempre assim, uma vez por mês, lá e eu comecei a ir mais, comecei dar mais valor para família. Se minha mãe liga, mesmo da cama e precisa de alguma coisa dali eu faço tudo para ela enquanto eu puder eu vou fazer. Os irmãos chegaram mais, quando fiquei doente meus irmãos retribuíram tudo ou o pouco que eu fiz por eles. Por exemplo, as vezes meu irmão chega e eu estou deitada e ele me chama para ir ao banco com ele, eu levanto e dali vou com ele mesmo se eu estiver com dor. Tenho uma neta que eu amo demais que tem quatro anos que Deus falou com ela, “O Jesus já curou a vó?”, ela olhou dentro do meu olho e falou assim: “Ainda não, mas ele vai”. Meus amigos ficaram mais perto e estão aumentando graças a Deus, só de falar eu fico emocionada, é nessa hora que você vê que você tem amigos que estão do seu lado, eu vi quem eram os meus amigos de verdade, porque de quando eu operei, eu entrei nove horas na sala de cirurgia, fui sair cinco horas da tarde e tenho até hoje bem umas dez pessoas junto da minha família, meus amigos, ficavam tudo na sala de espera, vinham me visitar todo dia, se preocupavam comigo. Eu achei que aproximou mais, todo mundo. Nessa parte, para mim, até que ajudou, então eu acho que isso me ajudou muito a vencer o câncer, a vencer a minha vida atribulada. (M13, 14, 17, 30, 31, 32, 38)

FÉ E CRENÇA EM DEUS

A fé e crença em Deus estiveram presentes no depoimento de sete mulheres e foi fundamental para enfrentar a doença desde o diagnóstico até sua reabilitação. As ideias que fizeram parte desta categoria foram: *A cura do câncer foi uma surpresa para família que não acreditava em Deus e na possibilidade da cura; A doença fez com que procurasse vivenciar uma religião; A fé fortaleceu; Após o câncer passou a trabalhar mais e fortalecer a fé; Após o diagnóstico passou a fazer suas orações em casa; Não mudou e nem se desesperou porque*

crê em Deus e na sua cura; e O câncer fortaleceu a fé e a busca pela salvação e após foi preparado o seguinte DSC:

Não me desesperei porque eu acredito muito em Deus, a única coisa que eu não desisti foi da minha fé, de Deus, de querer minha salvação. Tem um Deus que eu creio, que olha por mim, eu estou na mão de Deus. O médico falou que eu tinha que fazer quimioterapia, que eu tinha que fazer radioterapia, tinha que fazer braquiterapia, eu falei que eu vou fazer a minha parte, mas então eu creio que o senhor vai fazer a do senhor. Então eu também coloquei a minha fé em prática, acho que isso me ajudou muito e todo dia também eu agradecia a Deus pela minha cura, eu falava assim: “Senhor, eu sei que eu não estou curada, mas eu sei que o senhor vai me curar e desde já eu agradeço pela minha cura”. Eu assisto muito programa pela televisão, programa de oração, falo com Deus da minha casa já que eu não posso ir porque minhas pernas são fracas, não posso andar sozinha. A minha família ficou de boca aberta, eles não acreditam, então eu tenho que levar uma folha daqui declarada para eles verem, eles não acreditam, eles não acreditam em Deus, eles falam que isso aí não tem cura, que isso mata, isso não tem cura, eles falam que o câncer mata, câncer não tem cura. Se falar para um deles que está com câncer acho que morre antes de ir ao médico porque eles não confiam em Deus e a gente tem que confiar em Deus, fui fazer meu voto com Deus. Falei: “Deus, ou senhor me cura ou me mata, ficar assim eu não aceito”. Ficar com problema, tomar remédio, eu não tenho dinheiro para comprar remédio. Se bem que eu não passava nada, eles não falavam que eu tinha câncer e não me deram nada, não passava nada aqui, a partir daí meu remédio era Jesus, a minha fé porque quando eu orava eu falava para Deus: “Deus o que eu tiver, senhor vai curar porque eu não aceito, eu não nasci assim, não nasci, não nasci para morrer despedaçada” e graças a Deus, Deus me respondeu, eu creio que eu não tenho mais nada e o que mais importa para mim é isso. Depois de todo esse ocorrido, eu sou evangélica agora, tenho uma religião, eu sempre acreditei em Deus assim, mas antes eu não tinha religião, meu marido ia e eu

ficava em casa, era o contrário, como eu bebia, então minha casa vivia cheia. A fé faz a gente dar a volta, então eu acho que isso foi o mais importante. Eu sempre tive um Deus na minha vida, que está sempre na frente, eu nunca estou desamparada. A fé me ajudou demais. Eu tenho certeza que a fé me ajudou muito. Então, eu me joguei mais no trabalho e na minha fé. (M4, 5, 7, 13, 16, 32, 34)

REABILITAÇÃO FÍSICA, EMOCIONAL E PESSOAL

Participaram desta categoria sete mulheres que após a doença tornaram-se pessoas mais tranquilas, comunicativas, sem queixas físicas, ficaram mais humildes, calmas e motivadas a buscarem um companheiro e retomarem a vida profissional. O DSC foi elaborado e apresentado a seguir por meio das ideias centrais: *A doença a deixou mais tranquila e comunicativa; Após o tratamento e histerectomia não sentiu mais dor e inchaço abdominal; O câncer a transformou em uma pessoa mais humilde; Percebeu que está mais calma e que diminuiu o sangramento e as dores; Ficou uma pessoa melhor, pois antes era mal humorada e estressada; Após a cura do câncer casou-se novamente; e Retornou ao trabalho.*

Depois que comecei fazer o tratamento para as manchinhas [câncer] mudou muita coisa na minha vida, foi tirado o útero e acabou a dor, daí não doía mais e minha barriga também inchava, vivia inchada, daí acabou tudo. Olha, quando eu abaixava, vinha para cima, lavar roupa, quando eu lavava roupa, nossa... inchava a barriga, ficava alguns dias doendo, nossa... não podia nem relar a mão que doía, eu comecei a sentir menos o susto do sangramento, as dores também que eu tinha, agora diz que a dor é sequela que fica, mas melhorou bem. Mudou bastante minha vida depois do câncer, minha vida ficou mais calma, sossegada, antes eu era agitada porque via aquele sangramento, ficava assustada, não sabia o que era e até com o tratamento dos filhos fiquei mais calma, antes eu era muito nervosa por ter o pai que não valia nada na casa, separação do meu marido me ajudou muito porque eu fiquei mais calma sozinha só com os filhos para cuidar, então melhorou bem. Agora, graças a Deus eu lavo roupa, faço tudo, carrego peso também e voltei a trabalhar semana passada. Depois da doença eu já fiz algumas coisas que nunca tinha feito, agora estou tranquila, estou mais viva, casei de novo e Deus e

ele [marido]me deram uma vida que eu nunca tive. Depois, tiro mais tempo para sair e bater papo com os outros, penso em me comunicar mais com os outros, aproveitar as amizades. Fiquei uma pessoa melhor, porque eu era muito mal humorada, estressada, nada estava bom, não gostava de sair na rua, agora não, eu saio e converso mais, a gente brinca, eu pensei e descobri que eu tenho que viver melhor. Achei que eu ia morrer então é uma chance para eu mudar, aí eu mudei, melhorei, então eu mudei bem. Eu gostava mesmo de frequentar festa da elite, eu sempre era convidada, como eu era cabelereira eu ia à chácara do Daniel, jantar beneficente dos grã-finos, eu gostava dessas coisas. Eu não gostava muito de pobre, pensava assim e eu sei que é errado, hoje eu não penso assim, hoje eu penso totalmente diferente, eu trabalho, deixei de ser cabelereira para ser costureira. E, quando eu conheci meu marido, eu jamais casaria com meu marido se fosse para pensar assim antes, ele é muito simples. Só que o padrão de vida que eu tenho hoje é muito melhor que o que eu tinha antes, tipo assim, não tenho muito dinheiro, entendeu? Então eu sou mais feliz agora do que antes, que dinheiro não traz felicidade, eu não preciso de luxo, eu acho que assim, uma simplicidade, minha casa não é chique, minha casa é simples, mas é limpinha, o que eu quero, compro, o que eu quero comer, eu como, hoje mesmo eu vim no caminho falando para o meu marido que tem um conhecido nosso que a mulher dele estava contando as moedinhas para comprar pão e de repente comprou um carrão. Eu falei assim: “para que isso?”, falei para o meu marido. Não é melhor andar a pé para comer bem? Para que isso? Ainda comentei com a minha irmã, minha sobrinha, minha irmã comprou um carrão, não é um carrão, um C3, quando minha sobrinha estava estudando e fica reclamando que tem que pagar. Por que não comprou um Fusca? Um Uno? Por quê? Então falei que você não precisa disso, você tem um carro, carro hoje em dia é necessidade, agora quero comer uma coisa, vou lá ao mercado, aí eu vou lá comprar e compro, não tem assim: “Aí meu Deus, eu não tenho dinheiro”, tem que saber. E a gente passa bem, eu e meu marido trabalhando, a gente passa bem. Porque o que a gente

quer comprar a gente compra, mas não precisa ser de uma casa chique, é porque faz duas semanas está caindo aos pedaços, mas está tudo arrumadinha. Aí eu falava, para as minhas amigas, eu falava: “não, agora eu quero casar com um viúvo”, que não vai cobrar filho de mim. Eu queria casar, não queria ficar sozinha, mulher nenhuma quer ficar sozinha. Está certo que casamento não é uma maravilha, que é matar um leão por dia. Eu estou lendo aquele livro “Casamento Blindado”, muito bom, lê um pouquinho por dia, lá ensina muita coisa. Casamento não é fácil. Bom, daí eu falava que eu quero casar com um viúvo, mas eu nunca imaginei que iria casar com o meu marido, que era viúvo. Aí, de repente, foi em dezembro, outubro, novembro de 2007 que eu falei que não vou mais ficar aqui, eu não queria voltar pra Itatinga, eu não queria andar pra traz, a vida anda pra frente, Itatinga é andar pra traz. De repente deu uma vontade assim de vender tudo e ir embora pra Itatinga. Aí eu fui embora pra Itatinga, trabalhava numa loja de material de construção, e lá conheci meu marido. Que tinha acabado de ficar viúvo. Eu sou mais feliz agora. Claro que a vida da gente tem uns altos e baixos, mas faz parte. (M3, 4, 6, 8, 12, 17, 29)

DISTANCIAMENTO DA FAMÍLIA E AMIGOS

Notou-se nesta categoria que o câncer ainda é um estigma para a sociedade, pois nos relatos de seis mulheres participantes deste estudo foi possível evidenciar que, ao revelarem o diagnóstico da doença, familiares e amigos se afastaram, seja por medo da doença ou como forma de defesa em caso de perda do familiar. As ideias centrais que sustentaram esta categoria foram: *Os amigos se afastaram após o diagnóstico de câncer; O câncer foi responsável pela separação conjugal; A família reagiu se afastando por medo da perda, teve dificuldade em conversar sobre a doença e ficou assustada com o diagnóstico; A família distanciou ao saber da doença; Atribui ao câncer uma benção de Deus e separação do marido; e A família não aceitou a doença e a rejeitou e isolou.* Tais ideias centrais permitiram elaborar o DSC:’

Eu tinha meu marido e basicamente eu era feliz, depois mudou tudo, totalmente tudo para o bom e para o ruim. Na época foi duro, ele me rejeitava, foi uma coisa horrível, o homem geralmente quer a

mulher com saúde, ele não quer uma mulher doente e foi o que aconteceu. Então, na época, a gente acabou até se separando, a doença levou minha separação, estou separada dele já faz trinta anos. Isso aí foi para mim uma benção de Deus porque eu consegui me livrar do meu marido, então é uma benção. Eu vejo o câncer como benção. Minha vida foi muito atribulada com meu marido, você nem pode imaginar a tristeza que eu passei com ele. Então, foi aí que eu desconfiei que ele deveria ter me traído porque como foi aparecer isso. Daí eu já separei dele e eu vivo a minha vida e ele vive a dele e nunca mais quis saber de ninguém porque ele foi um trauma na minha vida. Eu lutei sozinha, eu luto sozinha e ele ficou internado no psiquiátrico. Eu tive um acidente de ambulância e eu fazia salgadinho, eu fazia doce, eu faço bolacha, tudo isso acamada para sustentar a casa e sustentar ele que o salário dele não dava para sustentar porque ficava tudo no psiquiatra, então eu sustentava a casa, fazendo salgado e as coisas na cadeira de rodas. Meu marido nunca foi companheiro, nunca foi amigo, nunca foi companheiro como diz a minha cunhada, quando eu descobri, ele falou assim para ela: “nossa a Maria está com câncer” e ela falou assim: “faz trinta anos que ela tem câncer” e ele falou: “por quê?” e ela falou: “porque você é o maior câncer da vida dela”, porque ele sempre bebeu, ele sempre bateu em mim. Se fosse hoje seria diferente, mas agora, antes não porque naquele tempo, sabe quando você, não é atrasada, porque eu sempre fui independente, sabe assim, você tem medo do povo falar, você tem aquele “atrasamento” bobo que hoje eu não tenho mais. Hoje eu sou mais feliz que antes sem ele. Ainda, fui expulsa da casa do meu próprio pai, ele não aceitou e eu não tinha culpa de nada. Ele pensava que de eu sentar, de eu conversar, ele tinha uma chácara e ele vendia muita verdura, vinha muita gente, ele chegou falar: “eu não quero você aqui, porque eu vou perder os meus fregueses”. Meus filhos só teve uma que fez um quartinho nos fundos da casa dela e eu fiquei lá isolada. Minha filha entendeu mais, meu rapaz ficou meio afastado de mim, mas entendi assim que era meio com medo de perda, ele ficou meio afastado, ele queria vir conversar

comigo, ele não sabia como se expressar. Fui eu mesma que dei a notícia, eu cheguei e conversei com a minha mãe, minhas irmãs, eu falei que estou com isso e todo mundo ficou assustado, e eu falei que o que eu tenho que passar, ninguém vai passar por mim. Depois de todos esses problemas meus, a família se distanciou de mim infelizmente, minhas filhas descobriram que eu estava com esse problema eu vi que elas ficaram pior, a doença deixou elas, não sei se foi uma revolta que elas ficaram comigo, não sei porque eu não me considero santa, mas eu me considero uma mãe porque eu sempre cuidei delas com amor, com o maior amor da minha vida. Com meu marido ninguém ficou chateado. Depois de uns dois anos meus filhos começaram a conversar comigo, irmão que não queria que eu fosse à casa mais, agora, depois, porque eu fiquei muito feia, eu fiquei horrorosa, imagina uma pessoa com 30 quilogramas, eu fiquei parecendo uma menininha, agora graças a Deus estou bonitona, aí voltou ao normal, depois agora, faz dois anos que meu pai morreu, aí acabou com a chácara também, meus irmãos também, está normal, vão lá em casa e eu vou dormir na casa deles. Eu vivo sozinha, então eu vou dormir na casa deles, elas, minhas irmãs, vêm lá em casa está normal. Antes, como eu bebia, então minha casa vivia cheia, aí parei de beber, fumar, então as pessoas se afastaram de mim, mas daí eu ganhei outros da igreja. (M2, 7, 19, 22, 31, 32)

CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE

A doença levou as mulheres a repensarem sobre os cuidados a sua saúde e a preocupação com a saúde de seus familiares. Essas passaram a agendar com mais frequência consultas médicas e a qualquer alteração com seu estado de saúde procurar atendimento. O DSC foi elaborado com a participação de cinco mulheres e por meio das ideias centrais: *A descoberta da doença e retirada do útero diminuiu o sofrimento e ajudou a querer se cuidar; O câncer estimulou a se cuidar, fazer exames e procurar atendimento médico com mais frequência; O câncer fez com que pensasse em se cuidar mais e orientar os familiares de estarem mais atentos à saúde; O câncer levou a se cuidar mais, procurar atendimento médico com mais frequência; e Passou a ter mais cuidado.*

Depois que descobri o câncer eu fiquei neurótica, a gente começa e tem que se cuidar mais, me fez pensar mais em mim, deu mais prazer em querer me cuidar, não deixar, de ser uma outra mulher, então a gente está tendo mais cuidado neste momento que eu estou vivendo. Eu não tinha prazer para nada, minha vida era viver de forro vaginal, eu não podia fazer nada porque aquilo estava sempre escorrendo e aquela dor, só à base de remédio, então comecei a fazer mais exames, qualquer dor eu corro porque eu não era muito de médico assim, eu aguentava, mas depois eu fiquei neurótica de procurar mais o médico. Eu conversei muito com minhas irmãs também, porque minhas irmãs estavam descuidadas, daí eu falei: “Gente, cuide de vocês porque depois é duro”. Sempre morei longe da minha família, então agora faz 10 anos que estamos morando perto. Aí depois que a médica descobriu e que tirou, nossa eu não sei o que é sentir nada mais, senti assim uma melhora porque eu não aguentava mais, eu parei de sofrer. (M5, 11, 29, 31, 37)

PROJETOS FUTUROS

A categoria projetos futuros despertou em algumas mulheres o desejo de retomar os estudos, fazer planos a serem executados brevemente e resolver pendências. As ideias centrais foram compostas por quatro mulheres e são: *A doença foi responsável pela não aquisição de um bem material; O câncer fez pensar em planos futuros a serem realizados a curto ou longo prazo; Passou a trabalhar em casa e quer voltar a estudar; e Ter tido câncer fez pensar em voltar a estudar e realizar o sonho do marido de comprar uma propriedade; e descrito no DSC a seguir:*

Pensei no futuro, se é rápido, se eu achar que eu não vou viver muito, eu tinha dois caminhos a seguir: você faz agora, você planeja para agora, entra em ação agora ou deixa para depois, se eu tinha mais um pouco de tempo, eu deixo para depois. Se tivesse dito para mim que eu tinha seis meses, aí, eu ia querer resolver as coisas mais rápidas, a tempo, eu ia ter que acertar as minhas contas aqui. Eu pensei em voltar a estudar, em batalhar em outra coisa, tentar mudar. A única coisa agora, é que eu trabalho em casa e quero ver se eu volto a estudar, fazer faculdade eu não digo, mas quero ver se faço

um curso, eu gosto muito de mexer com cabelo, mas não cortar, fazer maquiagem, penteado, isso eu gosto. Então é isso que eu pretendo, mas não faculdade, não tenho mais vontade, eu já tive, mas agora não tenho vontade de voltar não, mas fazer um curso para eu trabalhar em casa porque não gosto de trabalhar para os outros, não gosto de trabalhar para outras pessoas e as pessoas ficarem no meu pé, quero trabalhar em casa, é mais “light”, mas o meu marido é agricultor, o sonho dele é ter uma chacinha e plantar, ele arrenda as terras, planta, vende para fora, então o sonho dele é esse. Estou esperando ver como que vai dar para fazer, então eu não sei muito bem ainda. Eu pensava também em comprar um carro, e quando eu fiquei doente eu não pensava mais. (M13, 30, 31, 33)

ACEITAÇÃO DA DOENÇA

A categoria aceitação da doença foi composta por quatro entrevistadas e permitiu identificar que a estratégia utilizada por essas mulheres foi enfrentar a doença mantendo-se calmas, alimentando-se bem, buscar o lazer, aceitar o tratamento e não infectar, por meio da relação sexual, seus companheiros. As ideias centrais foram: *Ficou nervosa a princípio, mas depois se acalmou; Não se entregou a doença, procurava se alimentar bem e passear; O diagnóstico de câncer a princípio abalou, mas depois passou a aceitar melhor o tratamento; e É importante não se desesperar por ter o HPV e HIV, apenas saber que não tem o direito de transmitir a outras pessoas* e após o DSC foi elaborado:

Antes do câncer eu já tinha depressão e continuo tratando, então a gente fica nervosa no momento e nos primeiros dias eu fiquei um pouco abalada, mas não adianta você ficar desesperada. A princípio, eu não me entreguei e, às vezes, passava mal porque você fica enjoada, mas eu procurava comer, eu colocava o lenço na minha cabeça e saía na rua. Eu falava todo dia para mim que não estou doente, não vou me entregar. Depois eu me conscientizei o que era e que era preciso fazer a cirurgia e fiz a cirurgia muito tranquila. Fui tentando ficar tranquila, mas não gosto de pessoas que podem afetar outra pessoa, destruir alguém como eu fui destruída, como o portador do HIV e HPV. (M13, 20, 22, 28)

VALORIZAÇÃO À VIDA E FAMÍLIA

A valorização da vida e família foi destacada por quatro mulheres deste estudo, cuidadoras dos membros da sua família. O DSC foi construído a partir das ideias centrais: *O câncer possibilitou maior valorização de si própria; O câncer despertou maior atenção à família; Após o câncer passou a dar mais valor a vida e a família; e O câncer ensina a dar mais valor a vida e diminuir a agitação da vida diária.*

Mudou sim, com certeza. Depois que a gente descobre que está com câncer, melhora como pessoa, dá mais valor para outras coisas, passei a me valorizar mais porque eu nunca liguei para mim, sempre estava correndo atrás dos filhos, do marido, sempre cuidei de todo mundo, mas eu mesmo... Às vezes, a gente corre muito no dia a dia, então a gente para um pouco mais, dá mais atenção para os filhos porque poderia ser pouco tempo que eu estaria com eles e aproveitar cada momento da minha vida. A visão da gente fica diferente em relação até ao valor da vida, das coisas pequenas, a família se tornou mais unida. (M7, 9, 14, 16)

FELICIDADE E SOLIDARIEDADE

A categoria “Felicidade e Solidariedade” foi constituída por três participantes e traz um aspecto positivo da doença, a busca da felicidade, a transformação em um indivíduo melhor físico e psicologicamente e a oportunidade de ajudar o próximo com sua vivência e após experienciar o câncer. As ideias centrais constataam estes aspectos e são: *A doença fez com que pensasse em mudar sua vida buscando ser feliz; O câncer a transformou em uma pessoa diferente, calma e melhor; e O câncer fez com que mudasse para melhor e pudesse ajudar outras pessoas com a mesma doença,* ainda o DSC elaborado:

Descobri que minha vida mudou, creio que eu mudei para melhor, eu pensei que preciso e vou mudar, refazer tudo, mudar meu plano e eu até perguntei: “quanto tempo eu tenho ainda?” porque eu não posso continuar a mesma pessoa. Hoje eu sou totalmente calma, já estou diferente, aprendi a perdoar, sou outra pessoa, sou mais calma, minha vida hoje é mil vezes melhor do que antes. Não sei se para os de fora, para as pessoas, se elas veem assim, mas eu mudei, vi que eu não posso ir como estava antes, pois poxa vida, tanta gente feliz e por que eu não estou feliz? Eu tenho que ser feliz, tantas pessoas ali com

mais dificuldades que eu, pois é só chegando aqui que você vê que eu, apesar do problema que tenho de vinte e quatro horas usando fralda, tomando muitos remédios fortes, no meio de todas as pessoas, hoje sou mais feliz do que antes. Através disso também, eu pude aceitar o câncer do meu irmão, eu não aceito até hoje a morte dele, mas eu pude ajudar ele, aqui mesmo na UNESP eu posso ajudar muita gente e antes de eu ter o câncer eu já ajudava as pessoas como essa minha prima mesmo que faleceu. Então eu sempre dei apoio. (M2, 30, 32)

Na Tabela 6 são apresentadas, na visão das mulheres, a representação social do câncer de colo do útero. Essa, portanto, teve a participação de 35 mulheres que descreveram o que o câncer de colo do útero representou a elas e frente a este questionamento foi possível definir nove categorias e 50 ideias centrais.

Tabela 6 - A representação social do câncer de colo do útero na percepção das mulheres (n=35), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

CATEGORIAÇÃO	N	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
Doença assustadora, incerta e inesperada	9	18,0%	25,7%
Medo da morte e recidiva da doença	9	18,0%	25,7%
Aceitação da doença	7	14,0%	20,0%
Fé em Deus	6	12,0%	17,1%
Valor à vida, família e Deus	5	10,0%	14,3%
Sentimentos negativos	5	10,0%	14,3%
Dificuldade de aceitação do diagnóstico e tratamento	4	8,0%	11,4%
Não sabe o significado da doença	3	6,0%	8,6%
Atividade profissional após a doença	2	4,0%	5,7%
TOTAL DE IDEIAS	50		

Notou-se que, quando questionadas quanto o que o câncer de colo do útero representou em sua vida, parte significativa das mulheres teve medo da morte e recidiva da

doença e atribuíram que o câncer é algo assustador, incerto e inesperado. Contudo, a fé em Deus foi importante para o enfrentamento e aceitação da doença.

Outro aspecto evidenciado foi que, ao receberem o diagnóstico de câncer de colo do útero, sentimentos como tristeza, desânimo e depressão vieram à tona e manifestaram sensação de impotência e falta de perspectiva para realizar planos futuros.

Observou-se também que algumas mulheres por estarem envolvidas com outros problemas não deram ênfase a doença e não atribuíram significado algum ao diagnóstico de neoplasia.

DOENÇA ASSUSTADORA, INCERTA E INESPERADA

Observou-se que nove participantes deste estudo referiram que o diagnóstico de câncer é algo assustador, que traz incertezas e medos da doença e tratamento. Por meio das ideias centrais: *Câncer é ruim, terrível e inesperado; Ficou desesperada e preocupada em ser câncer; Foi um choque, abalou muito emocionalmente; Levou um susto; O câncer é assustador e ameaçador; O câncer foi um choque que trouxe incertezas, medo da morte e dos efeitos da quimioterapia; e O diagnóstico de câncer é assustador.* Foi possível elaborar o DSC a seguir:

No começo, assim, foi triste e um baque para mim, a gente não espera, recebe aquele choque e eu tive um choque de saber que estava grávida e um choque maior ainda quando fiquei sabendo que tinha câncer. Fiquei meio assustada e bem abalada, com muito medo, abalou muito meu sistema nervoso. Pensei que eu estou morta porque no primeiro momento é assustador e terrível, mexe um pouco com a cabeça da gente e eu só pensava: “será que vai dar certo?”, “Será que vou morrer?”, “Será que vai aumentar, será que não vai?”, “Vou ter que fazer quimioterapia?”. Eu levei um susto porque, como já tinha perdido meu vô e mais minha tia no ano passado de câncer na cabeça, quando fala de câncer, eu assusto. Quando eu fiquei sabendo das “manchinhas” eu fiquei desesperada porque você não sente nada, você está trabalhando e naquele momento vem aquela notícia, aí me desesperou, falei: “Nossa”, fiquei preocupada e daí meus filhos falaram: “Mãe, se for câncer, a senhora não pode pôr na cabeça, não pode pensar, senhora tem que fazer de conta que não tem nada disso, porque se não a senhora vai entrar numa depressão e daí vai ser

pior” e foi o que eu fiz, peguei e fiz de conta que não tinha nada comigo, fui acalmando, ficando tranquila. Eu acho que o câncer é uma coisa ruim porque você guarda por dentro coisas ruins, eu acredito que se você não tem nada, se você está bem, com a gente não vai acontecer nada, agora você estando mal, é a hora que você ficar nervosa, você se irrita, você chega a tal ponto que fica tudo ruim. Eu achava que tinha uma saúde ótima, jamais pensaria em ficar doente e de repente já estava tudo ruim na vida, o câncer é muito ruim. Hoje já penso talvez diferente, mas aquele tempo foi muito ruim para mim. O medo da quimioterapia era de ficar sem cabelo, indisposta, tudo muda demais, agora a radioterapia eu não senti nada e a braquiterapia só no primeiro dia que você não sabe como que funciona, como é que é, faz até tremendo, mas também não tive nada, foi tranquila, hoje estou mais tranquila um pouco. Agora estou melhor porque depois que eu vim aqui, que os médicos falaram que não era isso, que se deixasse, não tirasse o útero podia mais para frente virar câncer, a hora que ele falou que não era, eu fiquei contente, mas dessa parte aqui [da suspeita do câncer] eu queria estar livre, mas é isso. (M2, 3, 7, 10, 20, 24, 26, 30, 31)

MEDO DA MORTE E RECIDIVA DA DOENÇA

Nesta categoria nove mulheres expressam o medo da morte e recidiva da doença, julgam o câncer como algo ameaçador e que as tornam vulneráveis, frágeis e dependentes. As ideias centrais que sustentam esta categoria são: *Câncer é ameaçador e pode voltar em outros órgãos; Câncer representava a morte; Ficou apavorada e com medo da morte; Foi horrível, medo da morte; Medo da morte; Medo de morrer e deixar o filho; Representou a fragilidade do ser humano e a necessidade de ser cuidado; e Tem medo da doença voltar* e tais ideias apoiam o DSC na continuação:

Eu acho que o câncer é uma doença ameaçadora que poderia me levar à morte, representava minha morte. Todo mundo fala do câncer e eu falei: “nossa eu vou morrer”, “será que eu vou morrer com essa doença, esse problema que deu agora?”, só isso que eu pensava, foi horrível, eu fiquei apavorada, tinha tanto medo de morrer. A gente fica com medo porque vê casos que, quando descobre, já não fica

muito tempo e morre, quando fala do câncer você já se vê em um caixão, parecia que não tinha uma cura e eu tinha dó de deixar, medo de morrer de deixar aquele neném [filho] para trás. Pensava que nós humanos somos fracos e estamos sensíveis a qualquer hora a um cuidado maior que não depende ou às vezes, muitas vezes não depende da gente também. Depois disso, eu oriento minhas filhas nas relações, falo para elas tomarem cuidado, fazer exame e eu tento passar para minha mãe que graças a Deus o câncer de colo do útero é possível de ser curado. A gente pensa mais em se cuidar porque o medo é voltar de novo porque é uma doença que ela vai, mas ela volta porque eu conheci pessoas que operaram, neste lugar [HC] a gente convive com pessoas assim, opera em um lugar, e passado um ano, dois anos dá em outro lugar. Para mim, ficou assim: deu aqui, eu penso que pode dar no seio, pode dar no meu ânus, pode dar em qualquer lugar do meu corpo. Então, o médico falou uma vez: “o câncer não tem lugar para atacar”, se você tem aquele vírus do câncer, qualquer hora ele pode aparecer em qualquer lugar. Eu estou bem neste momento, mas ainda vem na cabeça, fico pensando, a gente não sabe a hora que pode voltar porque câncer é maligno, os médicos falam, então não é uma coisa que a gente fica tão tranquila. (M9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 26, 30)

ACEITAÇÃO DA DOENÇA

A aceitação da doença foi apresentada por sete mulheres deste estudo que optaram em aceitar o câncer como forma de realizar o tratamento com tranquilidade, concordando em realizar a histerectomia e quimioterapia para alcançar sua cura. As ideias centrais foram: *A princípio ficou nervosa, mas aceitou; Aceitou com facilidade; Não representou nada; O câncer foi bom, pois acabou com o sofrimento que passava no casamento e possibilidade de ajudar outras pessoas; e Procurou não se abalar* e o DSC foi elaborado:

Eu não sei responder o que o câncer representou. Não representou nada para mim porque eu não sentia nada, eu não sabia que eu tinha, não tinha dor, não tinha nada, veio, passou, não me deixou com magoa, nem tristeza, só aceitei passar pela psicóloga porque pensei: vai tirar tudo aquilo lá, vai esvaziar, uma coisa que vai tirar, vai

diminuir lá dentro, mas daí ela conversou comigo e falou que não, falou é tão pequenininho que você não vai notar diferença, então daí eu achei que não ia mexer em nada. Então, por ter tirado o útero não foi nada, eu não senti dor, já tinha meus dois filhos e não podia ter mais filhos. Primeira coisa que eu pensei, sinceramente, foi uma liberdade, uma libertação, que eu me libertei do meu marido e agradeço a Deus por isso, o câncer para mim foi uma benção, pensar que não tinha mais marido. Aí fui viajar, voltei, retirei o útero e eu estou em paz. Então, isso não significou nada, só perguntei para o doutor se ia ficar um buracão e ele falou que não, que ia ficar normal. Eu não entrei em depressão, de jeito nenhum e nunca pensei assim: “eu estou doente”, porque se eu pensar que estou doente, eu vou ficar mais doente, para mim eu não tinha nem gripe. Eu acho até que eu encarei bem viu, fui até bem forte, até no começo fiquei nervosa, mas depois aceitei e depois o médico falou para mim, depois que tirou o útero, que não era nada, não deu nada e tive sorte que a quimioterapia não deu reação, não deu nada, tem gente que tem reação e a minha não deu nada, então sem problemas. Através disso eu pude ajudar bastantes pessoas e ficar mais forte e sempre eu ajudei, sempre eu tive ao lado das pessoas que tiveram câncer e daí a hora que eu vi que era comigo eu falei: “Senhor, agora estou eu e o Senhor, vamos lutar”. (M1, 4, 17, 21, 26, 32, 38)

FÉ EM DEUS

A categoria “fé em Deus” esteve presente na representação de seis mulheres que relataram sentir a presença de Deus desde o momento do diagnóstico até a cura. A fé amenizou os aspectos negativos da doença e trouxe a certeza da reabilitação e cura, assim como a esperança que os médicos são instrumentos de Deus e capazes de propor bons prognósticos para a doença. As ideias centrais que enfatizam esta categoria são: *A fé em Deus;* e *A fé em Deus e nos médicos*, e em seguida apresenta-se o DSC:

O câncer para mim, sem dúvida nenhuma, teve um lado positivo: Deus falou muito comigo. Eu não me abalei muito porque estou nas mãos de Deus, se Deus achasse que eu tivesse que ir embora mesmo não querendo, eu ia porque a gente entrega na mão de Deus. A gente

vê que acontece com outras pessoas, mas acha que com a gente nunca vai acontecer, quando acontece com outras pessoas a gente sente, meu Deus é uma tragédia e comigo não foi assim, eu tinha uma força, um auxílio de Deus, uma força tão grande assim que eu sentia dentro de mim: “quem viver verá” porque eu tinha plena certeza que eu ia ser curada, mas sabe o que é, tem algo que a gente não pode deixar de falar, é Deus na vida da gente, é só Ele mesmo que deixa ir para frente. Hoje eu ponho Deus na frente de tudo, e abaixo de Deus, os médicos que são com certeza uma forma do Senhor nos ajudar. Quando eles colocavam no papel a minha doença, eles colocavam assim “espalhativo” e do meu pai começou no fígado, depois foi para a coluna, para o esôfago e por isso eu falo que foi Deus na minha vida porque seis meses depois você olhava nos meus exames e falava assim “não tem mais nada”, então foi mesmo pela mão de Deus que levou isso embora e eu tenho certeza que graças a Deus eu estou curada. Já minha mãe acha que vai morrer, ela pensa assim porque quando o médico falou que ela não vai ser operada, aquilo já matou alguma coisa dentro dela, mas mesmo assim ela fala: “eu tenho um Deus vivo que pode me curar isso” e agora também está se apegando em Deus e falou para Ele que não aceitava, “não aceito morrer podre, eu não nasci podre, não aceito”. (M4, 7, 10, 13, 29, 31)

VALOR À VIDA, FAMÍLIA E DEUS

O câncer fez com que passasse a dar valor às pequenas coisas, ser dedicada e fazer as coisas com amor, ser forte e agradecida à família e a Deus. Tal evidência foi declarada no relato de cinco mulheres e as ideias centrais que comprovam são: *Foi uma lição de vida, apreendeu a valorizar as coisas; O câncer fez valorizar a família, pessoas e fazer com amor as coisas; O câncer foi uma experiência; Valorizar a vida e agradecer a Deus pela vida; e Valorizar as coisas mais simples e ser forte.* Após definida as ideias centrais, o DSC foi organizado conforme apresentado:

O câncer me deu uma visão melhor de vida, o viver o hoje, valorizar mais as pessoas, a vida, a família e cada minuto, cada segundo passou a ser muito importante. Cada manhã você agradece a Deus por estar viva porque você não sabe o dia de amanhã. Acho que

serviu para resgatar o valor da vida, que é o presente que Deus nos dá todos os dias e, às vezes, não é que a gente não vê, está do lado, a gente vê, mas não enxerga. O milagre não está em acontecer grandes coisas, mas em pequenas coisas e com grande amor porque eu trabalho com crianças, eu amo as minhas crianças, trabalho com crianças carentes. Então, eu acho que Deus me escolheu no sentido de eu ser instrumento na mão dele. Então, eu não poderia ter mais filhos e era meu sonho ter outro filho e ele me colocou essas crianças e espero que eu esteja capacitada para realizar tudo aquilo que Ele me propõe. Eu tenho mais é que agradecer porque aqui tudo é muito passageiro, não tem idade e hora, o importante é ter qualidade de vida, não número, quantidade, vinte, trinta, quarenta, cinquenta anos. A última reportagem que eu vi na televisão de uma moça que passou por uma situação delicada, ficou marcante a experiência que ela viveu e para mim, o câncer também foi uma experiência, representou uma lição de vida e eu agradeço a cada minuto por isso. Eu tinha um padrão de vida muito bom e eu dava muito valor para isso, mas aprendi a dar valor às coisas mais simples, porque não é que eu não dava valor antes, só que aprendi a ficar mais forte, me senti mais forte, não é que eu não tenho minhas crises, depressão, mas como eu tenho minha religião, sou Testemunha de Jeová, eu tenho as minhas crenças, então eu acredito no que eu acredito, mas procurei não ficar deprimida. Na verdade, o que me derrubou mais não foi a questão da cirurgia e doença, e sim eu descobrir algumas coisas do meu filho adolescente porque se tiver que morrer eu vou morrer, e se tiver que viver eu vou viver, vou ficar me preocupando se vou morrer antes da hora? Eu pensava assim. (M5, 16, 17, 28, 33)

SENTIMENTOS NEGATIVOS

Nesta categoria cinco mulheres descreveram que ao receberem a notícia que estavam com câncer, sentimentos com desânimo, depressão, tristeza, angústia e medo tornaram-se presentes. Ainda, a queda do cabelo devido a tratamento quimioterápico e a impossibilidade de planejar ações futuras reforçaram os aspectos negativos da doença. As ideias centrais descrito são: *A vida parou e não consegui fazer planos futuros; Depressão e*

desanimo; Ficou abalada, angustiada e triste; Foi muito triste cair o cabelo; e Foi triste e medo da morte. Após tais ideias centrais permitiram a organização do DSC:

Parece que minha vida congelou, que eu parei no tempo, fiquei muito abalada, eu achei assim que encararia as coisas com naturalidade pelo seguinte: aconteceu e você tem que enfrentar, mas no fundo fica aquela coisinha, aquela angústia, aquela tristeza, não consigo pensar no futuro, fiquei um pouco depressiva, foi uma coisa muito triste. No dia chorei, isso foi de manhã, daí eu cheguei em casa e pensei: não, eu não vou chorar, se eu tiver que morrer, vou morrer, se eu tiver que viver, eu vou viver e a partir daquele dia, para mim, eu não tinha nada, fui no doutor, um oncologista que é professor aqui, fui saber uma outra opinião dele. Aí eu fiz a radioterapia e a braquiterapia, caiu um pouco o cabelo, a sobrancelha pouca coisa, mas ficou falhada e até a pouco tempo eu estava mais animada, mas agora eu já passei ali já fiquei mais deprimida um pouco, teve que mudar o remédio do HIV, porque eu comecei a perder muita massa muscular, mudaram e eu sinto muita queimação, aí ela me encaminhou para fazer endoscopia para ver o que tem no estômago, daí eu desanimo, tomara que melhore. (M17, 18, 19, 35, 36)

DIFICULDADE DE ACEITAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O DSC foi formado pelo depoimento de quatro mulheres e relata a representação de receber e aceitar o diagnóstico de câncer, as dificuldades enfrentadas, medo do tratamento e rejeição do cônjuge. As ideias centrais foram: *Dificuldade; Muito difícil aceitar, sentindo que a vida tinha acabado; Medo de tirar o útero e ser rejeitada pelo marido; e Sentiu raiva por não ter se cuidado e a aceitação de retirar o útero foi difícil, mas superou os medos e incertezas.*

No começo eu não aceitava muito, foi muito difícil, acabou com minha vida, uma mulher se sente arrasada de perder o útero, com muita raiva de mim mesma por não ter me cuidado. Eu até falei para o médico quando foi feita a primeira biópsia: “eu tenho medo de tirar porque diz que o marido larga da gente” e ele falou que não tinha nada a ver isso daí, porque nós não mexemos, nós não fazemos nada com a vagina, então eu decidi tirar. Depois disso, eu comecei a

pensar comigo mesma, sozinha e eu acabei pensando assim, que era melhor para mim, então eu não me liguei muito nessa história, eu falei: “então vamos tirar” porque ele falou que se eu não tirasse e se mais para frente virasse isso daí, o câncer, eles falaram que aqui eles não iam aceitar eu mais. Eu também li bastante e pesquisei muito na Internet sobre isso e vi que a mulherada acha que está oca e cai em depressão, mas não entrei nessa paranoia, falei que não, que para eu era a mesma coisa e graças a Deus meu marido me acompanhou. Quando dava aquela loucura, de dar aquele desabafo, surgia aquele medo assim, que eu li muito, que a mulher sente muita dor depois, que não volta ao normal, na relação sexual eu não vou estar mais no que era antes, então tinha todo esse medo. Só que eu estou enfrentando, até já engordei quatro quilos, então tem que esperar passar porque ainda faz quase quarenta e poucos dias e não sei como é que vai ser. (M3, 23, 31, 34)

NÃO SABE O SIGNIFICADO DA DOENÇA

O relato de três mulheres mostrou que era preferível que fosse retirado o útero em vez de a doença tornar-se algo mais grave e que isso não representou nada, pois agora estão saudáveis. As ideias centrais evidenciadas foram: *Ainda não conseguiu perceber a gravidade da doença; Não sabe descrever o que representou; e Não sabe dizer* e o DSC apresenta-se a seguir.

Não sei te dizer o que representa o câncer de colo uterino, eu mesma até agora não tive tempo de perceber o que está acontecendo comigo. Eu tirei uma coisa que talvez viesse ser um câncer amanhã, o útero para mim era para procriar e já que ele está me dando problema, Deus disse arranca um dedo se ele tiver te prejudicando, até a mão se precisar, então meu útero foi, não era uma coisa que eu queria, não tenho nem como falar, não tenho palavras para descrever isso, mas foi, está tudo bem e isso é o que importa agora. (M8,14, 25)

ATIVIDADE PROFISSIONAL APÓS A DOENÇA

A atividade profissional após a doença foi citada por duas mulheres que passaram a ter dificuldade para continuar trabalhando, mas por necessidade financeira ou por gostar do

trabalho, mesmo sentindo-se desanimadas, continuam trabalhando. As ideias centrais que deram suporte para elaboração do DSC a seguir foram: *Foi um susto e desanimador trabalhar; e O câncer não foi um fator impeditivo para continuar trabalhando.*

Eu não sei nem explicar, um baque saber que estava com câncer porque eu sempre trabalhei, nunca deixei de trabalhar e foi difícil porque o apoio da minha família sou eu que dou, todos contam comigo. Então, eu falei para o médico quando ele disse que estava com câncer: “nossa... mas eu tenho uma encomenda de salgado para entregar amanhã e depois de amanhã”, e ele falou: “deixa ela” e que nunca havia visto alguém pensar assim e aceitar. Depois, mesmo eu sabendo que eu tenho isso, tinha uma vontade de ir para o trabalho, depois foi diminuindo, eu fui desanimando, mas mesmo tendo dificuldade para andar, eu vou e pego porque eu sei que eles precisam de mim. O médico já deu todos os papéis para eu aposentar, não sei se era pelo sangramento que era muito sangue, eu estava ficando fraca, quando eu internei eu estava com anemia, acho que ele viu que eu não ia muito longe e isso já vai para sete anos. (M6, 32)

A Tabela 7 explana, na percepção das mulheres deste estudo, como foi organizado o atendimento nos serviços de saúde desde a suspeita diagnóstica até o término do tratamento do câncer de colo do útero e de que modo, tais mulheres, participaram do tratamento da doença. Nesta temática foram elaboradas 11 categorias, obtidas por meio do depoimento de 38 participantes e construída 104 ideias centrais relacionadas à dimensão programática das ações de saúde.

Tabela 7 – As facilidades e barreiras dos serviços de saúde no atendimento as mulheres (n=38) e a participação destas durante o tratamento do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

CATEGORIZAÇÃO	N	FREQUÊNCIA RELATIVA (IDEIAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (ENTREVISTADOS)
Acolhimento do serviço de saúde	26	25,0%	68,4%
Adesão ao tratamento	18	17,3%	47,4%
Orientação do profissional de saúde	13	12,5%	34,2%
Prontidão do serviço de saúde	10	9,6%	26,3%
Demora no diagnóstico da doença e atendimento no serviço público	10	9,6%	26,3%
A importância do profissional de saúde	9	8,6%	23,7%
Despreparo do profissional de saúde	6	5,8%	15,8%
Cuidado da equipe de saúde ao dar a notícia do câncer	4	3,8%	10,5%
Busca pelo serviço privado	3	2,9%	7,9%
A importância da família e amigos	3	2,9%	7,9%
Preocupação com a recidiva da doença	2	1,9%	5,2%
TOTAL DE IDEIAS	104		

Conhecer de que maneira aconteceu o atendimento dos serviços de saúde e identificar como as mulheres participaram do seu tratamento desde o diagnóstico da doença possibilitou compreender que o acolhimento, a adesão ao tratamento e prontidão do serviço de saúde foram as respostas predominantes nesta temática. Ao receberem o diagnóstico do câncer de colo do útero o impacto da notícia foi amenizado, talvez, devido às mulheres se sentirem acolhidas, o tratamento ser iniciado rapidamente e a possibilidade de cura ter auxiliado na adesão ao tratamento por meio de atitudes como entender a necessidade do procedimento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia.

Ainda, a orientação e apoio do profissional de saúde, familiar e amigos contribuíram para iniciar e dar continuidade ao tratamento e reforçar sentimentos positivos como amor, afeto, carinho e aconchego. Outro aspecto evidenciado foi a preocupação com a recidiva da doença e o cuidado da equipe de saúde ao dar a notícia do câncer e isto demonstra e acentua a importância de, em momentos difíceis, poder confiar e contar com o suporte dos profissionais de saúde e dos entes queridos.

Em contrapartida, relatos como a demora no diagnóstico e atendimento do serviço público, despreparo do profissional e a necessidade de procurar pelo serviço privado também foi uma questão importante levantada pelas mulheres do estudo. Destacou-se que os serviços de atenção primária à saúde, muitas vezes não tinham agendamento no momento e após a realização do exame preventivo ainda apresentavam demora na obtenção do resultado. Outra queixa foi que o profissional que realizava o exame ou avaliava o resultado nem sempre executava a coleta ou interpretava corretamente o procedimento. Ainda algumas, acreditando na demora do serviço público ou na inexperiência dos profissionais, preferiram atendimento privado julgando ser melhor assistida e prontamente atendidas.

ACOLHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Com a participação de 26 mulheres foi possível definir esta categoria. Tais mulheres quando questionadas como foram recebidas pelo serviço de saúde relataram que os profissionais foram acolhedores, ofereceram apoio, receberam bem, sendo atenciosos e comprometidos com a assistência. As ideias centrais que construíram o DSC foram: *A médica pensou em nem fazer o exame; Achou ótimo o atendimento e recebeu apoio dos profissionais de saúde durante o tratamento; Apesar das dificuldades, medo e vergonha dos exames foi muito bom o atendimento; Atendimento é bom; Atendimento foi muito bom; Atendimento muito bom, enfermagem é muito atenciosa; Buscou o serviço privado e foi encaminhada ao público; Foi bem recebida e cuidada pela equipe de enfermagem; Foi muito bem atendida; Foi muito bem atendida e achou o serviço muito bom; Foi muito bem recebida e está muito agradecida; Muito bom; Não tem reclamação do serviço de saúde apesar das dificuldades enfrentadas durante tratamento; O atendimento é ótimo; Os profissionais são atenciosos; Os profissionais são atenciosos e tratam muito bem; Os profissionais são bons e o tratamento foi excelente; Preocupação e cuidado do serviço de saúde; e Procurou o serviço privado, mas foi encaminhada ao público e foi bem atendida e assistida e o DSC foi proposto.*

Eu sou grata por todos vocês do hospital. Logo que percebi eu procurei atendimento e fui muito bem acolhida, eu fui muito bem recebida, atendida e tratada aqui, neste serviço, na UNESP. O atendimento foi dez desde lá do posto de saúde até aqui na faculdade. Eu tinha Unimed e tratava com a doutora na Unimed e aí ficou caro para eu pagar, meu salário vai tudo na Unimed. Aí eu peguei e falei: “vou voltar para o posto e ela [médica] trabalha lá e ela me atende lá”. Ela nem ia fazer o Papanicolaou, “acho melhor nem fazer

porque todo ano você faz e nunca dá nada”, só que daí ela falou: “não, vamos fazer porque agora você não tem histórico aqui, você tem apenas comigo lá no consultório e de lá eu não posso trazer para cá, então vamos fazer”. A médica colheu o Papanicolaou lá na unidade de saúde, falou que eu estava com uma alteração, foi aqui que me falaram que eu estava com câncer. Mesmo pagando eu acho que não teria todo esse equipamento, toda essa assistência, então eu estou muito contente sim com a UNESP. Desde esse momento fui orientada, foi bom. Aqui foi feito a biopsia, mas a médica que me encaminhou para cá já tinha me adiantado sobre a biopsia. Eu vim para cá sem conhecer nada, sem saber de nada, sem saber onde podia ficar nesta cidade, peguei o trem e vim com travesseiro e cobertor porque eu estava um trapo, vim com uma toalha de banho no vão da perna. Cheguei aqui, quando o primeiro médico me viu, porque tinha que passar pela triagem, disse não, vem aqui. Quando eu cheguei à portaria até parecia que o médico já estava me esperando, já me chamou lá para dentro e ele falou: “a senhora já vai ficar internada”. Ele não perguntou absolutamente nada, só falou: “a senhora não está bem” e eu falei: “não estou”. Quando eu tirei a toalha, ele falou: “nossa”, aquela toalha estava encharcada. Sou grata também pela doutora, uma médica, praticamente uma menina, que me atendeu na primeira consulta, ela foi maravilhosa. Depois disso, passei a vir aqui desde o primeiro dia até o dia de hoje, se eu disser para você que eu tive uma reclamação, alguém que me olhou torto, alguém que me tratou mal, eu estaria levantando um falso perante Deus porque tem tudo sido maravilhoso, eu não tenho o que reclamar, do que me queixar. Olha eu vou ser sincera, eu adorei aqui neste ponto porque aqui eles têm muita atenção, eles dão muita atenção. Desde o primeiro dia, ainda falei para minha mãe não é igual São Paulo, porque São Paulo é muita gente, aqui também é muita gente, mas aqui parece que eles se preocupam mais com a pessoa, eles se dedicam mais aquela pessoa. Para mim os médicos daqui de Rubião, até da minha cidade, eu acho que eles são muito prestativos. Eu acho que a diferença entre São Paulo e aqui, aqui de dez, 99% eu gosto mais

daqui. É a atenção que tanto os enfermeiros como os médicos dão para gente e coisa que hoje em dia não está tendo mais atenção. Você vai aos hospitais e vê na televisão, então, faz dó e é uma profissão que as pessoas pegam para fazer com amor. Estava comentando com minha filha sobre isso, que eu gostei daqui. A minha foi triste, fui sozinha. Eu não tinha ninguém para me acompanhar. Eu fazia radioterapia sozinha. Eu passei meus momentos difíceis. Com minha mãe estou tentando dar muita atenção para ela. Eu acho que particularmente eu judio muito dela, judio assim, paparico muito ela porque eu sei o que é essa doença, eu sei o que está significando na cabeça dela. Quando você tem um fio de esperança que vai operar e vai tirar tudo, igual o que aconteceu comigo, ainda a gente tem aquele fio de esperança e o caso dela que não tem fio nenhum de esperança. Então, eu entendo a cabeça dela. Eu paparico muito ela. Meu defeito é esse, meu marido já disse, meus filhos já falaram isso para mim, que ela dá uma aproveitadinha de mim. Eu falei: “não, vou cuidar até o fim, ela é minha mãe”. Ela sofreu para me criar, ela me criou quase que praticamente sozinha. Quando fiquei internada aqui fui bem tratada por todos, eu fiquei muito bem, só tenho que agradecer as enfermeiras que são um amor de pessoa, que paciência que elas têm, estão de parabéns porque tem lugar que a gente reclama que foi mal atendido, as pessoas não respeitam que você está doente, ali não. A família teve casa de apoio e foi maravilhoso, muito bom, não tenho queixa de nada, aqui todo mundo é muito atencioso. Do jeito que eu vim aqui já me internaram, já me socorreram. Desde o dia que cheguei aqui graças a Deus eu não tive problema, eu sou bem atendida. Estou muito grata, a imagem que tinha de hospital, da UNESP, não era essa, mas depois do tratamento, nossa, eu só tenho a agradecer e indicar para os outros. Não tenho palavras para agradecer, para mim, aqui é uma maravilha. A partir do momento que eu vim para cá foi muito bom, apesar dos exames e dos problemas, dos exames duros que a gente faz, a braquiterapia foi muito difícil, foi o tratamento mais difícil. Olha, eu venho aqui na ginecologia, vou à urologia porque como eu tirei o colo, tudo, tive que usar sonda, vou à

reumatologia e vou à quimioterapia, mas quimioterapia não estou fazendo mais, nenhuma. Tive apoio moral de todos, eles conversam, eles dão animo, desde o doutor, as enfermeiras, foram maravilhosos. Acho que isso que me deu força, pelo carinho. Na braquiterapia e radioterapia fui muito bem atendida, foi maravilhoso, as pessoas me deram muita força, então, deram esperança e diziam: “você já está curada” e isso me ajudou muito. Meu tratamento foi uma benção porque eu vim, fui bem tratada, fui bem cuidada, foi uma benção, eu acho que até agora os médicos tem sido uma benção. Na hora, a gente fica meio com medo, com vergonha, mas depois, sente vergonha, mas eu estou caminhando e me preparando. Não deu para fazer a cirurgia porque já estava bem avançado o câncer, estava assim, não só no colo, mas no útero todo, intestino, bexiga, rim direito, mas tudo estava em funcionamento: diurese e evacuação, aí no início de janeiro começou a fazer a quimioterapia e braquiterapia, pois era só uma tentativa de estacionar a doença, porque na verdade já era estagio final. Daí eu tive que ir para Jau e eu fiquei muito triste naquele hospital porque é diferente aqui, eu já de inicio gostei muito desse hospital, o pessoal. Daí tentei a braquiterapia, mas não quis mais ir para lá não. Então foi assim: comecei a quimioterapia aqui e fiz seis sessões de quimioterapia e 32 de radioterapia, a quimioterapia só para reforçar a radioterapia e a braquiterapia eu fui para Jau, fiz quatro sessões em Jau e não fiz a cirurgia. Tinha medo de cair o cabelo, mas não caiu, ficou só assim ralinho e não dava nem mesmo para notar. Eu achei o atendimento excelente, não teve demora e dificuldade de encaminhamento para cá, de jeito nenhum tive algum problemas. Não é porque eu venho aqui há vinte anos, eu morei aqui, voltei para o Pará e mudei para cá de novo, eu gosto muito dessa cidade, em termo de saúde é o primeiro lugar para mim, eu trouxe minha mãe e meus filhos tudo para cá para tratar. Eu vinha uma vez por ano e agora está chamando direto, já levava aquele abalo, chegava aqui não era o que a gente pensava, não ficava nervosa, era mais por causa do cuidado, então o cuidado para gente é bom. Então, da cirurgia lá, depois que eu fiz, já ligaram no meu

celular, perguntando se está tudo bem, no momento não tinha nada, mas qualquer coisa que eu procurasse a maternidade, aqui também, depois que foi feita a retirada do útero, tudo, que eu vim arrancar os pontos, o médico me tratou muito bem, qualquer coisa errada que eu voltasse a procurar, o serviço me deu toda assistência. Depois que terminou a cirurgia, que praticamente você não dorme, você relaxa, que eles não dão uma anestesia muito geral, aí depois que eu fui lá na sala que você fica depois da cirurgia, foi lá, conversou, depois no outro dia já foi lá, conversou e falou “Olha Dona Maria, a senhora está nova, renovada, tiramos tudo, está tudo bem”. Achei que eu não fosse aguentar a cirurgia, porque o meu corpo nunca foi aberto, foi a primeira vez que fiz cirurgia, meus partos todos foram normais, nunca na minha vida eu achei que ia ficar em um hospital internada e cortando o meu corpo. No começo eu tive dificuldade, eu achei que eu não ia aguentar porque mexeu com os órgãos, com o rim, mexeu com tudo. Nossa, mas as pessoas são muito boas, os médicos que a gente consulta são muito bons, as médicas, não tenho nada para falar, felizmente nós temos aqui a UNESP que dá um respaldo muito maior, aqui sempre me trataram muito bem, desde a cirurgia. Todo mundo fala assim: “Ah, a UNESP, que não sei o quê. Ah, eu não vou na UNESP”, eu sempre falei que na UNESP sempre me trataram muito bem, eu gosto, eu gosto bastante daqui. (M1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38)

ADESÃO AO TRATAMENTO

Esta categoria foi dividida em dois Discursos dos Sujeitos Coletivos. O primeiro DSC, descrito a seguir, foi composto pelo relato de 16 mulheres que asseguraram ter realizado o tratamento e acompanhamento da doença conforme orientação dos profissionais de saúde e valorizando a conduta proposta. Esta categoria foi embasada nas ideias centrais: *Adesão ao tratamento; Fez corretamente o acompanhamento; Fez corretamente o tratamento; Fez corretamente o tratamento e valorizou o tratamento; Fez o tratamento certinho; e Fez repouso conforme orientada.*

Eu achei que fui uma paciente ativa e tudo que os médicos pediram para eu fazer, eu acredito que fiz de maneira positiva porque era para

mim e quem gosta de mim sou eu. Tudo do jeito que a médica pediu eu fiz certinho durante meu tratamento, participei de tudo, fiz tudo que eles mandaram e continuo fazendo o que precisava fazer sem queixar. Eu procurava me cuidar, eles falavam que não pode ficar em lugares assim, muita gente, eu evitava, não pode ficar em lugar fechado, eu evitava, se estava chovendo eu procurava não tomar chuva porque eu não queria pegar gripe. Não podia comer carne, sangue, eu fazia tudo que tinha que fazer, tudo que falava que não pode, eu procurava não fazer porque eu queria sarar o mais depressa possível. Era para fazer isso, fazer aquilo, fiquei aqui, ficava a semana inteira aqui para fazer a radioterapia, depois ia embora, na semana seguinte voltava, ficava semana inteira aqui de novo, fazia tudo. Primeira vez eu fiz trinta e oito, segunda vez fiz trinta e cinco, daqui eles me mandaram para São Paulo para fazer a braquiterapia. Guardei a dieta que eles pediram, fiz repouso mais rígido, com 30 dias já pode começar a fazer qualquer servicinho e eu comecei a limpar a casa e quando fez 40 dias comecei a abaixar. Então, o cuidado maior tinha que ser neste momento. Foi um momento meu que eu vivi. Então, eu aprendi a me amar mais, a me respeitar, não faltei em nenhuma consulta e isso foi muito importante e todos os meses eu tenho acompanhamento, venho todos os meses para cá e a cada três meses colho o Papanicolaou certinho e todo ano tem que fazer a mamografia e eu venho sempre. Então, era um momento meu. A gente tem que fazer a parte da gente, você tem que fazer. Eu me entreguei inteirinha ao tratamento. Não pode deixar só porque quimioterapia não é um milagre, é um tratamento, porque milagre quem faz é Deus e eu, na minha parte, no tratamento, vou fazer certinho. Com Deus eu fui em frente, com esperança. Quando eu operei, falaram que eu não podia, dali dois meses falaram que eu estava de alta, mas eu esperei seis meses para carregar peso, nem uma garrafa de refrigerante, assim, pesada, eu não carregava. Vou fazer direitinho, no fim deu aderência do mesmo jeito. Não me abati, acho que a alegria de viver cada dia me ajudou muito. As pessoas falam: “não, você está forte, você está”, isso me ajudou muito, acredito que contribuiu com a cura. Tanto é que em

seis meses o doutor olhou para mim e falou: “parabéns porque você não tem mais nada”. E a gente vê pessoas lá, quatro anos, tem uma senhora que falou para mim que faz dez anos que ela trata do câncer. Eu falo, na minha vida foi Deus. Hoje estou me sentindo bem, tomo os remédios certinhos e até que eu não tomo tanto remédio, eu tomo agora porque eu tive um infarto e por conta do HIV, mas antes nem tomava remédio, busco levar uma vida normal e usar o preservativo. (M1, 2, 5, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 30, 31)

Para duas participantes a adesão ao tratamento foi realizada e contribuiu para tomada de decisão em relação à conduta terapêutica como, por exemplo, a recusa pela cirurgia. As ideias centrais que alicerçaram o discurso foram: *Fez corretamente o tratamento e participou buscando entender sua doença; Fez corretamente o tratamento, mas recusou-se a fazer a cirurgia.*

Não perdi nada, fiz tudo certo, a única coisa que eu recusei foi a cirurgia que eu tinha medo, eu não estava querendo, mas da última vez que eu vim eles acharam que não precisava mais. Eu perguntei para o médico: quais eram os tratamentos e ele falou que cirurgia estava descartada. Então falei: o que pode ser feito? Ele falou: vamos fazer primeiro a radioterapia, depois a braquiterapia e se não tiver resolvido a gente tenta outra coisa. Fiz a braquiterapia há sete anos e deu certo. Está controlado, que nem ele falou: não tem cura, não vou falar em cura, eu falo em controle, vida de qualidade, entendeu? Eu fiz tudo certinho, fui pra Jau, eu ia uma vez por semana pra Jau, lá fiz tudo direitinho, depois voltei pras consultas, aí o doutor me consultou aqui, fiz tudo direito, todas as possibilidades que tinha eu tentei e estou bem. (M14, 32)

ORIENTAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Por meio do relato de 13 mulheres evidenciou-se que durante o tratamento as orientações foram importantes e contribuíram para mudanças na qualidade de vida de algumas depoentes deste estudo. Mudanças na alimentação e realização periódica do exame preventivo, atualmente é parte do cotidiano destas mulheres. Respalgadas pelas ideias centrais: *Ainda não foi orientada; Foi bem orientada e assistida pelos profissionais; Foi bem*

orientada e fez corretamente o tratamento; Foi bem orientada e segue recomendações; Foi bem orientada quanto fazer corretamente o acompanhamento; Foi orientada a acompanhar periodicamente; Foi orientada a fazer acompanhamento; Foi orientada a retornar ao serviço de saúde se apresentar sinais e sintomas; Foi orientada quanto à importância do acompanhamento; Melhorou a alimentação por orientação do profissional de saúde; Não recebeu orientação, apenas tem retorno periódico; O médico atendeu bem e orientou quando iniciar o tratamento; e Sempre foi bem orientada pelos profissionais em relação ao tratamento, emergiu o DSC apresentado a diante.

Então, eles não me deram orientação assim de falar, ainda não recebi nenhuma orientação de cuidado, só falaram que eu estava bem, que eu fui para Jau também, toda vez que eu venho, que estou vindo de três em três meses, eles falam que estava tudo bem comigo, que a doença minha tinha queimado, que estava tudo limpo e sequinho, mas acho que é hoje que vou ter orientação porque foi recente a cirurgia. A única coisa também que me orientaram que por uns cinco a dez anos eu tenho que acompanhar ou até mais se quiser eu posso fazer o acompanhamento para ver se não volta. Ah, ainda falaram que não deve faltar nos exames, para ter relação só com camisinha, não usei mais pílula porque fui orientada que causa trombose e se tiver sangramento vir aqui. Depois da cirurgia, o médico sempre pedia, você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo e então eu fazia tudo certinho, venho nas consultas certas, nunca faltei em nenhuma consulta, toda vida venho certinho no acompanhamento, fazer o Papanicolaou no posto de saúde e aqui também precisa fazer. Eu creio assim, pelo tempo que eu estou aqui me tratando na UNESP, faz uns 30 anos mais ou menos, a gente é bem orientada aqui sim, não tenho queixa, sempre fui muito bem orientada e acho que agora também vou ser porque o doutor, ele fez e falou que parece que eu tive um pré-câncer, não sei o que, falou uma língua dele lá. Falou para passar o Natal, o Ano Novo sossegada, que em janeiro era para eu voltar e eu fiz o que ele falou. Daí me viraram de ponta cabeça aqui, fizeram uns exames e eu operei e falou para eu ter uma vida normal. Eu chupo tanta laranja porque meu marido cata laranja, como tudo, até o bagaço, eu como, como, porque eles falam que a

fruta faz bem. Eu como laranja porque quase não tomo água, eu tomo muito suco da laranja sem açúcar, sem nada. Cato o suco, coloco no copo e bato com leite. Quando eu bato com leite o intestino solta, mas quando tomo só o suco não faz nada. O médico manda tomar suco de laranja, comer verdura, comer de tudo e eu não sei por que sou ressecada desse jeito, mas ele falou: “vai comendo verdura”. Também, passei por nutricionista e psicóloga, sempre me orientaram manter a calma, procurar viver em paz, procurar alimentar direito, não ficar nervosa por qualquer coisa, sabe para coisas assim do dia a dia, coisas que a gente passa e saber evitar. Falaram que eu não posso tomar sol, beber bebida alcoólica, cortar o cigarro, se alimentar, tomar bastante líquido, não perder as consultas e não esquecer dos remédios, tomar no horário certo e eu sigo. Eu me tratei aqui pela primeira vez, eu tinha oito anos de idade, eu era uma criança quando eu fui paciente daqui e sou até hoje. Sou grata aqui, aos médicos que me atenderam muito bem. (M4, 8, 9, 15, 17, 18, 22, 29, 33, 35, 36, 37, 38)

PRONTIDÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Esta categoria foi composta pela participação de dez mulheres e seus depoimentos foram responsáveis pela elaboração do DSC apresentado a seguir. Foi possível compreender que na visão destas mulheres o serviço de referência para o tratamento da doença foi hábil e o atendimento realizado com agilidade, visando eficácia na reabilitação e cura do câncer de colo do útero. As ideias centrais que deram suporte foram: *Acho o serviço excelente; Atendimento é muito bom e rápido; Foi encaminhada rapidamente para o serviço referência; Foi prontamente atendida; Iniciado tratamento com rapidez; O atendimento foi bom e rápido; O encaminhamento para o serviço referência foi bem rápido; O serviço de saúde foi muito bom; e O tratamento foi imediato, não teve demora.*

Eu fazia o Papanicolaou no posto de saúde e foi bem rápido o encaminhamento para cá. Como eu sentia dores, tinha sangramento, eu fui procurar o atendimento, o médico, que também era médico daqui da UNESP, me examinou e nem quis pôr a mão e já me encaminhou para cá bem rápido. Na UNESP, eu achei que o atendimento de saúde foi ótimo, excelente, muito bom mesmo e

rápido, não teve demora, inclusive, quando eu descobri a doença, até assustei porque chamaram e no mesmo mês, não, na mesma semana eu já comecei o tratamento. O médico falou: “vamos fazer uma internação rápido, agora, já” e eu não cheguei ficar trinta minutos na sala do médico, logo já me levaram para lá, daí eu fiquei quatro meses aqui. Eu internei, fiz um monte de exames para saber se só estava no útero, se estava em mais algum lugar. Já estava internada quando descobri que era maligno, daí eu continuei internada aqui e comecei o tratamento aqui mesmo e na outra semana eu já operei. Foram imediatos, não tiveram que ficar agendando para o ano que vem, se preocuparam com meu problema, meu estado de saúde, em retirar aquilo e me deixar com a cabeça mais tranquila. A gente até comenta: “se não fosse a UNESP porque todos vocês são bons para tratar a gente” e a gente vem aqui e até fica feliz porque, acho que aqui a gente sabe que se estiver acontecendo mais alguma coisa chama muito rápido, não fica esperando. O hospital foi uma casa da benção, porque eu falo para todo mundo: se Rubião [HC-FMB] não curar, outro lugar não cura. (M1, 2, 6, 9, 14, 23, 28, 31, 35, 36)

DEMORA NO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA E ATENDIMENTO NO SERVIÇO PÚBLICO

Nesta categoria foi possível observar que os serviços de atenção primária apresentaram déficit no atendimento, seja devido à demora na realização do diagnóstico, desorganização da equipe de trabalho ou por considerarem que o profissional não atendeu bem. Ademais, a demora em conseguir consulta no SUS, levou algumas mulheres a procurarem o atendimento privado. A partir do relato de dez mulheres e das ideias centrais: *O atendimento não foi bom; Apenas no serviço referência descobriu a doença; Na atenção primária o atendimento é demorado; Atenção primária o médico não atende bem; Demora no atendimento; Demorou a ser encaminhada ao serviço referência; Não foi atendida com eficácia e achou o serviço desorganizado; Não foi bem atendida na atenção primária; No Sistema Único de Saúde precisa ter paciência para ser atendida; e Procurou o serviço privado devido à demora no atendimento público*, o DSC foi elaborado:

Eu paguei uma consulta porque para esperar pelo posto de saúde você sabe como que são as condições, é complicada a demora, não

tem um bom atendimento. Aí eu vim morar em Laranjal com meu irmão e daí fui encaminhada para o posto, colhi o Papanicolaou que já fazia mais de quarenta anos que não colhia. Eu só sei que ia num médico, o médico falava uma coisa, aí no outro e falava outra coisa, me dava remédio, me dava isso, me dava aquilo e a gente mora na cidade, vai ao médico que atende com aquela pouca coragem e até é mal tratado na porta dos consultórios, principalmente na cidade em que eu moro, a gente está com um médico que não é um médico, nem sei porque que ele está lá, está todo o povo reclamando que ele não está sendo legal. E, foi ao ponto que eu cheguei lá, fiquei batalhando em cima dela [médica], de dois em dois meses eu estava na ginecologista, cobrando dela e ela passava os remédios de tratamento para parar e não parava, não resolvia. Fui ao endócrino e ele disse: “imagina, isso não é, nunca”. Durante um ano e meio que lutei, ela me mandou para cá, eu vou pra Rubião [HC-FMB]. Fui encaminhada por Deus mesmo a procurar esse serviço porque ninguém falou nada, ninguém falou se aqui era bom ou se era ruim. Vim para UNESP e fiz radioterapia, quimioterapia e cirurgia que tirou tudo: útero, colo, tirou tudo. Depois tive complicações por conta da radioterapia e achei que faltou um olhar da oncologia, acho que faltou um pouco de carinho da equipe, para mim foi um pouco negativo o atendimento neste sentido. Ainda, a primeira vez que eu vim, eu virei uma peteca dentro dessa UNESP, vai para lá, vem para cá, manda para lá, eu fiquei com o pé até inchado. Eu estava com sapato mais de salto, eu não gosto de sapato baixo e Nossa Senhora, vai lá para lá e volta para cá, teve uma hora que eu fui até para ouvidoria, isso foi na primeira vez que eu vim. Depois teve o problema do resultado, então eu achei assim: algumas vezes eu não fui atendida com eficácia. As funcionárias até acabaram discutindo as duas ali na frente por causa de mim. A gente se constrange porque você está causando um problema porque uma falou uma coisa e elas acabaram discutindo, eu só sei que eu fui à ouvidoria e falei: “poxa, se eu estou não podendo andar como é que eu faço tudo isso”, certo? Eu estava bem só vim e tal, mas se eu não pudesse me virar, andar, me locomover como

seria? Então eu achei assim estava uma organização muito ruim de trabalho, não porque não saibam fazer, mas porque estava ruim a maneira, não estava bem conduzida, mas “é SUS meu bem”, então a gente tem que ter paciência, vai fazer o que, eu sou pobre. No ano passado, junho que eu vim aqui, eu também fiquei meio decepcionada porque fiz o ultrassom e falaram que eu estava com um cisto no ovário de cinco centímetros, na hora que eu fiz o ultrassom senti dor que eu nunca tinha sentido e eu fiquei preocupada, mandaram marcar para daí seis meses, só que já deu mais de seis meses, eles marcaram para hoje. No dia que a doutora me mandou vir aqui, eu cheguei aqui e falei para enfermeira: “ela deu uma carta” e estava escrito urgente, eu falei que precisava consultar, e ela falou assim: “quem vai saber se é urgente são os médicos, aqui é um hospital escola”, foi bem estúpida, eu pensei: “eu não vou ficar aqui”. (M2, 5, 6, 8, 17, 22, 23, 25, 28, 38)

A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Os depoimentos de nove mulheres permitiram compreender que o comprometido e competência do profissional de saúde foram fundamentais durante o tratamento da doença. O esclarecimento sobre a doença, a busca por metástases e o apoio do profissional proporcionaram confiança na possibilidade da cura e reestabelecimento breve de uma vida normal. As ideias centrais que dão suporte a esta categoria são: *A importância dos profissionais de saúde durante o diagnóstico e tratamento; Acho que falta seguimento do tratamento com o mesmo médico; Agradece a Deus e ao serviço de saúde pela cura; Atendimento foi muito bom e notou a preocupação em rastrear alterações em outros órgãos; Foi muito bem atendida e agradecida pela eficiência dos profissionais no tratamento; O atendimento e tratamento são bons; Profissionais são atenciosos; Sente-se bem e atribui isso aos profissionais de saúde que são instrumentos guiados por Deus; e Teve seu pedido respeitado ao ser operada*, e o DSC a seguir está pautado nestas ideias:

Os profissionais de saúde foram muito importantes, eu achei que foi um atendimento muito bom, todos muito atenciosos, muitos carinhosos. Desde a primeira vez que me atenderam, do primeiro exame que o doutor fez e falou o que era e me passaram para outros que foi realizada a cirurgia, ele deu a maior força e isso fez enfrentar

tudo. As preocupações de fazer outros exames de glândulas, eles se preocuparam com isso, não foi só abrir, tirar e dizer “tchau”, está tudo certo. Eu acho que os profissionais influenciam muito na vida da gente, é a esperança, estão sempre te dando apoio, acho que você enfrenta porque quando você tem medo e as pessoas te dizem “é normal”, “vai ter cura”, você cria força, o enfermeiro é um amorzinho e eu não voltei mais ver ele e ele falou para mim: “não vai esquecer-se de mim”. Então, em primeiro lugar teve Deus que agradeço muito a Ele de eu estar viva hoje e segundo, abaixo a Deus, os médicos todos daqui de terem me curado, foram muito eficientes, socorreram eu a tempo. Eu penso assim comigo, a minha fé vem de Deus primeiramente, a medicina, eles dependem, desse poder para poder ser inteligente para cuidar de nós. Então, aqui na UNESP, eu fui muito bem atendida e tratada, foi muito bom e graças a Deus eu fui curada, estou bem, estou viva, fui salva por eles, mas eu continuo vindo porque a gente tem medo de voltar. Eu fiquei aqui 45 dias, depois sai, fiquei 15 dias em casa, depois voltei, fiquei mais 15 dias aqui e fui encaminhada para o Hospital Dia e estou fazendo tratamento de saúde, estou acompanhando ainda. Lá [Hospital Dia] eu tive apoio um ano e pouco com psicólogo que tem ali. Em contrapartida, eu gostaria que o grupo de médico que pegasse aquela paciente, que eles fossem até o fim do tratamento, porque é muito trocado, acompanhasse até que a gente tivesse totalmente recuperada porque cada vez é um, falta seguimento assim, porque troca e você fica meio insegura nessa parte, eu acho que é assim, porque então, eu gostaria de ter começado com aqueles médicos e terminar com eles até o fim. Agora vou fazer, se Deus quiser, a reconstrução e eu gostaria que fosse o mesmo grupo sabe, mas não é. Eu falei para o médico que eu não queria moleque operando eu, esses moleques que têm aí e ele disse: “sou eu quem vai operar a senhora”. Eu falei: “não sei, porque depois da anestesia a gente não sabe quem faz nada”. Aí, no outro dia ele foi à beira da cama e falou: “a senhora viu quem operou a senhora?” Eu não, eu não sei, quem sabe é o senhor, mas o senhor não pode mentir porque Deus não gosta que

minta. Não, fui eu quem fez a cirurgia na senhora, fui eu quem operou a senhora. Foi, então amei, amei saber e aí ele me abraçou e disse: “a senhora está curada agora”. Falou que eu estava curada, mas eu acho que a pessoa ficaria mais confiante se fosse o mesmo grupo porque tem pessoas que desistem do tratamento. Eu conheci uma moça que na mesma época que eu, com o mesmo diagnóstico e ela não quis fazer a quimioterapia, ela faleceu um ano depois, ela não quis fazer a quimioterapia. (M4, 5, 9, 14, 15, 18, 19, 22, 25)

DESPREPARO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Por outro lado, na narração de seis mulheres, referiram despreparo do profissional de saúde no diagnóstico e tratamento da doença e isso se torna evidente ao relatarem que o diagnóstico tardio e inexperiência em diagnosticar a doença permitiu que a doença fosse diagnosticada em estágios avançados. Ainda, referiam despreparo na coleta do exame preventivo e o surgimento de sequelas causadas durante o tratamento do câncer. As ideias centrais presentes nesta categoria são: *A conduta médica sempre ameaçou sua vida; A inexperiência do profissional levou ao erro; Após a descoberta da doença foi melhor atendida; O médico a machucou durante coleta do exame preventivo; O médico não diagnosticou corretamente; e O tratamento trouxe sequela*, e se encontra no DSC:

Então, por todos esses anos os médicos me desenganaram, tem uns que nem existem mais, desenganaram a minha mãe que eu ia morrer com vinte anos porque eu tinha um problema de reumatismo crônico e não tem cura, é igual ao HIV, eles desenganaram minha vida, falaram para minha mãe que eu ia para uma cadeira de rodas, que eu não ia poder ter filhos, que eu ia morrer com vinte anos e estou aqui com 49 anos, tive seis filhos e estou aqui. Procurei uma ginecologista, mas infelizmente ela não diagnosticou de primeira, deu um remédio para mim e para meu parceiro, só que no decorrer desse tempo aconteceu de eu ter essa hemorragia. Aí eu fui orientada por outro ginecologista e já comecei a acompanhar aqui. Esse outro ginecologista diagnosticou antes dos exames. A única pessoa assim que por inexperiência foi essa médica que errou. Na braquiterapia eu tive uma lesão de bexiga, queimou a bexiga e um doutor que no dia da consulta o espécuro machucou. Depois disso, de descobrir o certo foi

melhor, eles atendem melhor, mas antes como eu já não tinha útero, só o colo, eu perguntava e eles falaram que não tinha necessidade de colher o Papanicolaou, mas por causa do mioma eu achava que tinha tirado tudo e talvez por isso eles falavam que não precisava colher.
(M2, 16, 21, 22, 27, 32)

CUIDADO DA EQUIPE DE SAÚDE AO DAR A NOTÍCIA DO CÂNCER

A última categoria deste estudo teve a contribuição de quatro mulheres e refere-se ao cuidado da equipe de saúde ao dar a notícia da doença e demonstra a preocupação dos profissionais com as mulheres em situação vulnerável, como por exemplo gestação, senilidade, fragilidade emocional. Notou-se que a notícia quanto ao diagnóstico foi dada juntamente com o apoio psicológico, ao longo do tratamento ou após a certeza da cura. As ideias centrais que contribuíram para construção do DSC foram: *A equipe médica propôs consulta com psicólogo; A notícia que tive câncer foi dada após algum tempo de tratamento; O diagnóstico foi explicado pela médica; e Profissionais são atenciosos e cuidadosos.*

No dia que os médicos me falaram do câncer, melhor, não contaram para mim que eu tinha câncer, eu desconfiei que tivesse porque eles falaram com jeito para não me assustar, não me dar um choque muito grande porque eu estava grávida. Eles falaram para mim que isso não era nada grave, mas tinha a lesão e explicaram um monte de coisa, a gente não entende muito, que iam tratar, depois me contaram que iam tirar o útero e eles não falaram nem depois de operar, foram devagarinho contando, sempre conversaram, que tinha dado um probleminha, mas eu tenho certeza que se eles falassem eu não ia morrer, eu ia me apegar com Deus. O médico, o professor, pediu se eu queria passar pelo psicólogo, eu não quis, aí veio a equipe inteira depois e falou que se eu quisesse até umas horas antes eu podia passar pelo psicólogo. Depois me orientaram que de seis em seis meses eu estaria aqui, me mandavam vir aqui fazer o exame, tinha que fazer o Papanicolaou, aí de seis meses foi passando de ano em ano e depois falou para mim que eu pedisse para Deus para espantar o que eu tinha, daí que foi que a médica contou para mim o que eu tinha, ela falou: “a senhora sabia” e eu falei que não sabia, eu sabia que tinha alguma coisa, alguma coisa que era grave, porque mandava

eu vim e vim e aí eu perguntei para as mulheres aí: “a senhora teve câncer?” porque desconfiei que quando vem de seis em seis meses é porque algum problema sério está acontecendo. Agora eu acompanho direto, faço exame de sangue na minha cidade, exame de sangue e urina e não dá nada. Os médicos são todos muito bons e até pediu um ultrassom do meu intestino, porque eu sou ressecada. Ele pediu agora exame de sangue, de urina e eu vou fazer. O médico daqui de Rubião [HC-FMB] e o de Paranapanema que estudou aqui também pediu os exames e disse que vai fazer um check-up em mim. Disse: “vamos fazer o ultrassom para ver porque a senhora tem o intestino preso”. Eu contei para ele o que eu tive e ele falou: “a senhora está curada, a senhora não tem mais nada, senhora já viu que no exame de sangue não deu nada”. Agora eu vou fazer o outro, exame de urina e ultrassom porque o intestino é preso. (M4, 8, 26, 33)

BUSCA PELO SERVIÇO PRIVADO

Apesar da maioria das participantes deste estudo terem buscado o serviço público e acreditarem na qualidade da assistência, três mulheres necessitaram procurar o serviço privado para serem diagnosticadas. Ainda, a preocupação com a gravidade da doença e com a demora no atendimento no serviço público fez estas mulheres acreditarem que o particular atenderia melhor. As ideias que sustentam esta categoria são: *Precisou procurar o atendimento privado para descobrir a doença; Precisou procurar o serviço privado para ser diagnosticada; e Procura pelo atendimento privado* e a seguir mostrar-se o DSC:

Eu tratava no posto, falavam que era ferida no colo do útero, eles queimavam e colhiam o Papanicolaou, e sempre ficavam queimando e nada de melhorar. Aí meu marido tem Unimed, eu sentia dor, trabalho sentada, eu sentia dor aqui do lado. Eu falei para o meu marido e ele: “vai no da Unimed que na UNESP vai demorar”. Daí nós viemos procurar o especialista no particular e ele pediu outro ultrassom, mas não estava no ovário, estava na trompa, um “salsichão” assim, mas os ovários estavam grudados todo no intestino, estava com aderência. Daí ele descobriu e já encaminhou para UNESP. Nossa... ele foi muito legal, foi ele que conseguiu aqui para mim para eu fazer a cirurgia, marquei a cirurgia, eu operei, em

dezembro. Então, primeiro, fez os exames e em seguida já operou e já começou o tratamento, graças a Deus já sarei. Eu tenho essa revolta, eu precisei procurar um serviço particular, o médico particular.
(M17, 23, 25)

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E AMIGOS

Durante o tratamento da doença, três mulheres afirmaram que o apoio e presença da família e amigos contribuíram com o restabelecimento e superação dos efeitos desagradáveis do tratamento. Ainda, o fato de possuir familiares e amigos por perto foi motivador e proporcionou confiança e não permitiram que as mulheres se sentissem sozinhas para enfrentar a doença e o tratamento. O DSC apresentado exhibe as seguintes ideias centrais: *Durante tratamento teve ajuda da família; Fez o tratamento corretamente e teve apoio dos amigos; Foi bem orientada e recebeu apoio da família.*

Fui bem orientada quanto ao tratamento, fiz tudo que o médico mandou porque eu tenho a minha mãe e ela me acompanhava, nunca vim sozinha, sempre comigo, nunca me abandonou, desde que eu comecei o tratamento, quando não era ela, era o meu irmão que estava por aqui, sempre por perto. Minha sobrinha também, como a minha filha tem um bebê, cuidou, me ajudou muito. A família e os amigos que eu tinha estiveram ao meu lado. (M4, 6, 31)

PREOCUPAÇÃO COM A RECIDIVA DA DOENÇA

A preocupação com a recidiva da doença foi evidenciada no relato de duas mulheres. Tal fato mostra que estas mulheres, após o diagnóstico de câncer de colo do útero, passaram a buscar o serviço de saúde com mais frequência ao identificarem qualquer alteração no seu estado de saúde. Além disso, no dia da consulta de retorno, demonstraram-se ansiosas com o resultado do Papanicolaou, fato este evidenciado pela pesquisadora no dia da entrevista: medo das mulheres do exame preventivo ter apresentado alguma alteração, ou melhor, indício que a doença voltou. As ideias centrais são: *O médico atendeu sua queixa e fez rastreamento por meio da realização de exames; e Preocupa-se com o resultado do Papanicolaou*, e possibilitaram a elaboração do DSC a seguir:

Agora eu me preocupo muito com o resultado do Papanicolaou. Eles falam que está tudo bem comigo, pois colho o Papanicolaou de três em três meses. Ainda, na minha última consulta na oncologia, eu falei

para o doutor que eu estava com dor na minha virilha e daí ele pediu para fazer exame de cintilografia e viu que tinha qualquer coisa e pediu uma tomografia, mas no dia da cintilografia eu perguntei: “doutor porque fazer isso?” e ele me disse: “pode ser que você está com câncer no osso”, só que não era, deu artrose e ele disse que isso já faz parte da ortopedia e acho que precisava me encaminhar para lá. Então, você fica meio assim, aí até ia pedir uma interconsulta hoje para o médico. (M9, 27)

5 DISCUSSÃO

Buscando responder as necessidades individuais e sociais das mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero, atendidas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do HC-FMB e discutir as ações programáticas dos serviços de saúde que assistiram esta população, consideramos importante direcionar nossa discussão para assuntos relacionados à vulnerabilidade, representação social da doença e estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Acreditamos, ainda, que para questionarmos aspectos individuais, sociais e programáticos, é necessário compreender que o indivíduo é revestido de valores, crenças, experiências significativas, necessidades sociais e conhecimentos, e que os serviços de saúde dependem de recursos materiais e humanos disponíveis, profissionais capacitados e infraestrutura adequada. É neste contexto que o processo de saúde e doença acontece e transforma a realidade das mulheres deste estudo, que vivenciam o processo de adoecimento e seus agravos, e que por meio de seus depoimentos foram capazes de expressar suas condições e hábitos de vida, medos e incertezas, crenças, projetos e percepções em decorrência ao diagnóstico de câncer de colo do útero.

Os potenciais de adoecimento e agravos ao câncer de colo do útero, portanto, dependem de condições sociais, ambientais, políticas e econômicas, além das características biológicas e comportamentais dos sujeitos ⁽¹⁰⁸⁾. Ao identificarmos estes aspectos, na verdade, estamos buscando encontrar soluções para realização de uma prevenção eficaz à saúde da mulher em situação de vulnerabilidade.

Quanto ao levantamento das características individuais que tornaram as mulheres vulneráveis ao câncer de colo do útero, nossos achados identificaram que a idade do diagnóstico corroborou com o que, no Brasil, o INCA afirmou em publicação no ano de 2016 e a IARC já havia declarado anteriormente. De acordo com o INCA e IARC, o aparecimento de câncer invasor de colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixo e o rastreamento não é eficaz para detectá-lo, perdendo-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do câncer de colo do útero. A IARC também afirma que em mulheres entre 35 e 64 anos, após um exame citopatológico negativo, o exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com eficácia semelhante à realização anual. Considera, ainda, que tratar estas lesões antes dos 25 anos de idade acarretaria um aumento importante de colposcopias, elevaria o risco de morbidade obstétrica e neonatal associado a uma futura gestação e que nesta idade há grande probabilidade da doença regredir. Após os 65 anos, não se pode afirmar que o rastreamento seja seguro, mas acredita-se que mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos e com exame

citopatológico normais apresentam redução de 84% no risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 83 anos ^(46, 109).

Outra evidência é da “*United States Preventive Services Task Force*” (USPSTF) que recomenda a realização do exame de Papanicolaou em mulheres de 21 a 65 anos a cada três anos, ou, para as mulheres com idade de 30 a 65 anos, que querem prolongar o intervalo de rastreamento, uma combinação com o teste de HPV e a citologia convencional a cada cinco anos. Ainda, recomenda o teste de HPV em mulheres com idade inferior a 30 anos e a coleta do exame preventivo em mulheres com idade superior a 65 anos que apresentaram rastreamento prévio adequado e não pertencem a população de risco para o câncer de colo do útero. Já as mulheres com menos de 21 anos e submetidas a histerectomia total, e que não têm uma história de neoplasia cervical intraepitelial ou câncer cervical, não tem recomendação para o rastreamento ⁽¹¹⁰⁾.

Ainda, na Finlândia o programa de rastreamento está organizado nos serviços de atenção primária e cada município tem autonomia para organizar o programa de rastreamento para detecção precoce da neoplasia cervical. A coleta do exame de Papanicolaou, portanto, em algumas localidades, é realizado com mulheres na faixa etária compreendida entre 30-60 anos e outros municípios com mulheres entre 25-65 anos, mas em ambos ocorrem no intervalo de cinco em cinco anos. Tais mulheres recebem uma carta convite para comparecer no serviço de saúde e realizar o exame preventivo, sendo este colhido pelas parteiras e enfermeiras que atuam nos cuidados da atenção primária ⁽¹⁴⁾.

Nosso trabalho constatou também que a maioria das mulheres não eram tabagistas e não ingeriam bebidas alcoólicas com frequência. Contudo, uma literatura associou esses hábitos como fatores de agravamento à doença ⁽¹¹¹⁾.

Corroborando com esta evidência, um estudo realizado com 142 prontuários, no município de Cáceres, Mato Grosso, observou que 44% das mulheres eram fumantes ou ex-fumantes e, destas, 69% fumam ou fumaram por mais de 10 anos, havendo evidência neste estudo que àquelas que o consumo foi superior há seis anos, o risco do câncer de colo do útero tornou-se elevado ⁽¹¹²⁾.

Outro estudo realizado em Teresina, Piauí, com 51 mulheres que compareceram espontaneamente na unidade de saúde para realização do exame citopatológico, identificou que 21,6% destas, consumiam bebidas alcoólicas diariamente. Tal comprovação foi considerada um importante fator de risco à saúde, pois tanto a ingestão de bebidas, quanto o tabagismo, tornaram as mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero mais exposta

aos riscos de agravos de sua doença quando comparadas a mulheres que apresentam hábitos saudáveis de vida ⁽¹¹³⁾.

Em relação ao uso contínuo de anticoncepcional oral, grande parte das mulheres deste estudo fez uso do medicamento por mais de dez anos. De acordo com investigação realizada com 3.831 laudos de mulheres submetidas ao exame de citologia oncótica, no município de Anápolis, Goiás, apenas 24 mulheres apresentaram algum tipo de lesão intraepitelial e 20,83% destas mulheres, fizeram uso de anticoncepcional por mais de cinco anos. Pode-se constatar, ainda, que o uso do contraceptivo associado à infecção pelo HPV, foi responsável por mudanças nas células cervicais e evolução das lesões intraepiteliais. Outra questão relacionada ao uso de anticoncepcional oral é o aumento da exposição ao HPV devido às mulheres sentirem-se mais seguras para se relacionarem com seus parceiros de modo desprotegido ⁽¹¹⁴⁾. Em contrapartida, acredita-se que mulheres em uso de contracepção oral por estarem mais vulneráveis às alterações cervicais, recorrem à unidade de saúde com maior frequência e submetem-se ao exame preventivo com periodicidade podendo detectar precocemente as lesões de colo do útero ⁽¹¹⁵⁾.

Diferente a outros tipos de câncer como, por exemplo, o câncer de mama, o câncer de colo do útero se desenvolve por meio da infecção pelo HPV, podendo ocorrer em mulheres sexualmente ativas com maior incidência acima dos 25 anos e sendo transmitido pela relação sexual, é evitável se ocorrer abstinência sexual, relação protegida e vacina contra os tipos de HPV oncogênicos ⁽¹¹⁶⁾. Sendo assim, quando as mulheres em estudo foram questionadas quanto à história familiar de câncer, pretendeu-se compreender se estas já haviam passado pela experiência de vivenciar casos de câncer na família.

Ademais, observou-se que na maioria das mulheres a primeira relação sexual e a maternidade aconteceram na fase da adolescência, assim como, metade das mulheres do nosso estudo tiveram quatro gestações ou mais, sendo que uma mulher relatou apresentar dezoito gestações.

Corroborando com tais achados, um estudo demonstrou que a sexarca precoce está associada principalmente a ser negra, filha de mãe adolescente e pais separados, baixo nível de instrução e socioeconômico, autoestima baixa, insegurança, influência da mídia, desconhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, influência social e do meio em que vive, falta de diálogo com os pais, insistência do parceiro, falta de educação sexual na escola, desemprego, uso de drogas e álcool, não praticar religião e influência dos amigos que já tiveram relação sexual ⁽¹¹⁷⁾.

A maternidade é um fator de risco para infecção pelo HPV, sendo o câncer de colo do útero o mais comum entre os tipos de cânceres associados à gravidez. É fato que a gravidez causa um desequilíbrio na flora vaginal da gestante, deixando-a mais vulnerável a contaminação e desenvolvimento de agentes infecciosos e, dentre estes, o HPV. Na verdade, modificações decorrentes da gestação como, por exemplo, a ação do estrogênio, dificultam a avaliação clínica de anormalidades no colo do útero e a coleta do exame preventivo devido o aumento significativo do conteúdo cervical, que principalmente em primíparas, pode levar a exteriorização da endocérvice (ectopias) ⁽¹⁰⁸⁾.

Estudo desenvolvido com 302 mulheres constatou em 18,2% a presença do HPV e destas 56,36% eram gestantes, observando-se associação significativa entre as gestantes quando comparadas às não gestantes. Ainda, evidenciou-se que as gestantes apresentaram fatores de risco como início da atividade sexual precoce e nunca haviam realizado do exame citopatológico ⁽¹¹⁸⁾. Outro estudo realizado em um hospital da capital Paulista identificou que, de 250 prontuários de mulheres com câncer de colo do útero, 11 eram gestantes e destas 46% eram jovens com idade entre 15 a 29 anos ⁽¹¹⁹⁾.

No entanto, a multiparidade foi um fator protetor para o desenvolvimento do câncer de colo do útero e não esteve relacionada à maior incidência de HPV ^(118, 120). Contrariando estes autores, foi demonstrado por meio da análise dos resultados de 2.604 prontuários de exames citopatológicos que dentre as mulheres que apresentaram casos positivos de câncer de colo do útero, a multiparidade foi o fator de risco predominante em 100% dos achados ⁽¹²¹⁾ e, evidenciado que mulheres com mais de quatro filhos, a chance de desenvolverem câncer de colo uterino torna-se elevada ⁽¹²²⁾. Ainda, estudo realizado no município de Palhoça, Santa Catarina, observou que das mulheres que apresentaram alterações histopatológicas relacionadas ao HPV, 52,20% eram múltíparas ⁽¹²³⁾.

Quanto ao número de parceiros sexuais durante a vida, uso de preservativo e presença de outras infecções sexualmente transmissíveis, foi possível notar, que a maioria relacionou-se com menos de cinco companheiros, não fez uso de preservativo antes e após o diagnóstico da doença e não apresentou outras infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, mesmo constatando que mais da metade das mulheres tiveram até quatro companheiros, ressalta-se que não apenas o número de parceiros contribui para o aumento dos potenciais de adoecimento, mas, principalmente, a infecção pelo HPV é responsável pelo desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Concordando com isso, de 93 mulheres com câncer de colo do útero pesquisadas no estado de Minas Gerais, 67,7% declararam ter tido apenas um parceiro durante sua vida

⁽¹²⁴⁾. Em contrapartida, outro estudo mostrou que mulheres que tiveram mais de três parceiros e não fizeram uso de preservativos ou o utilizaram apenas algumas vezes, apresentaram maior prevalência para infecção pelo HPV e avaliação citopatológica alterada ⁽¹²⁰⁾. Além disso, o aumento no número de parceiros e a falta do uso constante do preservativo entre mulheres sexualmente ativas elevam risco de adquirir HPV ^(46, 118).

Verificou-se, ainda, em pesquisa realizada no Instituto Penal Feminino do estado do Ceará que a maioria das detentas apresentava fatores de risco favoráveis à neoplasia cervical, tais como coitarca com idade inferior a 15 anos e 8,6 parceiros sexuais, em média, durante sua vida. Contudo, também foi observado que 72,2% destas declaram uso do preservativo, porém, somente 30,7% disseram utilizá-lo em todas as relações, evidenciando assim maior exposição à infecção pelo HPV e outros agentes sexualmente transmissíveis e, conseqüentemente, deixando-as mais vulneráveis ao câncer de colo uterino em razão da precocidade da primeira relação sexual, uso irregular de preservativo e multiplicidade de parceiros ⁽¹²⁵⁾.

Entre a população jovem, as infecções sexualmente transmissíveis predominantes são herpes genital (17%) e HPV (25%) verificada na faixa etária de 10 a 24 anos. Considera-se que atualmente o início da vida sexual é precoce e que muitos adolescentes não utilizam preservativos, permitindo que estas infecções tornam-se frequentes e aconteçam mais cedo que os padrões normais ⁽¹²⁶⁾. Em gestantes, as infecções sexualmente transmissíveis não tratadas são responsáveis por abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal e na população como um todo, a contaminação por clamídia é causadora de infertilidade conjugal ⁽¹²⁷⁾. Ainda, é necessário destacar que mulheres com HPV e outras infecções em geral estão mais suscetíveis a agravos a sua saúde e, neste caso, ao desenvolvimento mais rápido de carcinomas invasores de colo do útero ⁽⁴⁶⁾.

No que diz respeito às características sociais, comprovou-se predomínio da cor branca (cor declarada), ensino fundamental completo ou incompleto, católicas, casadas, renda familiar entre um e dois salários mínimos e moradia própria.

Estudo realizado com 198 mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero e atendidas no hospital de Tikur Anbessa, na cidade de Adis Abeba, capital da Etiópia, demonstrou que a maioria das pacientes era casada (51%), dona de casa ou agricultora (76,3%) e analfabeta (52%). Sendo assim, aspectos socioeconômicos como nível de escolaridade, renda e ocupação, influenciam na tomada de decisão destas mulheres devido dependerem economicamente do cônjuge. Ainda, estão mais expostas a transmissão do HPV, pois apresentam mais dificuldade para compreender os fatores de vulnerabilidade ao câncer

cervical. Estas, também, realizam com menor periodicidade o acompanhamento ginecológico e exame preventivo e apresentam-se menos conscientes quanto aos agravos decorrentes da doença elevando a chance de diagnóstico tardio ⁽¹²⁸⁾.

Outra evidência foi observada no município de Serranópolis de Minas, estado de Minas Gerais com a participação de 44 mulheres com câncer de colo do útero. Constatou-se que a maioria era casada (75%), cor branca (31,82%) ou preta (29,55%), e dentre as mulheres negras, grande parte tinha baixo grau de instrução e condição socioeconômica desfavorável. Desse modo, os autores concluíram que a cor não exerce nenhuma influência sobre ter ou não câncer de colo uterino, mas que as mulheres negras deste estudo tiveram maiores chances de desenvolver a doença em decorrência da dificuldade de acesso ao exame preventivo e deficiência nas estratégias de captação desta população ⁽¹²⁹⁾. Acredita-se também que a baixa escolaridade e condição socioeconômica contribuem para a não adesão ao tratamento das lesões precursoras, elevando assim a incidência da doença invasiva ⁽¹³⁰⁾.

Concordando com nosso estudo, uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, com 120 mulheres, dividida em dois grupos: idade reprodutiva e idade não reprodutiva, constatou que mulheres brancas em ambos os grupos, 36,7% para o grupo de idade reprodutiva e 43,3% para o grupo de idade não reprodutiva, apresentaram maior predisposição às lesões precursoras do câncer de colo do útero associadas à infecção pelo HPV. Aquelas de cor preta representaram 30% no grupo em idade reprodutiva e 40% no grupo em idade não reprodutiva ⁽¹³¹⁾.

Em estudo realizado na região Norte do Brasil notou-se que a prática religiosa não interferiu na realização do exame preventivo, mas que as mulheres participantes de atividades religiosas encontram neste local um espaço físico e social de acolhimento e isso pode contribuir para a melhora de hábitos saudáveis de vida e conseqüentemente, aumentar a cobertura dos programas de rastreamento para o câncer de colo do útero ⁽¹³²⁾. A religião, no entanto, pode ir além de influenciar em práticas religiosas, não só incentivando hábitos saudáveis, mas também serve de “apoio social e psicológico, reforço da autoestima e o fornecimento de uma estrutura para suportar os eventos da vida” ^(133:1).

Outro aspecto social que mereceu destaque foi a participação das mulheres como profissional economicamente ativa, antes e após o diagnóstico e tratamento da doença. Considerando o câncer de colo do útero, se tratado precocemente, como sendo um dos tipos de cânceres com bom prognóstico e poucas chances de sequelas, este estudo mostrou que a maioria das mulheres parou de trabalhar após a doença devido muitas destas apresentarem

sequelas após o tratamento, decorrente, por exemplo, de complicações ocasionadas pela braquiterapia.

Corroborando com nosso estudo, foi ressaltado que o adoecimento pode interferir na situação financeira do indivíduo e seus familiares de modo direto, representado pelos gastos como compras de medicamentos e internações hospitalares; ou indireto, responsável pela perda da produtividade no trabalho devido incapacidade, momentânea ou vitalícia, do indivíduo acometido pela doença. Em relação ao câncer de colo do útero, mulheres em baixa condição socioeconômica, mesmo utilizando os serviços públicos de saúde, apresentam dificuldades para manter boas condições de saúde e limitações das suas atividades profissionais⁽¹³⁴⁾.

Na Inglaterra, um estudo observou o efeito negativo do trabalho em pacientes com câncer e mostrou que 17% dos indivíduos após o tratamento da doença apresentam-se menos propensos a trabalhar ou trabalham, em média, 5,6 horas a menos por semana quando comparadas com pessoas saudáveis. Evidenciou-se também que tal desalento em retornar ao trabalho persiste por pelo menos um ano após o fim do tratamento⁽¹³⁵⁾.

Outro estudo realizado em Coimbra, Portugal, constatou que 95% dos participantes encontraram-se afastados das suas atividades profissionais devido à doença. Observou ainda que o câncer promove profundos impactos na qualidade de vida dos doentes e que estes, não apenas, são decorrentes de sintomas físicos como da dor, náuseas, vômitos, fadiga, insônias, anorexia e alterações no autocuidado, dificuldade de convívio familiar, ocupacional e social, bem como, dentre mais frequentes, estavam os impactos social e financeiro devido ao absentismo profissional⁽¹³⁶⁾.

Buscando discutir as características programáticas dos serviços de saúde este trabalho pôde observar que, antes da doença ser diagnosticada, 34,2% das mulheres faziam o exame preventivo anualmente e 34,2% afirmaram que nunca haviam realizado a coleta da citologia oncótica. Já após confirmação do câncer de colo do útero, 50% passaram a realizar o exame anualmente e 47,4% o fazem semestralmente. A grande maioria (92,1%) relatou não ter tido dificuldade para o agendamento do exame preventivo nos serviços de saúde.

Concordando com nossas evidências, trabalho realizado com mulheres com câncer cervical no estado de Minas Gerais, região do Triângulo Mineiro analisou a prática da realização do exame de citopatológico, percebendo que 65% das usuárias do serviço de saúde realizavam o exame anualmente e as demais nunca colheram o exame e, destas, 75% procuraram pela consulta ginecológica após sintomas da doença, permitindo assim a realização tardia do diagnóstico de câncer de colo do útero. Quando questionadas o motivo da

não realização do Papanicolaou alegaram não terem vida sexual ativa, ter parceiro fixo, desconhecer o exame, não consideravam necessário ou importante a realização do exame, usar preservativo em todas as relações sexuais, estar utilizando método contraceptivo, não apresentar queixa ginecológica ou corrimento vaginal, nunca ter tido doença sexualmente transmissível, pensar que o exame fosse pago, dificuldade de acesso a unidades de saúde que realizassem o exame, as unidades que realizam o exame funcionavam somente no horário comercial, a unidade alegou falta de material para realização do exame, não conseguia agendar o exame na unidade de saúde, achava que não fosse mais necessário por ser jovem, tinha vergonha de realizar o exame, o companheiro não permitia a realização do exame, esqueceu-se de realizar o exame, não sabia onde realizar o exame, esqueceu-se de buscar o resultado do exame, a religião não permitia e não sabia que se podia prevenir um câncer⁽¹³⁷⁾.

Considera-se, portanto, que a baixa adesão ao exame de Papanicolaou é uma barreira importante para o diagnóstico precoce, mas superada por algumas mulheres que atribui ao câncer sendo uma doença que inspira medo e incertezas e por este motivo realizam o exame. Contudo, quando a mulher não apresenta sintomas da doença e tem história familiar negativa para o câncer, a não adesão ao exame preventivo de rotina fica mais evidente. Tal comportamento é significativo para o aumento da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero de mulheres diagnosticadas tardiamente⁽¹³⁸⁾. Um estudo realizado com pacientes oncológicas demonstrou que um quarto a um terço da população feminina não sente necessidade de realizar o exame citopatológico de rotina devido à ausência de sintomas⁽¹³⁹⁾.

Dentre os fatores principais para a não realização do exame, outros dois estudos ainda destacaram o desconhecimento da importância da prevenção, medo tanto do exame quanto do resultado para o câncer, vergonha devido exposição da intimidade e principalmente se o profissional de saúde for do sexo masculino, valores culturais que dificultam mudança de atitude, ter emprego e filhos, dificuldades de acesso à unidade de saúde, e negligência dos profissionais como à falta de orientação e informação sobre o que é o câncer, medidas de prevenção e a importância da realização do exame^(140, 141).

Estudo desenvolvido no município de Londrina, estado do Paraná, Brasil, demonstrou que os principais motivos para não realização do exame preventivo estavam relacionados às crenças e atitudes em saúde, tais como a vergonha e não lembrarem o motivo do não comparecimento à unidade de saúde para realização do exame. Referiram também, dificuldade para comparecer ao serviço devido a sua organização como horário do atendimento da unidade. Quando questionadas sobre sugestões para solução destes fatores foram mencionadas: melhoria da infraestrutura da Unidade Básica de Saúde como, por

exemplo, maior número de salas para atendimento, rapidez nos procedimentos, número de funcionários suficientes, conforto local, serem atendidas pelo médico, profissionais do sexo feminino para a coleta do exame e capacitação profissional ⁽¹⁴²⁾.

O exame citopatológico periódico, até o momento, é a melhor maneira de realizar o rastreamento do câncer de colo do útero e reduzir a incidência de mortalidade do câncer cervical invasor. Contudo, este rastreamento só é eficaz se houver um sistema bem organizado para acompanhamento e tratamento da população feminina, devendo atingir a maior proporção de mulheres e estar preparado para oferecer uma assistência à saúde de qualidade ⁽¹⁴³⁾.

A respeito dos motivos da procura ao serviço de saúde, as participantes deste estudo relataram consulta de rotina, mas a maioria foi após apresentar sintomas como sangramento entre ciclos/pós-menopausa/pós-coito, hemorragia, dor pélvica, dispareunia, leucorreia, condiloma, ardência/dor ao urinar e perda de peso. Identificou-se também que o tempo de procura pelo serviço de saúde, descoberta da doença e início do tratamento foi um ponto importante deste estudo, evidenciando que a maioria das mulheres iniciou o tratamento após a procura por atendimento em um intervalo igual ou inferior a um mês.

Contradizendo nossos achados, estudo desenvolvido no município de Manaus, estado de Amazonas, relatou que das 186 mulheres que compareceram para consulta ginecologia, 66,2% procurou espontaneamente a unidade de saúde para realização do exame preventivo e apenas 10,3% devido apresentar queixas ginecológicas ⁽¹⁴⁴⁾. Semelhante a este, outro estudo revelou que a maioria das mulheres realizou a citologia cervical independentemente de apresentar queixas. Contudo, foi percebido que a busca pelo exame foi uma forma de cuidado à saúde sexual feminina e não uma maneira consciente de prevenção para o câncer de colo do útero. Ainda, observou-se que a maioria realizou o exame pela primeira vez na consulta de pré-natal ou após a maternidade e uma pequena parte destas foi motivada a procurar por consulta ginecológica devido mal-estar e queixas ⁽¹⁴⁵⁾.

Reforçando nosso trabalho, um estudo mostrou que mulheres de baixa condição socioeconômica tendem a realizar o exame citopatológico apenas depois de experimentarem sintomas ⁽¹⁴⁶⁾. Estudo realizado em Aracaju, estado de Sergipe, mostrou que em relação às queixas ginecológicas que motivaram as mulheres buscar o serviço de saúde para realização do exame preventivo foram, em 60,6% dos relatos, leucorreia com odor fétido, prurido e dispareunia. Contudo, foi confirmado que a maioria das queixas foi referente à vulvovaginite, mas que estas mulheres apresentavam um perfil sexual preocupante em decorrência de sexarca precoce e não utilização do preservativo, fato significativo para o desenvolvimento de

lesões precursoras para o câncer cervical ⁽¹⁴⁷⁾. Já algumas mulheres que tiveram câncer de colo do útero relataram, assim como no nosso estudo, que antes do diagnóstico da doença eram presentes sintomas como dor, corrimento e hemorragia e após o tratamento do câncer apresentaram dispareunia, estenose, diminuição da lubrificação, dor e incontinência urinária ⁽¹⁴⁸⁾.

Quanto ao início do tratamento após o diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero cabem aos serviços de atenção primária à saúde encaminhar imediatamente para início do tratamento nos serviços especializados, pois são responsáveis de propor ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual. Sendo assim, é papel da atenção primária organizar a referência e contra referência para os serviços de saúde, e ser responsável pela saúde dos indivíduos em qualquer localidade de atenção à saúde que estes usuários se encontrarem ⁽⁴⁶⁾.

Os serviços de atenção secundária e terciária devem estar organizados para apoiar e complementar a atenção primária à saúde, servindo de referência a estas e disponibilizando atendimento mediante encaminhamento. Para os casos sugestivos de câncer de colo do útero, deve-se confirmar o diagnóstico pela realização de colposcopias e biópsias e tratar ambulatoriamente as lesões precursoras e em situações mais graves, diagnóstico confirmado da neoplasia, encaminhar para os serviços especializados e realizar os tratamentos indicados pelo serviço de saúde ⁽⁴⁶⁾. Sendo assim, se a doença for diagnosticada precocemente e o tratamento realizado corretamente, as chances de reduzir quase que totalmente o desenvolvimento da doença são grandes, levando em conta a evolução lenta e gradativa ⁽¹⁴⁹⁾.

Referindo-se às sequelas acarretadas pelo radioterápico, as mulheres apresentaram complicações como, principalmente, estenose vaginal, seguido de irritabilidade vesical, diarreia, alterações cutâneas, fístulas intestinais ou vesicais e fibrose vaginal são frequentes em mulheres após tratamento para o câncer cervical ⁽¹⁵⁰⁾.

A seguir a discussão volta-se para a categorização dos discursos dos sujeitos coletivos, elaborada por meio dos depoimentos das mulheres deste estudo. A busca por respostas para as questões deste estudo e visando melhor direcionamento da temática proposta, optou-se por revisitar a história natural da doença com enfoque na vulnerabilidade.

No diz respeito ao câncer de colo do útero deve-se considerar que o seu rastreamento está baseado na história natural da doença e no importante fato de que a doença evolui a partir de lesões precursoras que, se detectadas e tratadas adequadamente, impedem o desenvolvimento do câncer invasor ⁽⁷⁷⁾.

O enfoque na vulnerabilidade permite que essa seja entendida de diversas formas. Primeiramente, deve-se considerar que as mútuas interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às condições de gênese do agravo, mas o determinam ao longo de todo o curso do processo patogênico, inclusive seus desfechos. Assim, a atenção à saúde não se limita apenas na prevenção primária, mas também na descoberta precoce do diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo e considera que os processos saúde-doença passem a ser entendidos como processos saúde-doença-cuidado. Os agentes biológico, físico ou químico não são considerados agressores por si só, mas dependem do ambiente cultural e sócio-político e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem. Sendo assim, no quadro da vulnerabilidade a história natural da doença está relacionada à história social do indivíduo que vivência o processo de adoecimento, e se, portanto, seu foco principal é a sociedade, deve-se destacar a responsabilidade e ação de governos e dos programas públicos de saúde como parte integrante dos determinantes contextuais e sociais no processo saúde e doença⁽⁹⁰⁾.

Na tentativa de compreender os motivos e a percepção da doença entre mulheres vulneráveis ao câncer de colo do útero, os discursos construídos em cada categoria permitiram constatar que as mulheres atribuíram a seu processo de adoecimento significados como sinais e sintomas do câncer, infidelidade do cônjuge, relação sexual desprotegida, multiplicidade de parceiros e multiparidade, periodicidade da consulta ginecológica e exame preventivo, tabagismo e contracepção, aspecto emocional, violência sexual, abortamento provocado, câncer como sendo processo natural, hereditariedade, negação da doença e não souberam dizer a causa.

Muitas mulheres ainda encontram dificuldades para realização do exame preventivo e buscam atendimento médico ou de enfermagem apenas quando apresentam sinais e sintomas da doença. Nota-se também que a busca não é pela consulta ginecológica, mas para realização o Papanicolaou e confundem este exame com um cuidado preventivo, pois acreditam que realizar o exame simplesmente previne o câncer e mesmo constatando mudanças no seu corpo sugestivas de algo mais grave não atribuem tais alterações a possibilidade de estarem desenvolvendo a doença⁽¹⁵¹⁾.

Quando isso acontece, além de aumentar as chances de diagnóstico tardio e em estágios mais avançados, esta atitude demonstra que o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e as usuárias ainda não foi efetivado. Atualmente, além das orientações dos profissionais da saúde, a mídia também estimula os indivíduos a buscar uma vida saudável e contribui destacando, em alguns momentos, a importância de realização do exame

citopatológico e rastreamento do HPV como ocorrem em outros países. Sabe-se que é por meio da educação em saúde que a equipe disponibiliza, às mulheres que procuram o serviço, informações que influenciarão na sua adesão e busca pelo autocuidado ⁽¹⁵¹⁾.

Quanto à infidelidade conjugal, um estudo realizado com 30 mulheres no município do Rio de Janeiro demonstrou que a descoberta do câncer interferiu significativamente na sua relação afetiva e conjugal, pois parte das mulheres associou o surgimento da doença à infidelidade do cônjuge e este fato gerou sentimento de indignação devido o parceiro ser o culpado pelo diagnóstico do câncer de colo uterino. Alguns relatos evidenciaram que, após a descoberta da doença, muitas optaram pela abstinência sexual e exigiram a participação do companheiro nos afazeres domésticos ⁽¹⁵²⁾.

Concordando parcialmente com nossos achados, o estudo anterior também observou que a maioria das mulheres atribuiu ao cônjuge a responsabilidade pela transmissão do HPV por meio da relação sexual e associou esta ocorrência ao surgimento de alterações cervicais. Contudo, foi percebido um “sentimento de conformação” por parte das mulheres estudadas, pois afirmam que o problema é advindo do homem, mas acreditam que ele ocorre espontaneamente e não está associado à infidelidade conjugal. Outra parte das mulheres, portanto, relatou que o gênero masculino está mais propenso ao sexo, podendo ter tido antes do casamento outros relacionamentos e estes serem considerados a causa do seu problema de saúde ⁽¹⁵²⁾. Ainda, a relação entre Papanicolaou e infidelidade é uma forma de incentivo para a realização do exame, pois algumas mulheres realizam a citologia como uma maneira de conferir a fidelidade dos seus parceiros ⁽¹⁴⁵⁾.

No entanto, quando se relaciona o câncer de colo do útero e a transmissão do HPV por via sexual, os fatores de risco da doença, na percepção de algumas mulheres, atrelam-se a sua fase de vida. A literatura mostra, por meio de alguns relatos, que mulheres senis ou sem companheiros admitem uma vida sexual inativa e, por conta disso, acreditam não apresentarem possibilidade de desenvolverem o câncer cervical. Aquelas com parceiro fixo não se consideram no grupo de risco por confiar no companheiro, manifestando impossibilidade de serem contaminadas pelo HPV ⁽¹⁴⁵⁾. Sendo assim, julgou-se importante destacar que na prática sexual desprovida do uso de preservativos ocorre um aumento do risco para a suscetibilidade ao HPV. Identificou-se que mulheres casadas ou em relacionamento estável, acreditando estabilidade na sua vida sexual, preferem usar anticoncepcional oral ou injetável como método de controle de natalidade, optando com menor frequência pela utilização do preservativo. Em contrapartida, mulheres solteiras e sem parceiros fixos estão menos expostas a apresentarem infecção pelo HPV por aderirem com maior frequência ao uso

de preservativos ⁽¹³¹⁾. Concordando com isso, outro estudo mostra que mulheres em união estável são mais seguras, confiantes no relacionamento e desprovidas de meios de prevenção adequados às infecções de transmissão sexual, ficando vulneráveis as infecções pelo HPV ⁽¹⁵³⁾.

Ainda, constatou-se que, principalmente após a menopausa, a maioria das mulheres não tem o hábito de utilizar preservativo durante o ato sexual ⁽¹³¹⁾ e evidenciou-se, em um estudo realizado com idosos infectados com HIV, que nenhum utilizava preservativo antes de se infectarem, sendo possível constatar que era grupo vulnerável à infecção por HPV ⁽¹⁵⁴⁾.

No entanto, sabe-se que a relação sexual desprotegida e múltiplos parceiros são fatores de risco e agravo à saúde da mulher, aumentando as oportunidades de gravidez não planejada e contaminação por agentes sexualmente transmissíveis e, conseqüentemente, pelo HPV. Em pesquisa realizada com mulheres presidiárias a maioria (84,5%) declarou fazer uso de preservativo como uma maneira de evitar a gravidez e prevenção de infecções transmitidas pela relação sexual. Contudo, uma pequena minoria (1,3%) não tinha qualquer conhecimento da finalidade do método de barreira ⁽¹⁵⁵⁾.

Corroborando com nosso estudo, quando questionadas a maioria das mulheres de um município do interior do Ceará tinham conhecimento que a pluralidade de parceiros e a não utilização frequente de preservativo aumentavam as chances de infecções transmissíveis sexualmente. Contudo, constatou-se que apenas 17,5% mencionaram o HPV como sendo de transmissão sexual, tornando-as vulneráveis ao câncer e colo do útero ⁽¹¹⁵⁾.

Neste contexto, destaca-se que a consulta ginecológica pode ser uma oportunidade de esclarecimento e orientação da importância, por parte dos profissionais de saúde, à mulher quanto à realização do exame preventivo. Sendo assim, a mulher deve ser informada que o exame citopatológico é parte do processo de rastreamento de lesões precursoras para o câncer de colo do útero e esse deve ser coletado após os 25 anos de idade, estendendo-se até os 64 anos e repetido a cada três anos, se dois exames consecutivos apresentarem resultados normais ⁽⁴⁶⁾. No entanto, também precisa ser esclarecido que o exame de Papanicolaou não oferece benefícios de proteção da neoplasia e está associado com a redução na incidência de câncer cervical invasivo e mortalidade por câncer de colo do útero ⁽¹⁵⁶⁾.

Um estudo com 2.220.298 exames citopatológicos realizado com mulheres na região metropolitana de Campinas, Brasil, corroborou esta informação ao evidenciar que o exame de Papanicolaou é capaz de detectar precocemente lesões intraepiteliais de baixo grau e, se coletado em um período inferior a cinco anos, pode prevenir a progressão para lesões de

alto grau, carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma *in situ* e o adenocarcinoma invasor⁽¹⁵⁷⁾. Concordam com esse estudo o Instituto Nacional do Câncer que, apesar de propor às mulheres, com exame preventivo normal, realizar a citologia a cada três anos, já evidenciou, assim como a IARC e a USPSTF que, se o exame preventivo for realizado a cada cinco anos, as lesões precursoras seriam detectadas e a chance de um carcinoma invasor seria menor^(46, 109, 110).

Para tanto, os profissionais envolvidos nos programas de prevenção à saúde da mulher devem ser capacitados a fim de reduzir a possibilidade de cometerem erros não apenas na coleta, bem como, na análise, elaboração do diagnóstico e interpretação do resultado, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de saúde e redução de agravos da população feminina⁽⁷⁷⁾.

Dessa forma, acredita-se que ações promovidas no âmbito da atenção primária voltadas para a detecção precoce do câncer de colo do útero seriam uma possibilidade de alcançar uma boa cobertura de mulheres em estado de vulnerabilidade social e obter significativa redução da incidência e da mortalidade pela doença. No entanto, não basta realizar apenas o rastreamento, é fundamental a educação em saúde por meio da prevenção dos fatores de risco que contribuem com a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero. É por meio da mudança de comportamento social como relação sexual segura, realização periódica do Papanicolaou, diminuição do hábito de fumar, estilo de vida saudável que se espera retardar o processo de adoecimento e a recidiva da neoplasia cervical.

Constatou-se, atualmente, que regiões que atingiram cobertura do exame citopatológico superior a 50%, realizado a cada três a cinco anos, tiveram taxas inferiores a três mortes a cada 100 mil mulheres por ano e, países com eficácia superior a 70% para coleta do exame, apresentaram incidência igual ou menor a duas mortes por 100 mil mulheres por ano⁽¹⁵⁸⁾.

Ainda, além da realização do exame preventivo como meio de realizar a detecção precoce do câncer de colo do útero, o tabagismo e uso de anticoncepcional contribuiu para o surgimento dessa neoplasia. Deve-se considerar, portanto, que tais hábitos são fatores de agravamento à doença, mas apenas para as mulheres que já apresentarem lesões precursoras para o câncer de colo do útero. Segundo alguns estudos, mulheres em situação de vulnerabilidade social e infectadas pelo HPV encontra-se mais predispostas a apresentarem uma evolução mais rápida da doença se associados a fatores de risco como serem tabagistas e utilizarem anticoncepcional oral por tempo prolongado^(28, 30).

Outro fator de causalidade da doença, na concepção das mulheres participantes deste estudo, foram os sentimentos vivenciados por elas que antecederam o surgimento do câncer. Relatos como mágoa, angústia ou sofrimento em virtude de maridos violentos foram destacados como sendo os responsáveis pela doença. Concordando com estas evidências um estudo demonstrou que sentimentos e emoções como a raiva, a ansiedade ou a tristeza foram considerados pelas participantes como sendo prejudiciais à saúde. Ainda, que a abnegação e a contenção destes sentimentos, ou seja, a repressão de tais sentimentos, estão envolvidos no processo de saúde e doença e, portanto, ao aparecimento do câncer ⁽¹⁴⁵⁾.

Corroborando ainda nossos achados, este mesmo estudo observou que as mulheres consideraram que o câncer de colo do útero está associado ao acaso e à fatalidade e acrescentam que nenhuma mulher está isenta da possibilidade de ser afetada, pois os riscos de desenvolver a doença são iguais a todas as mulheres. No entanto, notou-se que, apesar destas considerações, também ressaltaram a importância de realizar o Papanicolaou como uma forma de não se sentirem culpadas caso sejam acometidas pela doença ⁽¹⁴⁵⁾.

Percebe-se ainda, que algumas mulheres do nosso estudo associam as causas do câncer cervical a outros tipos de câncer e consideraram de modo errôneo, como sendo uma doença desenvolvida a partir de características hereditárias. Corroborando isto, um estudo evidenciou que algumas participantes também mencionaram que a causa de seu adoecimento foi a existência de seus familiares já terem apresentado algum tipo de câncer ⁽¹⁴⁵⁾. Neste contexto, reafirma-se que o câncer de colo do útero é evitável e tem tratamento, sendo, em quase 100% dos casos, causado pela infecção do HPV e transmitido por meio da relação sexual à população feminina ⁽²⁴⁾.

Ainda, uma das participantes do nosso estudo relatou e responsabilizou os abortos que provocou durante sua vida como sendo a causa do desenvolvimento do câncer. Apesar desta relação não ser confiável, outro estudo constatou que algumas mulheres acreditam que atos como, por exemplo, a traição e o aborto, por transgredir valores morais, podem ser uma forma de castigo pela ação que cometeu no passado. Ainda, mulheres que vivenciaram tais experiências de vida expressaram sentimentos de culpa, arrependimento, sensação de pecado e julgaram que estavam recebendo uma punição, pois a doença acometeu parte do útero, órgão responsável pela sua sexualidade e maternidade ⁽¹⁵⁹⁾.

Por fim, durante a coleta de dados foi possível observar que a palavra câncer era desconhecida por algumas mulheres. A negação da doença ou, segundo relato das pacientes, o diagnóstico informado pelo médico não confirmar a existência da neoplasia cervical e sim a palavra câncer ser substituída por “algumas manchinhas” ou lesões intraepiteliais fez com que

a doença se tornasse algo pouco preocupante na visão das participantes deste estudo. A literatura relata que o câncer de colo do útero pode acarretar várias repercussões na rotina das mulheres e seus familiares e estar acompanhadas de sentimentos que influenciam no seu estado psicológico. Sendo assim, o fato de não afirmar que está vivenciando o diagnóstico de câncer, muitas vezes, deve ser interpretado como uma maneira de amenizar o diagnóstico de câncer não somente na concepção da mulher que está vivenciando a neoplasia, mas também o profissional de saúde muitas vezes não fala a paciente sobre o diagnóstico do câncer. Isso ajuda as mulheres a diminuir o estigma e afastar a ideia de morte imposta pela doença ^(160, 161).

Quanto à temática relacionada às mudanças ocorridas no cotidiano das mulheres após o diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e a representação da doença, foi possível observar que os discursos permitiram discutir: cuidado e atenção à saúde; maternidade, mudanças corporais e sexualidade; projetos futuros; fé e crença em Deus; medo da morte; comorbidades associadas ao câncer; apoio e preocupação da família e amigos; distanciamento da família e amigos; valorização à vida e à família; felicidade e solidariedade; dificuldade e interrupção da atividade profissional; reabilitação física, emocional e pessoal; aceitação da doença; doença assustadora, incerta e inesperada; sentimentos negativos.

O cuidado com a saúde após o diagnóstico do câncer foi uma atitude marcante no discurso as mulheres. Corroborando este estudo, foi evidenciado que a descoberta da doença fez com que as mulheres sentissem a necessidade de mudar o estilo de vida e optassem por hábitos mais saudáveis. Essa mudança em sua rotina repercute na representação do que significa estar com câncer e a impulsiona a valorizar e modificar a maneira de se cuidar visando evitar que a doença se agrave ou reincida. Cuidando mais de si as mulheres amenizam a culpa de a doença ter surgido devido à falta de cuidado e de atenção com sua saúde ⁽¹⁵²⁾ e também a certeza que o cuidado à sua saúde lhes proporcionaria uma melhor qualidade e expectativa de vida.

Quando o indivíduo entende a necessidade de cuidar melhor da sua saúde, está buscando quantidade e qualidade de vida. A enfermagem, frente a isso, assiste a mulher, por meio da consulta de enfermagem, de modo integral, promovendo vínculo entre o profissional e a mulher, tendo oportunidade de orientá-la quanto à importância do comportamento preventivo, o qual acarretará em seu benefício social e econômico ⁽¹⁶²⁾.

É por meio das ações educativas desenvolvidas junto à comunidade que as mulheres conhecem os fatores de risco, o desenvolvimento da doença e a importância de estar sempre cuidando da sua saúde com o intuito de prevenir recidiva da neoplasia. Quando o indivíduo está atento às alterações no seu estado de saúde ou conhece a importância de

praticar ações preventivas a sua saúde, alcança resultados satisfatórios para redução das taxas de morbimortalidade ⁽¹⁶²⁾.

Buscando a reabilitação da sua saúde e modificação do prognóstico da neoplasia cervical, as mulheres após o diagnóstico da doença passam a realizar com mais periodicidade os exames necessários para acompanhar seu estado de saúde e certificar-se que a doença está controlada. Para tanto, dificilmente faltam às consultas agendadas e estabelecem mudanças no seu estilo de vida almejando cuidar melhor da sua saúde ⁽¹⁵²⁾. Após a doença, geralmente, as mulheres, apesar de relatarem a presença de alguns sintomas decorrentes do tratamento como dor, desconforto durante a relação sexual e presença de outras comorbidades, ainda assim, consideram que sua qualidade de vida é satisfatória. Acreditam que, por exemplo, a proximidade com a família e amigos, aumento da atividade física, lazer e alimentação saudável são aspectos positivos para melhorar seu estado de saúde e garantia de uma boa qualidade de vida ^(162, 163, 164).

Quando a mulher, após o tratamento do câncer, sente-se motivada em cuidar da sua saúde, valoriza sua vida e busca viver melhor com o objetivo de aumentar sua expectativa de vida, as ações educativas possibilitam que os profissionais de saúde prestem um cuidado mais integral focados na promoção da saúde ⁽¹⁶⁵⁾. Neste contexto, cabe ao enfermeiro orientar as pacientes a respeito da doença, prognóstico, expectativas de cura, tipos de tratamentos e seus efeitos colaterais. Sabe-se que o câncer de colo do útero tratado precocemente, muitas vezes, apresenta bom prognóstico, mas a cura está relacionada à morfologia, topografia ou estágio em que a doença foi diagnosticada. Dessa forma, considerando que a mulher pode estar fragilizada com a notícia do diagnóstico, é importante o apoio da equipe de saúde no processo de enfrentamento da doença e esclarecer que a doença, em fase inicial, é de progressão lenta, passível de ser tratada e curável ^(3, 56, 64, 166, 167).

Quando a mulher adoece é preciso que o profissional de saúde conheça a dimensão social e cultural da doença no cotidiano desta mulher e qual é o melhor modo de prestar seus cuidados, pois o cuidado a saúde da mulher está associado diretamente à sua sexualidade. Sendo assim, para a mulher, na maioria das vezes, é constrangedor ter sua intimidade invadida e sua sexualidade exposta. Portanto, compreender sua cultura, hábitos de vida, crenças, atribuições e significados podem facilitar a prestação de cuidados e aproximar a mulher da unidade de saúde ⁽¹⁶⁸⁾.

Em estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul com 15 mulheres, evidenciou-se que “as percepções das mulheres em relação ao seu corpo e aos eventos que envolvem a sexualidade influenciam na maneira de vivenciar e reconhecer as situações de

cuidado”^(151:66). Neste contexto, é muito importante a mulher estabelecer vínculo com o profissional de saúde durante as consultas ginecológicas e o primeiro exame preventivo de câncer de colo uterino⁽¹⁵¹⁾.

Para muitas mulheres o útero é sinônimo de feminilidade, capacidade de ser mãe e reproduzir filhos saudáveis, devendo sempre respeitar a sua função biológica^(152, 159, 169). Quando acometidas por lesões precursoras do câncer de colo do útero, o significado de estar com a doença influencia e também passa a ser influenciado pelas representações vivenciadas pelas mulheres durante fase do processo saúde-doença⁽¹⁵⁹⁾. Dessa forma, para estas mulheres torna-se importante que o profissional de saúde compreenda a representação social e cultural do diagnóstico e tratamento do câncer e como esse interfere no seu cotidiano⁽¹⁵²⁾.

Ainda, tais representações se intensificam naquelas mulheres em idade reprodutiva, que não vivenciaram a maternidade ou que apresentam resistência em relação às modificações que possam vir ocorrer em seu corpo. Neste contexto, o profissional que está conduzindo o tratamento deve priorizar, por condutas menos invasivas, e entender que as mulheres buscam a cura rápida a fim de realizar seus projetos como ter sua saúde reprodutiva e sexualidade reestabelecida.

Alguns estudos relataram que, quando há necessidade de realizar histerectomia para mulheres que não estão mais em idade fértil ou que já são mães, a retirada do útero não causou repercussões negativas nas suas vidas por este órgão já ter cumprido essa função^(145, 152, 159). Resultados semelhantes foram observados nesse estudo.

Em alguns países, existe um profissional da área de enfermagem conhecido como “*Nurse Navigator*” que auxilia os indivíduos com achados suspeitos para neoplasia a iniciarem o tratamento e identificarem as barreiras propostas pelo diagnóstico. Este profissional, com o objetivo de melhorar a satisfação e contribuir com prognósticos positivos dos pacientes, fornece apoio emocional, esclarece dúvidas sobre a doença, organiza o cuidado promovendo o vínculo entre paciente, médico e outros profissionais que prestam cuidados, auxilia o indivíduo e familiares a compreender o diagnóstico e as opções de tratamento, agenda as consultas e exames como intuito de não atrasar o tratamento e ajuda os doentes e familiares a terem acesso aos sistemas e serviços de apoio^(170, 171).

Em um estudo realizado no estado de Massachusetts (EUA) com mulheres refugiadas e imigrantes latinas e que apresentavam exame de Papanicolaou alterado, evidenciou-se a importância das “*Nurse Navigators*” que atuavam no programa de saúde e câncer cervical. Com a ajuda deste profissional, as mulheres com citologia anormal foram encaminhadas para o exame de colposcopia e a equipe acompanhou e reagendou as faltosas.

Ainda, por meio da intervenção das “*Nurse Navigators*” as mulheres latinas foram esclarecidas quanto à neoplasia cervical e suas formas de prevenção. Este estudo, ainda, evidenciou que o acompanhamento desta população, considerada vulnerável, foi importante para reduzir as disparidades na incidência e mortalidade por câncer de colo do útero nas mulheres nesta localidade ⁽¹⁷²⁾.

Considerando que o câncer é algo temido por muitos em decorrência de estar associado à morte, a crença e fé em Deus também podem ser essenciais para os indivíduos na aceitação do diagnóstico e realização do tratamento de forma adequada, colaborando para que esse não seja interrompido e a população feminina consiga ter esperança para realizar seus projetos futuros ⁽¹⁷³⁾. Em contrapartida, estudo desenvolvido na Etiópia mostrou que no continente africano, especialmente em regiões com poucos recursos sociais e econômicos, as mulheres recorrem primeiramente a Deus antes de procurarem atendimento médico. Tal prática, não só reforça a esperança da cura por meio da sua crença, bem como descreve uma realidade social muito comum em países em desenvolvimento. Nesta localidade, evidencia-se que habitualmente as mulheres não realizam exames de rotina ou buscam cuidados de saúde em serviços especializados em decorrência principalmente de fatores sociocultural e econômico movidos por incapacidade de pagar pelo tratamento. Este fato, portanto, compromete seu acesso a bons cuidados de saúde, elevando as chances de diagnóstico tardio e mortalidade por câncer de colo do útero ⁽¹²⁸⁾.

Coincidindo com um depoimento do nosso estudo que evidencia o medo da morte estar relacionado ao risco de metástase, a associação do câncer de colo do útero com o câncer de mama foi citada por algumas mulheres em um estudo realizado no estado da Bahia. Nas suas concepções, o câncer cervical era representado por meio de caroços, nódulos ou feridas e se não tratado rapidamente, seria facilmente “espalhado” por todo o corpo. Acreditavam ainda, ser uma doença grave que destruiria além do útero, os demais órgãos do corpo e após resultaria em morte. Também, associaram a doença a fatores ambientais, hereditários e fazendo parte do ciclo de vida do ser humano ⁽¹⁴⁵⁾.

Na tentativa de entender, portanto, a relação da morte com os sentimentos nela envolvidos, identificou-se que a ameaça e medo da morte são situações que desencadeiam nas mulheres sentimentos como medo, desespero, preocupação, angústia e pavor quando associadas ao diagnóstico de câncer de colo do útero. Tais sentimentos, portanto, são criados e estão vinculados aos fatores de risco e vulnerabilidade presentes nas lesões precursoras de câncer de colo do útero. O processo de adoecimento interfere na possibilidade de concretizar projetos futuros e, quando ameaça a vida, força o doente a tomar atitudes passíveis de

melhorar suas condições de saúde, repensar suas atitudes e aderir ao cuidado, visando a perspectiva da cura e a possibilidade de interrupção do processo degenerativo da doença. Muitas vezes, ainda, é no percurso médico-hospitalar que as mulheres experienciam o processo de saúde-doença, incorporam a ideia de que necessitam de assistência, atribuem significados e simbolismo à doença e buscam compreender de que modo uma simples alteração no colo do útero, se evoluir para estágios mais avançados, pode ameaçar sua vida e afetar a sua sexualidade, reprodução e até levá-la à morte ^(152, 159).

Assim como observado no estudo em questão, o câncer por ser, na maioria das vezes, considerado por estas mulheres uma doença terminal e estar relacionado à morte, seu tratamento provoca mudanças no físico e psicológico das mulheres em decorrência, principalmente, das dificuldades vivenciadas durante o tratamento. Dessa forma, o apoio da família e amigos ameniza os efeitos negativos da doença, pois a aproximação de pessoas queridas serve de incentivo para que as mulheres não desistam do tratamento, enfrentem com mais tranquilidade situações que podem surgir no decorrer da terapêutica proposta como, por exemplo, a necessidade de histerectomia e auxilia em uma recuperação mais rápida e eficaz ⁽¹⁷⁴⁾.

Quando a mulher adoece, para a sociedade, este processo é complexo e responsável por desencadear sentimentos psicossociais tanto nas mulheres como para seus familiares e amigos. Desse modo, a família tem a missão de fortalecer o papel social da mulher, não deixá-la cultivar sentimentos como fraqueza e isolamento e ajudá-la a ir além de possíveis preconceitos da doença. Por conseguinte, a rede de apoio é fundamental no processo de reabilitação e busca superação e enfrentamento do diagnóstico do câncer junto com seu ente querido. Frente a isso, a construção de uma rede de apoio pode ser uma forma de ser solidário e aclamar as inquietudes no momento da descoberta da doença ^(174, 175).

A sensação de conforto está presente entre as mulheres apoiadas e acompanhadas pela família e amigos durante o tratamento da doença. Contudo, algumas mulheres mesmo incentivadas pelos familiares, apresentam desconfortos psicoespirituais como o estresse e a baixa autoestima, mas quando percebem o carinho das pessoas que fazem parte do seu convívio, mesmo desconfortáveis, não desistem de continuar o tratamento ⁽¹⁷⁶⁾. Ainda, como forma de superação do câncer, as mulheres recorrem a cultos religiosos juntamente com seus familiares e amigos e, deparando-se com a consciência da possibilidade da morte, começam a dar valor à vida ^(177, 178).

No entanto, vale ressaltar que para algumas pessoas o câncer é visto como algo não apenas ameaçador, mas também a ser escondido. Estar com câncer pode denotar

discriminação e rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas. Talvez por medo da perda ou devido o sofrimento que a doença proporciona, alguns familiares optam por se afastarem do doente e o mercado de trabalho passa a ver o indivíduo como alguém incapaz de retomar suas atividades com a mesma eficácia de quando sadio⁽¹⁷⁹⁾.

Finalmente, para compreender como se dá a relação do câncer de colo do útero, o processo de adoecimento e o universo feminino é preciso considerar que cada indivíduo se comporta de um jeito frente ao diagnóstico de uma doença grave, ameaçadora e que pode ocasionar a morte, pois “cada pessoa tem um modo de viver e adoecer próprio”^(159:386). Assim, conclui-se que o processo de vivenciar a doença está condicionado a cuidados, confiança nos profissionais, religiosidade, apoio da família e amigos, mudanças no estilo de vida e crença em Deus e na cura.

Em relação às ações programáticas e participação das mulheres no seu tratamento, este estudo destacou, principalmente, a importância do vínculo entre usuárias, serviços de saúde e profissionais da linha do cuidado, conforme discutido a seguir.

Sabe-se que a confiança no profissional fortalece a relação de respeito e de solidariedade, potencializa o cuidado e reforça a integralidade do mesmo, permite à mulher sentir-se mais à vontade para realizar o exame periodicamente e repercute na “construção de uma relação de cuidado receptiva, apoiadora e flexível”^(151:71).

No entanto, esta relação de confiança deve ser avaliada pela equipe multiprofissional, pois é necessário compreender que lidar com o corpo do outro e com sua sexualidade é muito sério. Em muitos momentos, e por lidar várias vezes com a mesma situação, os profissionais abjuram o constrangimento e o modo como a mulher atribui significados em relação ao corpo, sua intimidade e sexualidade e esta atitude pode ser uma barreira para que as mulheres procurem ao serviço de saúde em busca do atendimento e realização do exame preventivo. Ademais, quando o profissional assume o cuidado e entende as reais necessidades da mulher assistida, ele torna-se corresponsável por sua saúde e isso na percepção da usuária do serviço é importante para que quebre os tabus que interferem na sua autonomia e impedem que cuide de sua saúde⁽¹⁵¹⁾.

Neste contexto, a participação da equipe e principalmente do enfermeiro no momento do diagnóstico auxilia na compreensão da doença e do tratamento. Ainda, a equipe deve estar preparada para apoiar e ajudar a mulher a vivenciar esta fase de sua vida, estimulando a enfrentar as dificuldades e aceitar a doença como uma forma de crescimento pessoal⁽¹⁷³⁾.

A equipe de enfermagem, ainda, pode contribuir para reduzir a mortalidade por câncer de colo do útero ao promover atividades para cultura de prevenção, ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde, realização do exame de Papanicolaou e captação e seguimento adequado das mulheres em situações de risco ⁽¹⁸⁰⁾.

A assistência de enfermagem deve ser uma prática dinâmica e interativa, capaz de promover o bem estar do indivíduo por meio de um sistema organizacional de cuidados. São as interações humanas entre enfermeiro-paciente, enfermeiro-família, enfermeiros-profissionais da equipe de saúde que permitem que o cuidado ao ser humano ocorra com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida e saúde ⁽¹⁸¹⁾.

Ao considerar-se o cuidado promovido para “*Nurse Navigators*”, pode-se entender que tal profissional tem o papel de organizar a rede de atenção à saúde do indivíduo e orientar de que modo o paciente deve ser inserido no sistema de saúde a fim de receber uma assistência quantificada e qualificada. Com o auxílio deste profissional o usuário do serviço de saúde consegue realizar exames e ser atendido pelos profissionais de saúde com rapidez e eficiência e, por meio de um sistema de informação eletrônico, ser assistido pela equipe de enfermeiros (“*Nurse Navigators*”) desde a prevenção até a sua reabilitação da saúde ^(170, 171).

No presente estudo, portanto, ficou evidente, por meio dos discursos das mulheres, que a rede de atenção à saúde precisa ser organizada e, principalmente, os serviços primários necessitam investir em ações efetivas de educação em saúde e prevenção primária e secundária relacionada ao câncer de colo do útero.

Sabe-se, entretanto, que as políticas preventivas, representadas por meio dos programas de rastreamento, são propostas concretas e atendem com qualidade uma parcela da população, mas em relação ao câncer de colo do útero ainda a iniquidade em saúde é uma questão a ser avaliada. Faz-se necessário a elaboração de estratégias que atendam os grupos com maiores potencias de adoecimento, ou seja, a população feminina mais vulnerável à doença ⁽¹⁴⁵⁾.

De acordo com as diretrizes de detecção precoce do câncer de colo do útero e a organização da atenção à saúde no SUS, o sistema de saúde está organizado por regiões de saúde com a finalidade de “integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde para o controle de doenças, inclusive o câncer de colo do útero”. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, estabelecem que a atenção primária é a “principal porta de entrada das pessoas no sistema de saúde e a responsável pela coordenação do cuidado”, cabendo a esta rede a detecção precoce e confirmação diagnóstica do câncer de colo do útero. Contudo, em razão dos serviços de

atenção primária à saúde serem deficientes e não darem conta de atender as necessidades da população, muitos diagnósticos são investigados e descobertos nos serviços especializados, secundários ou terciários ^(46:23).

Os programas de rastreamento de lesões precursoras para o câncer de colo do útero, atualmente, atingem regiões de modo desigual e afetam a assistência em saúde àquelas mulheres de menor nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Ademais, desconhecem o comportamento cultural e social dos indivíduos que necessitam de cuidados preventivos. Logo, para que uma ação de saúde seja implementada com eficácia é importante saber de que maneira efetiva-se a interação proposta pelos programas, ações realizadas pelos serviços de saúde e as concepções e práticas da população que devem ser fundamentadas no “conhecimento das formas de pensar e agir dos grupos nos quais se espera intervir” ^(145:117).

As barreiras em relação ao rastreamento adequado do câncer de colo do útero precisam ser transpostas e fatores negativos que contribuem para o atraso no diagnóstico da doença em fase inicial, como medo de diagnosticar o câncer, fatalismo, falta de confiança no profissional de saúde, crenças e falta de conhecimento dos potenciais de adoecimento, devem ser discutidos com as mulheres. É importante ressaltar também os aspectos que facilitam a detecção precoce da doença tais como conhecimento dos fatores de riscos sexuais, reconhecimento dos sinais e sintomas e apoio da sociedade durante o diagnóstico e tratamento do câncer. Ainda, propor algumas soluções programáticas que busquem diminuir tais barreiras e aumentar aspectos facilitadores para o rastreamento de lesões precursoras como promoção da igualdade de gênero, colaboração entre os serviços de saúde e implantação de práticas baseadas em evidências a fim de reduzir a incidência da neoplasia cervical, principalmente, na população de baixa renda ⁽²³⁾.

Não basta apenas à mulher identificar a necessidade de cuidar da sua saúde ao entender a importância de mudança de comportamento, mas os estados e municípios precisam intervir de modo direcionado e eficaz, promovendo continuamente atividades educativas sobre os potenciais de adoecimento e buscar estratégias para ter uma alta cobertura do rastreamento para todas as mulheres, especialmente as mais vulneráveis, a apresentarem lesões precursoras para o câncer de colo do útero ⁽¹¹⁵⁾.

Ressalta-se, portanto, que dentre outros fatores de risco para o agravamento da neoplasia cervical, a gestação é também um período de vulnerabilidade e fragilidade da mulher e quando o diagnóstico de câncer de colo do útero é realizado no período gestacional, é preciso que os profissionais de saúde sejam experientes para prestar o cuidado adequado e

abordar o assunto com esta mulher. Ainda, os serviços de saúde especializados, por meio da consulta pré-natal, precisam oferecer acompanhamento qualificado visando prevenir complicações materno-fetais e acolher a mulher desde o início do período gravídico e puerperal ⁽¹⁰⁸⁾.

O rastreamento regular de lesões pressurosas para o câncer de colo do útero é a estratégia de saúde pública mais importante para reduzir a incidência e mortalidade decorrente da neoplasia. Ainda, se o exame preventivo for associado ao teste de HPV, um estudo evidenciou que o risco de morte é 35% menor que naquelas que não realizam o rastreamento ⁽¹⁵⁶⁾.

Sendo assim, as mulheres precisam ter conhecimento não apenas das práticas preventivas e da importância de realizá-las por meio dos programas de rastreamento periódico, mas também da significação do câncer de colo do útero na sua vida. Depois de vencido este conceito, a adesão para realização do exame citopatológico requer compreender que a prevenção da doença está vinculada à sua acessibilidade à unidade de saúde, participação periódica no rastreamento, percepções quanto à possibilidade ou impossibilidade de prevenção e cura, influência de valores morais que se associam à sua intimidade e sexualidade e seu papel social de esposa, mãe, cuidadora e profissional ativa do mercado de trabalho ⁽¹⁴⁵⁾.

Evidências de um estudo com mulheres em tratamento oncológico no município de Curitiba mostraram que, após o câncer ser tratado, muitas mulheres não retornam ao mercado de trabalho devido afastamento ou aposentadoria compulsória tanto das atividades remuneradas, como das tarefas domésticas. Concordando com nossa pesquisa, os motivos deste distanciamento das suas atribuições são o estresse social e dificuldade para realizar tarefas pertinentes à sua função profissional. Verificou-se também que a ausência no mercado de trabalho durante ou após a realização do tratamento gera um efeito devastador para a vida da mulher, pois este momento é marcado por medo, desequilíbrio emocional, perdas físicas e sensação de inutilidade profissional ⁽¹⁸²⁾.

O câncer de colo do útero é certamente marcado por dúvidas, insegurança e incertezas, mas esses sentimentos são reforçados quando a mulher tem a consciência de que a rede de atenção primária à saúde proposta pelo SUS é precária, não presta uma assistência satisfatória, apresenta demora no agendamento de exames e consultas, deficiente de profissionais e infraestrutura adequada. Ao vivenciar tal contexto, muitas mulheres recorrem ao atendimento privado ou procuram a atenção terciária como estratégia de ter uma assistência de melhor qualidade ^(179, 183). Ainda, dentre os motivos por procurar a assistência

privada citam o desinteresse, má vontade e falta de paciência do profissional de saúde na realização do agendamento de consultas e exames e apresentam-se conscientes de que esta prática prejudica a integralidade da sua saúde ⁽¹⁸³⁾.

Há evidências, na concepção das mulheres atendidas pelos serviços de saúde, que o SUS apresenta lacunas quando se diz respeito à promoção de ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero. O sistema de saúde necessita de hierarquização e organização com o objetivo de atender as mulheres por meio de uma assistência integral e humanizada. Contudo, a partir da implementação da Estratégia de Saúde da Família, pode-se observar uma reorganização dos serviços, mas em muitas regiões do país ainda o atendimento continua centrado no modelo biomédico, demandando dificuldade do profissional de saúde para atender a população ⁽¹⁸⁴⁾.

Outro problema evidenciado na assistência pública é o desencontro de informações e desconhecimento da dinâmica de trabalho. Muitos serviços não conseguem gerenciar a demanda do atendimento, estabelecer protocolos gerenciais e clínicos e isso acarreta registros incompletos de dados clínicos relevantes para o seguimento do paciente, em condutas deficientes e recursos materiais importantes para realização do diagnóstico e tratamento adequado e em tempo hábil. Tal prática contribui para o aumento da incidência e mortalidade por câncer invasivo de colo do útero ⁽¹⁸⁴⁾.

Em países de baixa renda e de renda média, com recursos escassos, sistemas de saúde frágeis ou fragmentados, o câncer contribui para o acesso desigual aos serviços de saúde e determina se uma mulher vai sobreviver ou não ao câncer. A incidência do câncer cervical invasivo nestes países está aumentando devido à infecção pelo HPV e os programas de vacinação contra o HPV e o rastreamento cervical não estarem amplamente implantados. A eficiência e o custo-efetividade das intervenções para o controle do câncer de colo do útero devem ser avaliados criticamente para ajudar a informar e priorizar programas baseados em evidências e apropriados aos recursos e formulação de políticas. Essas desigualdades enfatizam a necessidade urgente destes países de investimentos no controle do câncer, desde a prevenção aos cuidados paliativos e no desenvolvimento assistencial de qualidade baseados nas necessidades da população ⁽¹⁸⁵⁾.

Ainda, o câncer cervical nos países de baixa e média renda requer não só implementação de políticas baseadas em evidências, mas também colaboração multissetorial dos serviços de saúde voltados para promoção da saúde das mulheres, capazes de dispor de abordagens inovadoras de saúde pública para o tratamento e controle do câncer. Tal colaboração deve ser responsável por ampliar a rede de cuidados primários, diagnóstico e

tratamento, pois alguns tipos de câncer é uma importante prioridade social e política, devendo ser visto não apenas como um problema com possibilidade de tratamento, mas também com perspectiva de ser controlado e prevenido em todos os países, independente de suas condições socioeconômicas ⁽¹⁸⁶⁾.

No entanto, várias intervenções poderiam ser utilizadas para reduzir a carga do câncer cervical em localidades de recursos limitados. A vacinação contra o HPV associada aos programas de rastreamento cervical tem potencial de reduzir substancialmente a incidência de câncer cervical. A estratégia como o teste para tipos oncogênicos de HPV poderia tornar a prevenção do câncer cervical uma ação programática viável, pois quando se investe na saúde das mulheres, conseqüentemente, se contribui para o desenvolvimento dos países e afastam-se as condições precárias de saúde da população ⁽¹⁸⁷⁾.

Ainda, na tentativa de amenizar as desigualdades e proporcionar uma assistência de qualidade às mulheres com foco nas ações de prevenção primária e detecção precoce do câncer de colo do útero, os serviços de saúde, por meio da atuação dos profissionais de saúde, devem fornecer à população vulnerável informações sobre os fatores que contribuem para a infecção pelo HPV e mostrar a população feminina que os benefícios do rastreamento das lesões precursoras para neoplasia cervical são maiores que os danos a sua saúde. Tal estratégia é viável principalmente em países de baixa condição socioeconômica e associada à realização do exame de HPV que, apesar de apresentar um custo mais elevado, reduziria em 30% a taxa de mortalidade das mulheres rastreadas ⁽⁴³⁾.

Acredita-se que, quando a população é bem informada e apresenta conhecimento dos fatores que ameaçam sua saúde, aderir às medidas preventivas relacionadas ao não surgimento de lesões precursoras ou diagnósticos tardios de câncer de colo de útero é um grande avanço para garantir o bem estar da população feminina. A decisão de aceitar realizar o exame de Papanicolaou e de participar dos programas de rastreamento com periodicidade demonstra envolvimento e compromisso da mulher com o cuidado à sua saúde ⁽¹⁸⁸⁾

A Finlândia é um exemplo que a mulher, quando bem orientada, é capaz de aderir ao exame preventivo. Em 2003-2004 este país implementou uma nova tecnologia de rastreamento para o câncer de colo do útero que é mais eficaz na detecção de lesões precursoras para a neoplasia cervical que o exame tradicional de Papanicolaou: o teste de DNA do HPV. Acreditando que a infecção por HPV é transitória em mulheres com idade inferior a 35 anos, neste país não se recomenda realizar o teste para mulheres desta faixa etária. Este teste é colhido em casa, pelas próprias mulheres e é chamado de teste de auto-amostragem. Para realização do teste, as mulheres que são selecionadas recebem um

dispositivo de amostragem com instruções (enviadas por e-mail) informando que uma amostra do conteúdo vaginal e colo do útero seja coletada com auxílio deste dispositivo de auto-amostragem e posteriormente enviada pelo correio para um laboratório de rastreamento que identificará se a amostra está infectada pelo HPV. Se for comprovada a infecção pelo vírus, a mulher é convidada a comparecer ao serviço de saúde e encaminhada a outros exames que mostram se a infecção levou a anormalidades das células cervicais, sendo que, para mulheres com idade inferior a 40 anos, o exame será o Papanicolaou e, acima desta idade, será a colposcopia ⁽¹⁴⁾.

No entanto, acredita-se, em longo prazo, que a vacina contra o HPV será a melhor opção para prevenir o câncer de colo do útero e superar as diferenças socioeconômicas entre os países. É importante destacar que, após a identificação do HPV era o responsável pelo desenvolvimento das lesões precursoras do câncer cervical, foi possível estruturar a prevenção primária e secundária da doença. Sendo assim, a combinação da vacina e a realização de programas organizados de rastreamento são propostas que podem auxiliar no controle da infecção pelo HPV e reduzir a incidência de câncer de colo do útero em estádios mais avançados ⁽¹⁸⁹⁾.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atingir os objetivos deste estudo e confirmar a nossa hipótese, foi possível observar que nem todas as mulheres, participantes deste estudo, demonstraram conhecimento dos motivos que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero. Sendo assim, consideramos como uma possível limitação do estudo o fato de algumas mulheres terem sido diagnosticadas com câncer de colo do útero há mais de 30 anos. Acreditamos que este longo período entre a confirmação do diagnóstico e a coleta de dados pode ter levado a apresentarem dificuldades para reconhecer os motivos que as tornaram vulneráveis à neoplasia cervical, mas não para descreverem as mudanças e representações da doença no seu cotidiano. Devido ainda as mulheres estarem em acompanhamento no ambulatório de ginecologia oncológica foram capazes de descrever a organização dos serviços de saúde e sua participação no tratamento e rastreamento de outras alterações no seu estado de saúde.

O levantamento das características individuais, sociais e programáticas permitiu identificar quais fatores de risco para o câncer de colo do útero, tais como, história de uso de anticoncepcional oral, sexarca precoce, gestação na idade da adolescência, multiparidade, não usar preventivo com seus companheiros, baixo grau de instrução e de renda familiar e não realização do exame de Papanicolaou de rotina, foram predominantes na maioria das mulheres e podem ter contribuído para tornarem-se vulneráveis a neoplasia cervical.

Quanto aos motivos que, na percepção das mulheres, contribuíram para o diagnóstico do câncer, evidenciou-se que os sinais e sintomas, não periodicidade na realização do exame preventivo e a relação sexual desprotegida foram manifestadas no discurso da maior parte das mulheres. Contudo, os depoimentos também demonstraram que muitas mulheres não sabiam a causa da doença e a associação do câncer de colo de útero com a infecção pelo HPV foi evidenciada por poucas participantes do estudo.

Em alguns depoimentos notou-se que a doença poderia ser adquirida por meio da relação sexual, mas não necessariamente como uma forma de infidelidade conjugal ou relacionada ao HPV, mas como um processo natural decorrente da necessidade de manter relação sexual com o cônjuge e também, como consequência, gerar e parir muitos filhos.

A respeito das mudanças e as representações após o diagnóstico do câncer de colo do útero, observou-se que houve predomínio dos discursos que a neoplasia não representou nada ou não mudou sua rotina, alterou sua vida sexual, o tratamento foi responsável por apresentar outras comorbidades, a doença é algo assustador e o medo da recidiva, o medo da morte era uma importante preocupação e o valor a vida e a fé em Deus foram fundamentais para o enfrentamento da doença.

Por fim, ao considerar que tais percepções, mudanças e representações são importantes para compreender o impacto do câncer de colo do útero no cotidiano das mulheres, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções mais eficazes de assistência à saúde da mulher pautadas no conceito de integralidade do cuidado prestado. Acredita-se que o investimento na prevenção do câncer cervical por meio da vacina do HPV e orientação de relação sexual segura seja a melhor e mais urgente estratégia de prevenção e a realização da citologia oncológica uma forma eficaz para a detecção e tratamento precoce das lesões precursoras por meio de programas organizados de rastreamento.

Ainda, notou-se que os serviços de saúde necessitam ser estruturados e as políticas de rastreamento ampliadas para além do social, abrangerem a população feminina considerando seus valores culturais e necessidades específicas de cada mulher atendida. A participação da mulher na prevenção, proteção, reabilitação e controle de cura do câncer cervical precisa ser dinâmica e apresentar interação com o profissional que presta o cuidado.

Para tanto, há necessidade de identificar e evitar a infecção dos agentes cancerígenos e compreender que a prevenção evita a perda em anos de vida útil e sofrimento das mulheres diagnosticadas precocemente. É importante compreender que, por meio da contribuição de uma equipe multiprofissional atuante, é possível reduzir a incidência e mortalidade por câncer de colo do útero.

Neste contexto, o enfermeiro desempenha um importante papel, pois dentre as suas habilidades e competências está prestar uma assistência qualificada por meio da organização de programas de educação em saúde com o objetivo de contribuir para o comportamento social de práticas saudáveis e seguras. Ainda, incentivar a adesão dos adolescentes e mulheres, destacando e esclarecendo a importância da adesão às campanhas de vacinação contra HPV e rastreamento das lesões precursoras por meio da realização do exame de Papanicolaou.

Outra função a ser desempenhada pela equipe de saúde é a identificação da população de risco, buscando reduzir os fatores de risco, diminuir os sintomas do diagnóstico tardio e tratamento e proporcionar às mulheres melhor qualidade de vida.

Portanto, mais uma vez ressalta-se a importância dos programas de rastreamento serem organizados, diagnóstico e tratamento precoce, ações de saúde acontecerem por uma equipe multidisciplinares, realização de educação continuada e planejamento de assistência qualificada.

Conhecer, ainda, a percepção da vulnerabilidade da mulher diagnosticada com câncer de colo do útero nos permitiu compreender que a doença colaborou para mudanças e

trouxe representações importantes para o cotidiano das mulheres. Ao identificar os fatores que contribuíram para a vulnerabilidade ao câncer, observou-se a necessidade de desenvolver intervenções pautadas na integralidade do cuidado à saúde da mulher. Acredita-se que a população deve ser incentivada e esclarecida quanto à importância de participar no cuidado a sua saúde e os serviços investir na educação em saúde por meio da orientação das mulheres quanto a necessidade de adesão a vacinação contra o papilomavírus humano, orientação de relação sexual segura e detecção e tratamento precoce das lesões precursoras.

REFERÊNCIAS

01. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011a.
02. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(3):389-98.
03. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
04. McCarey C, Pirek D, Tebeu PM, Boulvain M, Doh AS, Petignat P. Awareness of HPV and cervical cancer prevention among Cameroonian healthcare workers. *BMC Womens Health.* 2011;11:45.
05. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and related cancers in world. Summary Report 2010 [Internet]. Genebra: WHO; 2010 [citado 2 Ago 2016] Disponível em: www.who.int/hpvcentre.
06. Mutyaba T, Faxelid E, Mirembe F, Weiderpass E. Influences on uptake of reproductive health services in Nsangi community of Uganda and their implications for cervical cancer screening. *Reprod Health.* 2007;4:4. doi: 10.1186/1742-4755-4-4.
07. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(2):69-90.
08. Varughese J, Richman S. Cancer care inequity for women in resource-poor countries. *Rev Obstet Gynecol.* 2010;3(3):122-32.
09. Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO). Rio de Janeiro: INCA; 2011b.
10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011[citado 3 Jan 2017]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf.
11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 7 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
12. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan [Internet]. Lyon: IARC; 2008 [citado 12 Set 2016]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Accessed September/2016.
13. Otero L, Sanz B, Blasco T. Detección precoz de cáncer de cérvix según los discursos de las matronas de atención primaria en Segovia, España. *Rev Saúde Pública.* 2011;45:824-30.

14. Finnish Cancer Registry. Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research. Cervical cancer screening [Internet]. Helsinki: Finnish Cancer Registry; 2016 [citado 23 Nov 2016]. Disponível em: http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/cervical_cancer_screening/.
15. Wiedmeyer ML, Lofters A, Rashid M. Cervical cancer screening among vulnerable women: factors affecting guideline adherence at a community health centre in Toronto, Ont. *Can Fam Physician*. 2012;58(9):e521-6.
16. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* [Internet]. 2013 [citado 23 Nov 2016];185:35-45. doi:10.1503/cmaj.121505. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/185/1/35.full.pdf+html>.
17. Airede LR, Onakewhor JUE, Aziken ME, Ande ABA, Aligbe JU. Carcinoma of the uterine cervix in Nigerian women: the need to adopt a national prevention strategy. *Sahel Med J*. 2008;11(1):1-11.
18. Spayne J, Ackerman I, Milosevic M, Seidenfeld A, Covens A, Paszat L. Invasive cervical cancer: a failure of screening. *Eur J Public Health*. 2008;18(2):162-5.
19. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends-an update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(1):16-27. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578.
20. Lee CC, Chen TS, Wu TZ, Huang LM. A human papillomavirus public vaccination program in Taiwan: The Kinmen County experience. *J Formos Med Assoc*. 2012;111(12):682-5.
21. Ndikom CM, Ofi BA. Awareness, perception and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: a qualitative study. *Reprod Health*. 2012;9:11.
22. Scarinci IC, Garcia FA, Kobetz E, Partridge EE, Brandt HM, Bell MC, et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. *Cancer*. 2010;116(11):2531-42.
23. Driscoll SD. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in high incidence populations: A synthesis of qualitative evidence. *Women Health*. 2016;56(4):448-67. doi: 10.1080/03630242.2015.1101742.
24. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (WHO/IARC). IARC Handbooks of cancer prevention. Lyon: IARC Press; 2005.
25. Diógenes MAR, Varela ZMV, Barroso GT. Papillomavirus humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(2):266-73.
26. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Representações sociais de mulheres em idade reprodutiva sobre lesões precursoras do câncer cervicouterino. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):943-51.
27. Onon TS. History of human papillomavirus, warts and cancer: what do we know today? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011;25(5):565-74.

28. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
29. Nadal LRM, Nadal SR. Indicações da vacina contra o papilomavirus humano. *Rev Bras Coloproctol.* 2008;28(1):124-6.
30. Underwood SM, Ramsay-Johnson E, Browne L, Caines N, Dean A, Duval S, et al. What women in the United States Virgin Islands still want and need to know about HPV, cervical cancer, and condom use. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2010;21(1):25-32.
31. Moscicki AB. Management of adolescents who have abnormal cytology and histology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(4):633-43.
32. Oliveira TC. Avaliação de desempenho do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero: um modelo para aplicação local no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Fiocruz; 2010.
33. Roden R, Wu TC. How will HPV vaccines affect cervical cancer? *Nat Rev Cancer.* 2006;6(10):753-63.
34. Ali SF, Ayub S, Manzoor NF, Azim S, Afif M, Akhtar N, et al. Knowledge and awareness about cervical cancer and its prevention amongst interns and nursing staff in Tertiary Care Hospitals in Karachi, Pakistan. *PLoS One.* 2010;5(6):e11059.
35. Woo YL, Omar SZ. Human papillomavirus vaccination in the resourced and resource-constrained world. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011;25(5):597-603.
36. Mather T, McCaffery K, Juraskova I. Does HPV vaccination affect women's attitudes to cervical cancer screening and safe sexual behaviour? *Vaccine.* 2012;30(21):3196-201.
37. Franco EL, Cuzick J. Cervical cancer screening following prophylactic human papillomavirus vaccination. *Vaccine.* 2008;26 Suppl 1:A16-23.
38. Powell SE, Hariri S, Steinau M, Bauer HM, Bennett NM, Bloch KC, et al. Impact of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV 16/18-related prevalence in precancerous cervical lesions. *Vaccine.* 2012;31(1):109-13.
39. Hilton S, Hunt K, Bedford H, Petticrew M. School nurses' experiences of delivering the UK HPV vaccination programme in its first year. *BMC Infect Dis.* 2011;11:226.
40. Ministério da Saúde (BR). Meninos também serão vacinados contra HPV [Internet]. Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 20 Dez 2016]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv>.
41. Millstein SG, Halpern-Felsher BL. Perceptions of risk and vulnerability. *J Adolesc Health.* 2002;31(1 Suppl):10-27.
42. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Glob Health.* 2016;4(7):e453-63.

43. Olson B, Gribble B, Dias J, Curryer C, Vo K, Kowal P, et al. Cervical cancer screening programs and guidelines in low- and middle-income countries. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;134(3):239-46. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.03.011.
44. Mukherjee S. O imperador de todos os males: uma biografia do câncer. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
45. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014: Prevenção. cap. 10, p. 163-87.
46. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
47. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol.* 2006;9(3):325-34.
48. Otto SE. *Oncologia.* Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002: Neoplasias malignas ginecológicas. p. 160-82.
49. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AMD, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20:255-62.
50. Leite FMC, Amorim MHC, Nascimento LGD, Mendonça MRF, Guedes NSA, Tristão KM. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2010;12(1):57-62.
51. Santos MS, Santos LB. Câncer do colo uterino: a importância do exame preventivo frente à visão dos enfermeiros e usuárias de um posto de saúde de Imperatriz-MA [Internet]. [citado 20 Dez 2016]. Disponível em <http://araguatins.ifto.edu.br/portal/saude/index.php/artigos/110-cancer-do-colo-uterino-a-importancia-do-exame-preventivo-frente-a-visao-dos-enfermeiros-e-usuarias-de-um-posto-de-saude-de-imperatriz-ma>.
52. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.
53. Mistura C, Mistura C, Silva RCC, Sales JRP, Melo MCP, Sarmiento SS. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino na estratégia saúde da família. *Rev Contexto Saúde.* 2011;10(20):1161-4.
54. Bailey H, Thorne C, Semenenko I, Malyuta R, Tereschenko R, Adeyanova I, et al. Cervical screening within HIV care: findings from an HIV-positive cohort in Ukraine. *PLoS One.* 2012;7(4):e34706.
55. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2002a.
56. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Rev Bras Cancerol.* 2003;49(4):209-14.

57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
58. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Viva mulher - Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b.
59. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado 8 Jan 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.
60. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):503-9.
61. Costa RF, Barros SMOD. Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):400-6.
62. Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *J Bras Patol Med Lab*. 2002;38(3):225-31.
63. Hilaire MIC. Assessing Haitian women's vulnerability to cervical cancer because of socio-demographic predictors of care access [theses]. Atlanta: University of Notre-Dame d'Haiti School of Medicine, Faculty of Georgia State University; 2011.
64. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):154-60.
65. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006;6(1):75-84.
66. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 82 p.
67. Papanicolaou GN. New cancer diagnosis. In: *Proceedings of the Third Race Betterment Conference*; 2-6 Jan 1928; Battle Creek, Michigan. Battle Creek: Race Betterment Foundation; 1928. p. 528-34.
68. Meigs JV. The vaginal smear: practical applications in the diagnosis of cancer of the uterus. *J Am Med Assoc*. 1947;133(2):75-8.
69. Erickson CC. Exfoliative cytology in mass screening for uterine cancer: Memphis and Shelby County, Tennessee. *CA Cancer J Clin*. 1955;5(2):63-4.
70. Instituto Nacional do Câncer (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Falando sobre câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2002 [25 Nov 2016]. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/falando_cancer_colo_uterio.pdf.
71. Nogueira ACC, Silva LB. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. *Vértices*. 2009;11(1/3):7-17.

72. Instituto Nacional de Câncer (BR). Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, INCA; 2010.
73. Instituto Nacional de Câncer (BR). Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, INCA; 2013.
74. Instituto Nacional de Câncer (BR). Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, INCA; 2013.
75. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
76. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PCd, Pinheiro AKB. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):912-20.
77. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
78. Silva P, Oliveira MDS, Matos MA, Tavares VR, Medeiros M, Brunini S, et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. *Rev Eletrôn Enferm*. 2005;7(2):185-9.
79. Longatto Filho A, Etlinger D, Gomes NS, Cruz SV, Cavalieri MJ. Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2003;62(1):31-4.
80. Silva MRB, Silva GP. O conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2012;4(3):2483-92.
81. Instituto Nacional de Câncer (BR). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
82. Tami T, Waller J. Perceived vulnerability to cancer and vaccination in rural Georgia. *J Adolesc Health*. 2011;48 Suppl 2:S18-20.
83. Hall S, French DP, Marteau TM. Do perceptions of vulnerability and worry mediate the effects of a smoking cessation intervention for women attending for a routine cervical smear test? An experimental study. *Health Psychol*. 2009;28(2):258-63.
84. Veloso R, Bezerra V. Gênero e Sociedade: uma breve introdução à dimensão de gênero nas relações sociais. *Rev Teor Soc*. 2004;1(12):106-25.
85. Ferreira MLSM, Galvão MTG. Avaliação do risco de câncer de colo uterino em trabalhadoras de indústria têxtil. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(1):86-92.
86. Cruz LMBD, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc*. 2008;17(2):120-31.

87. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO; 2014.
88. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5a ed. São Paulo: Centauro; 2005.
89. Ayres JR, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
90. Ayres JR, Paiva V, França Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeogr]. In: Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. São Paulo: NEPAIDS; 2010.
91. Ayres JR, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos- prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. Livro 1, p. 71-94.
92. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Livro 1, 320 p.
93. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012. 456 p.
94. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003. 404 p.
95. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saúde Pública. 1993;9(3):300-8.
96. Mariotti SR. O perfil e as representações de mulheres com alterações do papanicolau. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.
97. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.
98. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
99. Fernandes SMC. Representações sociais e Educação Especial: sentidos, identidade, silenciamentos. Ciênc Saúde Colet. 2003;9(24):14-9.
100. Couto HRM. A percepção das mulheres frente à participação no grupo operativo no programa saúde da família na perspectiva da prevenção do câncer do colo uterino: uma investigação sobre representações sociais [dissertação]. Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais; 2008.
101. Machado AL, Oliveira SB, Silva WV, Hupsel ZN. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(3):486-97.

102. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface* (Botucatu). 2006;10(20):517-24.
103. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber; 2005.
104. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003a. (Desdobramentos).
105. Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa [Internet]. Curitiba: PUC; 2008 [citado 10 Jan 2013]. Disponível em www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf.
106. Lefevre F, Lefevre AMC. O pensamento coletivo como soma qualitativa [Internet]. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública; 2003b [citado 10 Jan 2013]. Disponível em <http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>.
107. Universidade Estadual Paulista. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. Botucatu: Unesp; 2016 [citado 21 Set 2016]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/#1402055065-2-63>.
108. Moreira RCR. Sentidos que fundam modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.
109. International Agency of Research on Cancer. IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J*. 1986;293(6548):659-64.
110. U. S. Preventive Services Task Force. Recommendation statement on screening for cervical cancer [Internet]. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Task Force; 2012 [citado 21 Dez 2016]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cervical-cancer-screening#clinical>.
111. Public Health England. Colposcopy and programme management: guidelines for the NHS cervical screening programme [Internet]. 2nd ed. London: NHS Cancer Screening Programmes; 2010 [27 Set 2016]. Available from: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp20.pdf>.
112. Teles C, Muniz M, Ferrari R. Smoking associated with precursor lesions for cancer of uterine cervix. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(9):5427-34.
113. Oliveira AC, Pessoa RS, Carvalho AMC, Magalhães RLB. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. *Rev Rene*. 2014;15(2):240-8.
114. Libera LS, Alves GN, Souza HG, Carvalho MA. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. *Rev Bras Anal Clin*. 2016;48(2):138-43.

115. Eduardo KGT, Moura ERF, Nogueira PSF, Costa CBJ, Pinheiro AKB, Silva RM. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. *Rev Rene*. 2012;13(5):1045-55.
116. Zardo GP, Farah FP, Mendes FG, Franco CAGS, Molina GVM, Melo GN, et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(9):3799-808.
117. Lara LA, Abdo CH. Aspectos da atividade sexual precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(5):199-202.
118. Oliveira GR, Caldeira TDM, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Conçalves CV, et al. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(5):226-32.
119. Novais TGG, Laganá MTC. Epidemiologia do câncer de colo uterino em mulheres gestantes usuárias de um serviço de pré-natal público. *Saúde Colet*. 2009;6(27):7-13.
120. Kenne E, Gassen M, Santos C, Reis L, Bullé D, Renner J. Diagnóstico molecular de HPV em amostras cérvico-vaginais de mulheres que realizaram o Papanicolaou. *Cinergis*. 2014;15(4):201-6.
121. Ribas-Silva R, Silva D. Prevalência de mulheres infestadas pelo papilomavírus humano em Ubitatã-Paraná. *SaBios: Rev Saúde Biol*. 2013;8(1):69-76.
122. Hackenhaar AA, Cesar JÁ, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103-11.
123. Stöfler MECW, Nunes RD, Schneider IJC. Avaliação de fatores associados às lesões HPV induzidas do colo uterino. *Arq Catarinenses Med*. 2011;40(3):84-9.
124. Figueiredo T, Souza CQ, Castilho EM, Silva TMR, Silva EP, Siqueira LG, et al. Análise do perfil de mulheres com lesões pré-cancerosas de colo do útero. *Saúde Rev*. 2015;15(41):3-13.
125. Anjos SJSB, Ribeiro SG, Lessa PRA, Nicolau AIO, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):508-13.
126. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
127. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
128. Tadesse SK. Socio-economic and cultural vulnerabilities to cervical cancer and challenges faced by patients attending care at Tikur Anbessa Hospital: a cross sectional and qualitative study. *BMC Women's Health*. 2015;15(75):1-12.

129. Dias EG, Santos DDC, Dias ENF, Alves JCS, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Rev Saúde Desenvol*. 2015;7(4):135-46.
130. Gaspar J, Quintana SM, Reis RK, Gir E. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):74-81.
131. Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero e HPV: descrição do perfil socioeconômico e demográfico. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2011;23(1):28-33.
132. Lucena LT, Zãn DG, Crispim PTB, Ferrari JO. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2011;2(2):45-50.
133. Greil A, McQuillan J, Benjamins M, Johnson DR, Johnson KM, Heinz C. Specifying the effects of religion on medical helpseeking: the case of infertility. *Soc Sci Med*. 2010;71(4):734-42.
134. Pin APMS. Um olhar econômico sobre a prevenção do câncer de colo de útero no Brasil: evidências a partir dos dados da pesquisa nacional de saúde [dissertação]. Palmas (Tocantins): Universidade Federal do Tocantins; 2016.
135. Candon D. The effects of cancer on older workers in the English labour market. *Econ. Hum. Biol*. 2015; 18:74–84.
136. Peralta TO. Terapêutica do cancro e princípios da bioética [dissertação]. Coimbra (PT): Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2015.
137. Silva SR, Silveira CF, Gregório CCM. Motivos alegados para a não realização do exame de Papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. *Rev Min Enferm*. 2012;16(4):579-87.
138. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*. 2016 Sep 19. doi: 10.1002/pon.4287. Review.
139. Wijkerslooth TR, de Haan MC, Stoop EM, Bossuyt PM, Thomeer M, van Leerdam ME, et al. Reasons for participation and nonparticipation in colorectal cancer screening: a randomized trial of colonoscopy and CT colonography. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(12):1777-83. doi: 10.1038/ajg.2012.140.
140. Santos ACS, Varela CDS. Prevenção do câncer de colo uterino: motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou. *Rev Enferm Contemp*. 2015;4(2):179-88.
141. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(2):378-84.
142. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. *Rev Rene*. 2015;16(4):532-9.

143. World Health Organization. Screening for cervical cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 26 Set 2016]. Disponível em: http://www.who.int/cancer/detection/cervical_cancer_screening/en.
144. Corrêa DAD, Villela WV, Almeida AM. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):395-400.
145. Rico AM. O exame certo para mulheres certas: Papanicolaou e feminilidade na perspectiva de mulheres de bairros populares de Salvador, BA. In: Teixeira L. Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2015. p. 115-63.
146. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-38.
147. Ferreira JEL, Alves MC, Martins MCV, Rosa MPRS, Gonçalves MC. Perfil da população atendida em um consultório de atendimento integral à saúde da mulher. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde*. 2015;3(1):127-40.
148. Frigo LF, Zambarda SO. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. *Cinergis*. 2015;16(3):164-8.
149. Araújo AO, Lira ACB, Fortes CMMS, Ribeiro JF, Barros RGM. Perfil clínico e epidemiológico da mulher idosa com câncer de colo do útero em Teresina-PI, 2008-2012. *Rev Multiprof Saúde Hosp São Marcos*. 2013;1(2):4-13.
150. Rosa LM, Hammerschmidt KSA, Radünz V, Ilha P, Tomasi AVR, Valcarenghi RV. Avaliação e classificação da estenose vaginal pós-braquiterapia. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e3010014.
151. Ressel LB, Stumm KE, Rodrigues AP, Santos CC, Junges CF. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. *Av Enferm*. 2013;31(2):65-73.
152. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Representações sociais de mulheres em idade reprodutiva sobre lesões precursoras do câncer cervicouterino. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):943-51.
153. Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Longatto-Filho A, Gontijo RC, Sarian LOZ. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(10):123-30.
154. Souza AC, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com Aids. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2009;21(1):22-6.
155. Nicolau AIO. Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade do Ceará; 2010.
156. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2013;2:35. doi: 10.1186/2046-4053-2-35.

157. Vale DB, Bragança JF, Moraes SS, Zeferino LC. Protection against squamous cell carcinoma and cervical adenocarcinoma afforded by cervical cytology screening: a cross-sectional study. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(2):321-8.
158. Anttila A, Von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer*. 2009;4(15):2649-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.07.020>
159. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Moura MAV. Imagens sociais de mulheres com lesões precursoras do câncer cérvico-uterino: estudo de representações sociais. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):383-8.
160. Silva MS, França AFO, Cardoso LL, Carvalho FF, Silva RMM. Vivências de mulheres face ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino: revisão integrativa da literatura. *Rev Pleiade*. 2016;8(16):16-25.
161. Pinheiro MLA, Martins FDP, Rafael CMO, Lima UTS. Oncological patient in palliative care: the perspective of the family caregiver. *J Nurs UFPE on line*. 2016;10(5):1749-55.
162. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CLSP, Souza MM, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo do útero. *Rev Rene*. 2014;15(1):116-22.
163. Santos ALA, Moura JFP, Santos CAAL, Figueiroa JN, Souza AI. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):507-15.
164. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):65-72.
165. Corrêa CSL, Guerra MR, Leite ICG. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. *Femina*. 2013;41(3):131-40.
166. Pinho MCV, Jodas DA, Scochi MJ. Profissionais de saúde e o programa de controle do câncer do colo uterino e mama. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):242-51.
167. Concha PMX, Urrutia SMT. Calidad de atención programa AUGÉ cáncer cérvicouterino: diferencias y similitudes entre usuarias y profesionales. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(5):294-301.
168. Sehnem GD, Budó MLD, Ressel LB, Büttendbender E. A reflective exercise on the issue of sexuality in the view of undergraduate nursing students: evaluating the process. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2008 Mar [citado 30 Set 2016];7:1. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1064>.doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081064>
169. Kaufert P. Screening the body: the pap smear and the mammogram. In: Lock M, Young A, Cambrosio A, editor. *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 165-83.

170. UF Health Cancer Center. Orlando Health. Nurse Navigators [Internet]. Orlando: UF Health Cancer Center; 2016 [citado 28 Dez 2016]. Disponível em: <http://www.ufhealthcancerorlando.com/our-services/nurse-navigators>.
171. Oncology Nursing Society. Oncology Nursing Navigator Core Competencies [Internet]. Pittsburg: ONS; 2013 [citado 28 Dez 2016]. Disponível em: https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf.
172. Percac-Lima S, Benner CS, Lui R, Aldrich LS, Oo SA, Regan N, et al. The impact of a culturally tailored patient navigator program on cervical cancer prevention in latina women. *J Women's Health*. 2013;22(5):426-31. doi:10.1089/jwh.2012.3900.
173. Salimena AMO, Oliveira MTL, Paiva ACPC, Melo MCSC. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2014;4(1):909-20.
174. Silva SED, Cunha JO, Marques-Neto AC, Costa JG, Trindade FA, Fonseca ALG, et al. As representações sociais do câncer de mama e no colo do útero no conhecimento da enfermagem brasileira. *Rev Eletrôn Gestão Saúde*. 2013;4(3):1130-45.
175. Moraes MAA, Saleh AK, Martins ACP, Silva CP, Dourado FS, Silva LM. Processo saúde doença das mulheres com câncer cérvico uterino nas redes de atenção. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2016;14(1):355-65.
176. Soares MLCA, Trezza MCSF, Oliveira SMB, Melo GC, Lima KRS, Leite JL. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):317-23.
177. Veras LAT, Veras-Junior EFV, Carvalho PMG. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. *Rev Interdisciplin*. 2015;8(2):195-201.
178. Dantas CN, Enders BC, Salvador PTCO, Alves KYA. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciaram. *Rev Rene*. 2012;13(3):591-600.
179. Linard AG, Silva FAD, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(4):493-8.
180. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):389-98.
181. Erdmann AL, Souza FGM, Backes DS, Mello ALSF. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):180-5.
182. Maieski VM, Sarquis LMM. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influencia sobre o trabalho. *Cogitare Enferm*. 2007;12(3):346-52.
183. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):502-8.

184. Albuquerque ZBP, Tavares SBN, Manrique EJC, Souza ACS, Neves HCC, Valadares JG, et al. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2011 abr/jun [citado 3 Jan 2017];13(2):239-49. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a10.htm>.

185. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2016 Nov 1;pii: S0140-6736(16)31392-7. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31392-7

186. Ginsburg O, Badwe R, Boyle P, Derricks G, Dare A, Evans T, et al. Changing global policy to deliver safe, equitable, and affordable care for women's cancers. *Lancet*. 2016 Nov 1. pii: S0140-6736(16)31393-9. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31393-9.

187. Denny L, de Sanjose S, Mutebi M, Anderson BO, Kim J, Jeronimo J, et al. Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle income countries and high-income countries. *Lancet*. 2016;pii: S0140-6736(16)31795-0. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31795-0.

188. Chorley AJ, Marlow LA, Forster AS, Haddrell JB, Waller J. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organized programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology*. 2016 Apr 12. doi: 10.1002/pon.4126.

189. Franceschi S, Vaccarella S. Beral's 1974 paper: A step towards universal prevention of cervical cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015c;39(6):1152-6. doi: 10.1016/j.canep.2015.10.019. Review.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “*A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de colo do útero entre mulheres*”, que pretende compreender a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico de Câncer de Colo do Útero.

A Sra. foi selecionada a participar dessa pesquisa por apresenta-se em fase inicial da doença nos permitindo compreender fatores biológicos e individuais que estão relacionados ao Câncer de Colo do Útero.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre as diferentes dimensões da vulnerabilidade ao Câncer de Colo do Útero, quando serão questionados aspectos referentes à percepção, conhecimento e tratamento do câncer. O trabalho será realizado sob a responsabilidade de Carla Regiani Conde, enfermeira, doutoranda do programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP e sob orientação da professora Doutora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira. As entrevistas que serão gravadas em fita K-Sete e depois de transcritas, essas destruídas, serão realizadas e transcritas pela pesquisadora responsável e a abordagem das pacientes acontecerá na unidade de internação ou ambulatório especializado, em local reservado a paciente e pesquisadora. A entrevista durará cerca de 60 minutos.

O conhecimento dessas características permite compreender em maior profundidade como tais problemas vêm se inserindo no cotidiano da mulher com diagnóstico de câncer de colo do útero e de que forma a vulnerabilidade atinge as dimensões dos aspectos da doença, do contexto social e do acesso aos serviços de saúde.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir no meu tratamento, assistência e/ou atendimento médico. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, imagem, resultado de exame ou doença, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Carla Regiani Conde. Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, Departamento de Enfermagem, Distrito de Rubião Jr, s/n, Botucatu. Fone: (14) 38116070. E-mail: malusa@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Carla Regiani Conde, Rua Joao de Oliveira, 1061, Botucatu Fone: (14) 981638560. E-mail: carlaregiani@yahoo.com.br

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Data da entrevista: ____/____/____ **Entrevista:** _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **RG:** _____

Telefone para contato: () _____ - _____

Idade: ____ anos

() menos 20 () 20-30 () 30-40 () 40-50 () 50-60 () mais de 60

Cor: () parda () negra () branca () amarela () indígena () não declarada

Profissão atual: _____ **Profissão antes do diagnóstico:** _____

- No momento está trabalhando: () não () sim

Estado Civil:

() casada () solteira () viúva () divorciada () amasiada () Outro: _____

Escolaridade: _____ (em anos de estudo)

() analfabeta () fundamental incompleto () fundamental completo () médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo

Procedência: _____

Renda Familiar:

() menos de 01 salário mínimo () 01 a 02 salários mínimos () 03 a 04 salários mínimos
() mais de 05 salários mínimos () não tem

Moradia: () própria () alugada () emprestada () financiada

Fumante: () sim () não.

Se sim, há quanto tempo: _____ anos.

() menos de 1 ano () 2 a 4 anos () 5 a 10 anos () mais de 10 anos

Ex-fumante: () sim () não. Por quanto tempo: _____(em anos).

Bebida alcoólica: () sim () não.

Se sim, com que frequência ingere bebida alcoólica?

() 1 vez por semana () 2- 4 vezes por semana () mais de 4 vezes por semana

Religião: () evangélica () católica () sem religião () outra: _____

Tem caso de câncer de colo do útero na família: () Não () Sim. Grau de Parentesco: _____

E outros tipos de câncer: () não () sim. Qual: _____ Grau de Parentesco: _____

G P A C _____

Idade da 1ª menstruação: _____ anos.

() menos de 14 anos () de 15 a 18 anos () mais de 18 anos

Idade da 1ª relação sexual: _____ anos.

() menos de 14 anos () de 15 a 18 anos () mais de 18 anos

Sua idade ao conceber o 1º filho: _____ anos.

Nº de parceiros sexuais durante a vida: _____

() menos 5 () 5-10 () mais de 10

Usou preservativo com todos os parceiros sexuais? () nunca () às vezes () sempre

Número de parceiros sem uso de preservativo: _____

() menos 5 () 5-10 () mais de 10

Usa preservativo com o parceiro atual? () nunca () às vezes () sempre

Usou preservativo na última relação sexual? () sim () não

Já teve alguma IST: () não () sim. Qual: _____

• Foi tratada: () não () sim. Qual tratamento: _____

Fez uso de anticoncepcional oral: () Não () Sim. Por quanto tempo: _____

() Menos de 1 ano () 1- 4 anos () 4-5 anos () 5- 10 anos () mais de 10 anos

Frequência da realização do exame de Papanicolaou antes do diagnóstico do câncer de colo do útero: _____

() semestralmente () anualmente () 2-3 anos () mais de 3 anos

() nunca havia realizado antes, o primeiro foi o que diagnosticou o câncer de colo do útero.

Frequência da realização do exame de Papanicolaou após o diagnóstico do câncer de colo do útero: _____

() semestralmente () anualmente () 2-3 anos () mais de 3 anos () não realizou mais

Quando foi a última vez que realizou o exame de Papanicolaou? _____

Teve alguma dificuldade para agendar o exame de Papanicolaou?

() não () sim. Qual: _____

Sintomas que levaram as mulheres acometidas pelo câncer de colo do útero a procurarem um profissional da saúde e realizarem o exame preventivo:

() rotina () dor pélvica () leucorreia () dispareunia () condiloma
() sangramento irregular () sangramento pós coito () outro: _____

Data da procura pelo serviço de saúde: _____

Data do descobrimento da doença: _____

Data do início do tratamento: _____

Qual tratamento: _____

() radioterapia () quimioterapia () braquiterapia () procedimento cirúrgico, conização
() procedimento cirúrgico, histerectomia () outro: _____

2 – ENTREVISTA: QUESTÕES / NORTEADORAS QUE ABORDEM AS DIFERENTES DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE

- *Descreva pra mim o que, em sua opinião, pode ter levado você a ter câncer de colo do útero;*
- *Conte-me como identificou/percebeu que estava doente;*
- *Você percebeu mudanças em sua vida após o diagnóstico de câncer de colo do útero?;*
- *Se sim, descreva-me as mudanças percebidas. (Trabalho, Família, amigos, sexualidade,...);*
- *Fale pra mim o que representa para você o câncer de colo do útero;*
- *Conte-me como percebe o atendimento que tem recebido nos serviços de saúde desde a descoberta da doença;*
- *Conte-me sobre sua participação no tratamento e cuidados com a doença.*

APÊNDICE C

QUADRO ILUSTRATIVO (adaptado do programa *DSCsoft*)

A PERCEPÇÃO DA VULNERABILIDADE E REPRESENTAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO				
1 - O que pode ter levado a ter o câncer de colo uterino e como identificou/percebeu que estava doente?				
E	ECH	IC	C	DSC
M7	[...] na realidade eu não imaginava que estava doente, eu tinha dor no seio, mas [...] eu achava que era dor muscular [...] Quando eu tinha hemorragia, na época de menstruação, eu achava que era por causa da laqueadura.	Não achava que estava doente apesar de sentir dor na mama e hemorragia na fase menstrual.	A	Eu não tinha nenhuma queixa, não percebi que estava doente, não tinha nada só depois que começou a dar alteração. Na realidade eu não imaginava que estava doente, eu tinha dor no seio, mas eu achava que era dor muscular. Daí começou a doer muito a
M24	Fiquei oito meses sangrando e não conseguia fazer o Papanicolaou porque estava sangrando muito e daí o médico deu remédio para parar, tomei duas caixas e não parava, daí fez o toque e encaminhou para cá, para UNESP.	Percebeu que estava doente devido sangramento prolongado.	A	minha barriga, fiz ultrassom e descobri que estava grávida de três meses e não sabia por que descia menstruação normal. Daí já encaminharam para maternidade da UNESP, o médico esperou o bebê nascer e falou que ia fazer uma biópsia porque precisava saber o que era. Antes um pouco da doença aparecer comecei a ter muita dor por baixo, no abdome e sangramento durante a
M28	Eu acho que poderia ter sido uma infecção, eu acredito que poderia ser uma infecção porque antes eu tinha uns corrimentos e eu ia ao médico e ele falava que era normal, exceto se ficasse escuro. Eu acredito que foi disso [...] Eu tinha sangramento quando eu tinha relação sexual ou quando eu ia ao banheiro porque eu era ressecada e fazia muita força. Fora isso eu não tinha sangramento. Não era uma coisa constante e nem uma hemorragia, era pouco, mas sangue vivo e não tinha dor na relação. Aí eu fui colher Papanicolaou no posto e não conseguiram colher porque estava sangrando muito, aí encaminharam para maternidade da UNESP e daí o médico falou que ia fazer uma biópsia porque precisava saber o que era, colher a biópsia e depois de 20 dias veio o resultado e aí falaram que era um câncer maligno.	Percebeu que estava doente devido apresentar infecção, sangramento durante a relação sexual e ao evacuar.	A	relação sexual. No outro dia eu não aguentava pisar forte no chão, não podia nem relar a mão na barriga, colocar uma calcinha apertada que doía e às vezes eu andava e tinha cólica, pouco de corrimento, muito sangramento, todo dia sangrava e aumento do fluxo menstrual. Então, por causa da gente ter relação, sangrar e doer, eu percebi que não era normal, era incomodo o sangue e foi aí que me preocupei, eu vi que não era normal essa coisa de sangramento, passei no médico e fui fazer o Papanicolaou na hora, nunca tinha feito um Papanicolaou, depois de
M16	Durante algumas relações sexuais eu percebi que tinha um sangramento que não era normal. Aí eu procurei verificar e quando fui verificar já estava acentuado. Depois da relação tive hemorragia e isso foi o último passo para me diagnosticar. Eu estava com um quadro acentuado de sangue durante a relação.	Procurou atendimento médico por apresentar sangramento durante a relação sexual.	A	
M25	Eu já estava na menopausa e tive um sangramento. E, a maioria das mulheres nunca gosta de menstruação, “aí, estou menstruada” e eu era o contrário, eu gostava porque parecia que eu me sentia tão leve, parece que eu ficava diferente e daí do nada começou a descer, para eu parou eu estava com 39 anos, aí passou um tempo começou a descer de novo e dava uma coliquinha, aí a minha nora brincava dizendo: “virou mocinha de novo”, só que aí não parava, não parava e eu resolvi procurar o médico colher o Papanicolaou que nunca tinha colhido. Aí, o médico me mandou, encaminhou para o doutor Eduardo, só que daí eu não fui. Aí a minha cunhada adoeceu, que ela tem problema de coração, inclusive ela foi internada aqui e faleceu mesmo. Aí eu fiquei com meu irmão uns 40, uns 50 dias por aí, eu fiquei cuidando dele e sangrando, sangrando e com muita	Percebeu que estava doente por apresentar sangramento após a menopausa e procurou o médico por orientação da família.	A	

	dor nas costas, muita dor. Aí a minha sobrinha falou: “tia, não é normal isso, se eu fosse a senhora eu procurava um médico”. Daí eu fui e eles encaminharam para cá.			um mês veio o resultado e não deu, a segunda vez não deu, sempre dava normal, tive sim uma feridinha no útero que eles queimaram, cauterizaram, eu fiz tratamento na minha cidadezinha natal e a terceira vez o doutor falou assim: “colhe bem no colo, raspa bem no colo” e aí deu. Era bem no colo, bem naquele canalzinho. Eu também tinha bastante hemorragia na época da menstruação, fiquei dois anos e meio com hemorragia, mas os médicos nunca falaram nada, nunca imaginei que a hemorragia ia causar o câncer. Eu acho que a hemorragia é que pode ter causado o câncer. Depois que tive hemorragia, comecei a ter sangramento fora da menstruação e quando estava para vir à menstruação, antes vinha um sangue preto, escuro, sangue escuro, preto, aí vinha a menstruação e depois um corrimento amarelo forte, não era certo aquilo lá, tinha que ficar usando absorvente sempre e quando parava o líquido amarelo, vinha a menstruação e vinha bastante e acabava a menstruação, vinha esse líquido amarelo, e isso foi o último passo para me diagnosticar e aí já estava acentuado. Foram dois anos e meio com hemorragia, não conseguia fazer o Papanicolaou porque estava sangrando muito e daí o médico deu remédio para parar, tomei duas caixas e não parava, daí fez o toque e encaminhou para o pronto socorro, peguei uma médica muito
M1	Eu acho que é na relação sexual que sangrava muito, durante a relação tinha sangramento [...] Eu tinha dor na relação.	O câncer foi devido à relação sexual que sangrava	A	
M20	Eu nunca tive dor, nada, só mesmo nessa alteração do Papanicolaou que deu. Dor não tinha, nunca tive dor. Tive sim uma feridinha no útero que eles queimaram, cauterizaram, mas sempre me senti bem. Os médicos nunca falaram nada. Daí eu sempre fazia, e dava normal, só depois de 2003 que começou a dar alteração. Não percebi nada que estava doente, trabalhei até na sexta feira, na segunda internei para operar, trabalhei direto, não tinha nada. Não tinha dor, nada.	Descobriu que estava doente no exame preventivo	A	
M8	Descobri que estava doente com a alteração no Papanicolaou, no exame de rotina que todos os anos eu fazia. Ela fez e deu a primeira alteração, eu nunca tive nada, eu sempre... foi sempre assim... nunca tive problema de saúde.	Descobriu que estava doente no exame preventivo	A	
M33	A única coisa que eu tinha bastante era hemorragia, mas nunca ninguém me falou assim...a hemorragia era durante o período menstrual, vinha bastante. Sabe aqueles fraldão, então chegou uma época que eu precisava usar aquilo lá até, principalmente para dormir, só que nunca ninguém me falou nada.	Não percebeu nenhuma alteração apesar de ter hemorragia na fase menstrual	A	
M32	Depois de sete anos que eu estava na menopausa, voltei a sangrar e eu tinha umas dores também, umas fisgadas no fundo, lá dentro da minha barriga.	Percebeu que estava doente porque teve sangramento e dores abdominais após menopausa	A	
M4	Eu não sabia que estava doente aí aqui que eles descobriram, quando fez o exame aqui que descobriram.	Não percebeu que estava doente, detectou pelo exame preventivo.	A	
M19	Eu fiquei muito fraca, emagreci demais, pesava 85 quilogramas e passei a pesar 35 quilogramas Tive bastante perda de peso. Aí vem aqui na UNESP e morre, não morre, morre, não morre, tirava sangue, fazia exame e não achava nada, aí que eu fui para Laranjal Paulista fazer um Papanicolaou. Eu fui no posto e lá também não acharam nada e daí eu emagrecendo, emagrecendo e não achava nada e encaminharam para UNESP, porque lá no posto não fazia o Papanicolaou em 2009, eu fui para Laranjal, não fazia em posto nenhum aqui em Botucatu, a gente foi com o ônibus lotado para Laranjal Paulista colher o Papanicolaou lá. Daí cerca de 15 a 20 dias chegou o resultado, daí o posto só me chamou e me encaminhou para UNESP.	Percebeu que estava doente devido emagrecer muito.	A	
M30	Depois de uns dois anos que estava na menopausa comecei a sangrar. [...] achei normal porque parava, vinha e depois parava, vinha pouquinho, não era generoso. Aí de repente, um dia que tinha trabalhado	Apresentava sangramento após menopausa que intensificava	A	



	demais com o corpo, veio muito. Eu ainda não pensei que poderia ser nada grave, de tão grave não achei que era.	com esforço físico		atenciosa, que como eu estava com muita dor de cabeça, descendo demais, ela me pôs um soro, me deu um remédio e deixou eu em observação. Só que a tarde eu já não estava mais com dor de cabeça, já tinha, só que em vez dela me mandar embora pra casa, ela pensou, ela falou eu estou achando você um pouco pálida, eu vou te mandar na ginecologia, subi, ela me deu um papel, o médico me atendeu, aí mandou colher sangue, aí quando colheu, ele mandou colher novamente porque ele achou que estaria errado, mas não, ele mandou internar imediatamente, eu fiz três transfusões de sangue, e depois aí eles queriam saber a causa de tudo, daí fui, fiz biópsia, fiz três biópsias, daí descobriu que eu estava com câncer de colo do útero já em um estágio avançado e não pude retirar o útero, aí eu fiz radioterapia, me encaminharam para Jau, fiz braquiterapia, quando o médico me abriu já estava tomado o resto: as trompas, ovários, tirou tudo e com a braquiterapia, eu tive uma fístula reto-vaginal e estou com colostomia, só que eu tive que esperar cinco anos para fazer a reversão para ver se não tinha metástase porque o meu câncer é do invasor. Eu trabalhava também, fazia força, cortava cana dia inteirinho debaixo de sol e chuva, acho que eu forçava muito o organismo, o corpo. O câncer foi de forçar o organismo porque até hoje eu não posso fazer força nenhuma porque
M5	Nem corrimento tinha, só tinha sangramento que de um hora para outra começou. Não tinha nada. Percebi o sangramento. Era incomodo o sangue, não era normal. Eu vi que não era normal essa coisa de sangramento.	Percebeu que não estava bem devido apresentar sangramento	A	
M9	[...] dores [...] às vezes quando eu andava e dava uns pulinhos [...] e quando eu tinha relação [...] no outro dia eu não aguentava pisar forte no chão.	Sentia dores ao andar, pular e durante e após a relação sexual	A	
M21	Tive um sangramento depois da menopausa. Eu não tinha dor, não tinha nada e nunca tinha feito um Papanicolaou, quando eu resolvi fazer foi tarde.	Apresentou sangramento após menopausa	A	
M3	Eu tive dor na barriga, assim por baixo. Muita dor na barriga [...] não podia nem relar a mão assim que doía.	Apresentava muita dor abdominal	A	
M13	Começou a sangrar, todo dia sangrava.	Começou a sangrar diariamente	A	
M22	Aí comecei a ter sangramento e dor na relação sexual, isso foi com meu último parceiro que eu tive.	Presença de dor e sangramento na relação sexual	A	
M2	[...] fiquei dois anos e meio com hemorragia, bastante. Foram dois anos e meio que chegou ao ponto que cheguei a procurar aqui.	Procurou o serviço de saúde por apresentar bastante hemorragia	A	
M23	Porque deu sangramento, quando eu tinha relação doía, sangrava um pouco.	Tinha dor e sangramento na relação sexual	A	
M31	Então, por causa da gente ter relação e sangrar. Sangrar, doer, não pode estar normal.	Percebeu que estava com câncer porque tinha sangramento e dor na relação	A	
M37	Estava tendo sangramento há muito tempo [...] começou bastante me dar muito sangramento e hemorragia quando menstruava e [...] quando eu tinha relação sangrava e eu sentia muita dor, também tinha dor na barriga que eu não podia colocar uma calcinha apertada que doía. Aí eu fazia Papanicolaou e dava sempre normal. Aí eu fiz tratamento na minha cidadezinha natal [...] foi que comprovou o câncer.	Percebeu devido o sangramento aumentado durante a fase menstrual e dor abdominal	A	
M27	[...] eu comecei a emagrecer e eles começaram a tirar sarro de mim: “Neide, nossa o que você está fazendo que você está emagrecendo, ensina a receita” porque tinha uma outra que trabalhava lá que era mais gorda que eu ainda. Daí, eu falei: “aí eu não estou fazendo nada, eu acho que é de trabalhar” e daí a mulher dele, a dona da casa, falou: “quantos quilos você já emagreceu?” e eu falei que havia emagrecido 10 quilogramas em um mês e ele escutou e perguntou: “Neide, o que você está falando?” e eu falei: “é doutor, olha que benção emagreci 10 quilogramas em um mês sem precisar fazer regime. Daí ele falou: “não, procura, vai me procurar no posto amanha	Notou que estava doente porque começou a emagrecer rapidamente	A	

	<p>porque amanhã eu estou lá, já passa no laboratório porque eu mesmo vou fazer o exame de sangue", daí foi assim que começou. Daí ele passou eu para outro médico da cidade para fazer ultrassom e no ultrassom deu, mas deu que era na bexiga. Aí eu vim com encaminhamento da minha cidade aqui com tumor na bexiga, mas não era foi aqui que descobriu, porque o tumor estava comprimindo o colo do útero, aí aqui foi feito o exame do rim e não era nada e de lá mesmo encaminharam para vir aqui e aqui foi feito o Papanicolaou. Aí eu fiz quimio, radio e braquiterapia e não pôde fazer a cirurgia, mexer, porque o médico daqui falou que se fizesse a cirurgia eu correria o risco de perder a bexiga e vagina porque já estava avançado.</p>			<p>sangra, não tem nada dentro de mim e eu sangro e estranho isso, até a doutora me mandou ver se não era pelo canal da urina, para ver se não era um coágulo de infecção de rim, mas eu percebi que não, porque é só eu ficar nervosa ou fazer força, aí eu já vou ao banheiro e quando vou me limpar já percebo que estou sangrando. Eu tinha muito sangramento, muita dor nas costas, na barriga. Depois que tinha parado de menstruar voltei a ter hemorragia. Eu já estava na menopausa desde os 42</p>
M11	<p>Por causa do corrimento que era demais. Não era certo aquilo lá, tinha que ficar usando absorvente sempre. Não tinha jeito, incomodava aquilo. Quando eu ficava menstruada, a menstruação já não vinha certo, vinha só um pouquinho de menstruação e já parava e só o corrimento.</p>	<p>Percebeu que estava doente devido a apresentar muito corrimento vaginal</p>	A	<p>anos e começou o sangramento do nada, logo nos primeiros dias, teve uma colicazinha, umas fígadas no fundo, lá dentro da minha barriga, eu achei normal porque parava, vinha e depois parava, vinha pouquinho, não era generoso. Aí de repente, um dia que tinha trabalhado demais com o corpo, veio muito. Eu ainda não pensei que poderia ser nada grave, de tão grave não achei que era. A maioria das mulheres nunca gosta de menstruação e eu era o contrário, eu gostava porque parecia que eu me sentia tão leve, parece que eu ficava diferente e daí do nada começou a descer, passou um tempo começou a descer de novo e a minha nora brincava dizendo: "virou mocinha de novo", aí a minha sobrinha falou: "tia não é normal isso, se eu fosse a senhora eu procurava um médico". Eu fiquei muito fraca, emagreci demais, pesava 85 quilogramas e passei a pesar 35 quilogramas. Tive bastante perda de</p>
M35	<p>[...] comecei a ter sangramento fora da menstruação e um corrimento amarelo forte, mas não sentia dor. Aí eu passei no médico, ele fez o Papanicolaou na hora e falou o que era e me encaminhou para cá. Aí eu fiz radio, quimio e braquiterapia, mas não precisou fazer cirurgia.</p>	<p>Começou a ter sangramento e corrimento forte, mas não tinha dor</p>	A	
M17	<p>Não tive alteração nenhuma, eu fazia Papanicolaou normal, eu fazia [...] todo ano [...] daí um dia eu fiz e depois ligou para mim para eu ir lá, daí comentou comigo e daí me pediram para fazer outro exame e daí me encaminhou aqui pra UNESP. Tanto é que na primeira vez que eu fiz aqui na UNESP não deu, a segunda vez não deu, a terceira vez, Dr. Paulo Traiman entrou na sala junto, entrou um monte de gente junto, monte de estudante junto, daí o Dr. Paulo falou assim: "colhe bem no colo, raspa bem no colo". Aí deu. Era bem no colo, bem naquele canalzinho.</p>	<p>Descobriu no exame preventivo</p>	A	
M38	<p>Foi uma hemorragia que eu tive depois que tinha parado de menstruar. Quando eu tive hemorragia, logo nos primeiros dias, teve uma colicazinha.</p>	<p>Após a menopausa apresentou sangramento e dor abdominal</p>	A	
M18	<p>[...] nunca imaginei que a hemorragia ia causar o câncer. Eu acho que a hemorragia é que pode ter causado o câncer. Percebi que estava doente por causa da hemorragia.</p>	<p>Percebeu que estava doente devido à hemorragia</p>	A	
M14	<p>Percebi que estava doente quando tive uma hemorragia muito intensa, procurei aqui o pronto socorro, peguei uma médica muito atenciosa, que como eu estava com muita dor de cabeça, descendo demais, ela me pôs um soro, me deu um remédio e deixou eu em observação. Só que a tarde eu já não estava mais com dor de cabeça, já tinha, só que em vez dela me mandar embora pra casa, ela pensou, ela falou eu estou achando você um pouco pálida, eu vou te mandar na ginecologia, subi, ela me deu um papel, subi lá em cima, o médico me atendeu, aí mandou colher sangue, aí quando colheu, ele mandou colher novamente porque ele achou que estaria errado, mas</p>	<p>Percebeu devido hemorragia grave</p>	A	

	não é, aí ele mandou internar imediatamente, eu fiz três transfusões de sangue, e depois aí eles queriam saber a causa de tudo, daí fui, fiz biopsia, fiz três biopsias, daí descobriu que eu estava com câncer de colo do útero já num estágio avançado, que não pude retirar o útero, aí eu fiz trinta radioterapia, aí depois me encaminharam pra Jau, fiz quatro braquiterapia, e aí com a braquiterapia, eu tive uma fístula reto-vaginal e estou com colostomia, só que eu tive que esperar cinco anos pra eu poder fazer a reversão pra ver se não tinha metástase porque o meu câncer é do invasor.			peso. Aí vim aqui na UNESP e morre, não morre, morre, não morre, tirava sangue, fazia exame e não achava nada, aí que eu fui fazer um Papanicolaou. Eu fui ao posto e lá também não acharam nada e daí eu emagrecendo e não achava nada e encaminharam para UNESP, Eu comecei a emagrecer e eles começaram a tirar saro de mim: “nossa o que você está fazendo que você está emagrecendo, ensina a receita” porque tinha uma outra que trabalhava lá que era mais gorda que eu ainda. Daí, eu falei: “aí eu não estou fazendo nada, eu acho que é de trabalhar” e daí a mulher dele, a dona da casa, falou: “quantos quilos você já emagreceu?” e eu falei que havia emagrecido 10 quilogramas em um mês e ele escutou e perguntou: “O que você está falando?” e eu falei: “é doutor, olha que benção, emagreci 10 quilogramas em um mês sem precisar fazer regime”. Daí ele falou: “não, procura, vai me procurar no posto amanhã porque amanhã eu estou lá, já passa no laboratório porque eu mesmo vou fazer o exame de sangue”, daí foi assim que começou. Daí ele passou eu para outro médico da cidade para fazer ultrassom e no ultrassom deu, mas deu que era na bexiga. Aí eu vim com encaminhamento da minha cidade aqui com tumor na bexiga, mas não era foi aqui que descobriu, porque o tumor estava comprimindo o colo do
M12	Não... eu não percebi. Eu fui à médica e ela fez o exame e daí veio o resultado, que eu estava com câncer.	Descobriu no exame preventivo	A	
M6	[...] eu trabalhava também, fazia força, cortava cana dia inteirinho debaixo de sol e chuva, acho que eu forçava muito o organismo, o corpo. O câncer foi de forçar o organismo porque até hoje eu não posso fazer força nenhuma porque sangra, não tem nada dentro de mim e eu sangro e estranho isso, até a doutora mandou ver se não era pelo canal da urina, para ver se não era um coágulo de infecção de rim, mas eu percebi que não, porque é só eu ficar nervosa ou fazer força, aí eu já vou ao banheiro e quando vou me limpar já percebo que estou sangrando [...] Eu tinha muito sangramento, muita dor nas costas, na barriga [...] Foi uma hemorragia que eu tive depois que tinha parado de menstruar. Quando eu tive hemorragia, logo nos primeiros dias, teve uma colicazinha. Aí eu paguei uma consulta lá no Carlos Chagas de Guarulhos porque para esperar pelo posto você sabe como que são as condições. Aí eu vim morar em Laranjal com meu irmão e daí fui encaminhada para o posto, colhi o Papanicolaou que já fazia mais de quarenta anos que não colhia. Aí vim para UNESP e fiz radio e quimioterapia e cirurgia que tirou tudo: útero, colo, tirou tudo.	O câncer foi devido ao esforço físico porque ao fazer força apresentava sangramento, dor em dorso e abdominal	A	
M26	Daí começou a doer muito a minha barriga e já estava grávida, estava grávida de três meses e não sabia. Tive muita dor na barriga e foi ao médico e ele não descobriu nada porque descia menstruação normal. Daí fiz ultrassom e descobriu a gravidez. Daí fez o Papanicolaou e já mandou para cá, aí fizeram tudo. Aí esperou o bebê nascer e depois de um ano tiraram o útero. Não tinha nada, corrimento nada, só uma dor na barriga, nos ovários, parecia que ia menstruar de novo. Aí procurei o posto e falei: “precisa ver essa dor”. Eu nunca tive nada, lesão e escoriação nada. Aí o médico do posto pediu ultrassom, ela achava que era rim porque doía muito aqui e por baixo e era o bebê. Aí mandaram eu para cá e fiz o Papanicolaou aqui mesmo e agora daqui não saio mais, faço tudo aqui.	Percebeu que estava doente porque teve dor abdominal	A	
M10	[...] começou a descer um líquido amarelo e quando parava o líquido amarelo vinha a menstruação, que eu tinha menstruação na época, vinha e vinha bastante e acabava a menstruação, vinha esse líquido amarelo, aí eu procurei o médico e fiz o Papanicolaou, depois de um mês veio o resultado [...] Quando o médico me	Apresentou corrimento entre o ciclo menstrual	A	

	abriu já estava tomada o resto: as trompas, ovários, tirou tudo.			útero, aí aqui foi feito o exame do rim e não era nada e de lá mesmo encaminharam para vir aqui e aqui foi feito o Papanicolaou. Aí eu fiz quimioterapia, radio e braquiterapia e não pode fazer a cirurgia, mexer, porque o médico daqui falou que se fizesse a cirurgia eu correria o risco de perder a bexiga e vagina porque já estava avançado. Eu acho que
M34	[...] comecei a ter sangramento, esguichava, mas eu não sei se era menopausa porque depois que fiz a radioterapia sessou, não menstruei mais, isso já faz três anos. Nunca tive dor, eu achava que era menopausa, era o sangramento intenso, eu vim desmaiada para o hospital. Na última vez que vim eu fui lá no pronto socorro lá perto de casa e mandaram eu para casa, aí fui para casa, comecei a tomar banho porque estava sangrando muito e desmaiei, aí meu filho me colocou no carro e trouxe para cá e já fiquei internada. Daí eu ficava 15 dias internada, dava alta, ficava uns dias sem vim e começava a sangrar de novo.	Apresentava muito sangramento, mas achava que estava entrando na menopausa.	A	poderia ter sido uma infecção, eu acredito que poderia ser uma infecção porque antes eu tinha uns corrimentos e eu ia ao médico e ele falava que era normal, exceto que ficasse escuro. Eu acredito que foi disso. Eu
M29	Eu não tinha nenhuma queixa, mas antes um pouco da doença aparecer comecei a ter dor na relação sexual e foi aí que me preocupei e fui fazer o Papanicolaou, também comecei a ter sangramento, tinha uma cólica na menstruação mesmo e daí aumentou o fluxo menstrual e daí há pouco tempo começou, daí há dez dias de novo e daí eu corri para o médico e junto com aparecimento do sangramento começou dor no abdome e dor na relação sexual.	Percebeu devido apresentar dor na relação sexual, sangramento e dor abdominal.	A	tinha sangramento quando eu tinha relação sexual ou quando eu ia ao banheiro porque eu era ressecada e fazia muita força. Fora isso eu não tinha sangramento. Não
M36	Foi pelo exame de rotina, mas eu tinha sangramento na relação sexual e cólica também. Eu tinha muita dor na relação sexual e na barriga e pouco de corrimento. Eu já estava na menopausa desde os 42 anos e começou o sangramento do nada.	Descobriu no exame preventivo, mas tinha sangramento e dor abdominal após menopausa	A	era uma coisa constante e nem uma hemorragia, era pouco, mas sangue vivo e não tinha dor na relação. Aí eu fui colher Papanicolaou no posto e não conseguiram colher porque estava sangrando muito, aí, colher a biopsia e depois de 20 dias veio o resultado e aí falaram que era um
M15	Quando estava para vir à menstruação, antes vinha um sangue preto, escuro, sangue escuro, preto e depois que vinha a menstruação, é a única coisa que eu associo só isso daí, não sentia uma dor, não sentia nada. Foi no Papanicolaou que deu alguma coisa.	Descobriu no exame preventivo, mas apresentava sangramento escuro antes da fase menstrual.	A	câncer maligno. (M1-38)

ANEXO 1

 Registrado no Ministério da Saúde nº 36.000.001 de 13/07	FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DA VULNERABILIDADE E REPRESENTAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Pesquisador: Carla Regiani Conde

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29239114.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 607.268

Data da Relatoria: 07/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualiquantitativa, que buscará compreender a percepção da vulnerabilidade e a representação do câncer de colo uterino. A partir da visão dessas mulheres, em busca pela assistência, procurar-se-á conhecer as ações programáticas durante o seguimento à mulher em processo de adoecimento. Este estudo será realizado no ambulatório de ginecologia e Seção Técnica de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu. Será realizado com mulheres que possuem diagnóstico confirmado de Câncer de Colo uterino em fase inicial do tratamento. Para tanto, serão selecionadas as mulheres que estiveram em consulta no ambulatório de ginecologia ou internadas na unidade de ginecologia do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu, que aceitarem participar da pesquisa e que tiverem em condições clínicas que lhes permitam falar sobre a percepção da vulnerabilidade à doença, os conhecimentos em relação ao câncer de colo uterino e as ações de saúde voltadas para seguimento da doença e sua assistência. O número de sujeitos da pesquisa será definido no decorrer do estudo e as entrevistas cessarão quando a pesquisadora julgar suficiente para desvelar a essência do fenômeno pesquisado, cuja avaliação é feita pelo aspecto de repetição dos fenômenos. Os sujeitos serão identificados na pesquisa de acordo com nomenclaturas que mantenham sigilo do nome do paciente. Os depoimentos serão colhidos com o consentimento das mulheres pela assinatura do Termo de

Endereço: Chácara Bufignoli, s/n	CEP: 18.618-070
Bairro: Rubião Junior	Município: BOTUCATU
UF: SP	E-mail: cep@up@fmb.unesp.br
Telefone: (14)3880-1608	



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 607.269

Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de entrevistas gravadas em fita cassete e depois de transcritas as fitas serão destruídas (apagadas). Serão realizadas as seguintes fases: coleta dos dados da caracterização dos sujeitos e realização das entrevistas (questões / apontamentos que abordem as dimensões da vulnerabilidade). O referencial metodológico será o Discurso do Sujeito Coletivo e teóricos, vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos e representação social.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico inicial de Câncer de Colo do Útero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos, pois se trata de entrevistas. Podem gerar sentimentos negativos pelo enfrentamento da doença.

Benefícios:

Em face de a importância do câncer de colo do útero no perfil de morbi-mortalidade da população feminina em todo mundo e da necessidade de fortalecimento de práticas e políticas, no sentido da melhoria das ações de controle do câncer cervical, julga-se necessário a produção de novos conhecimentos de modo a estabelecer a relação entre a percepção a doença e representação do câncer em mulheres com diagnóstico de Câncer de Colo do Útero, bem como a busca de conhecimento pela enfermagem podendo colocar em prática e assim melhorar a assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qual-quantitativo com delineamento adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo sem problema ético

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

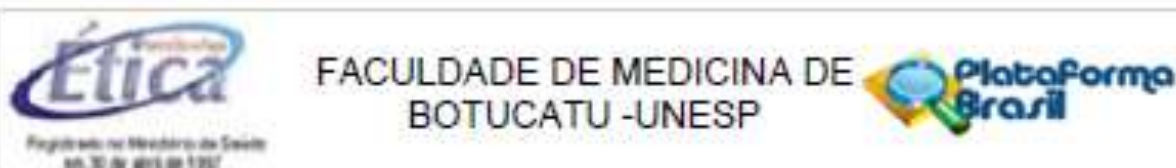
Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capelup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 607.269

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO em reunião do CEP de 07/04/2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao final do projeto é necessário enviar o Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 07 de Abril de 2014

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capelup@fmb.unesp.br