

SIMONE RAUCHBACH MARIOTTI

**O PERFIL E AS REPRESENTAÇÕES DE MULHERES COM ALTERAÇÕES DO
PAPANICOLAOU**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de concentração: Prática profissional de enfermagem.

Orientadora:
Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani.
Co-orientadora:
Prof. Dra. Denise S. de Carvalho

**CURITIBA
2006**

SIMONE RAUCHBACH MARIOTTI

**O PERFIL E AS REPRESENTAÇÕES DE MULHERES COM ALTERAÇÕES DO
PAPANICOLAOU**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre – Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi
Membro Titular: Universidade de São Paulo-USP

Profa. Dra. Eliane Mara Cesário Pereira
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 20 de março de 2006.

Dedico este trabalho:

Ao meu pai que me deixou no início desta trajetória e, num sonho, disse-me que estava muito satisfeito com minhas leituras.

Ao meu marido Milton, pelo apoio, dedicação e auxílio nesta caminhada, principalmente no cuidado da nossa família em todos os momentos em que estive impossibilitada de fazê-lo.

Às minhas filhas, Gabrielle e Isabelle, por se esforçarem para compreender os muitos momentos que não pude dedicar a elas, para concluir este trabalho.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que ofereceu o curso de mestrado no qual fui aprovada, sendo possível realizar este objetivo;

Minha co-orientadora Denise, pelos ensinamentos valiosos em pesquisa epidemiológica;

Coordenadora do Serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas, Sílvia, que apoiou o desenvolvimento deste estudo;

Equipe de Enfermagem do Serviço de Ginecologia, minhas companheiras de trabalho com quem dividi muitos momentos em que sentia as dificuldades em conduzir as responsabilidades do trabalho e do estudo; à Inês, que ajudou muito durante meus afastamentos em função do mestrado.

Chefia do Departamento de Tocoginecologia Dra. Claudete Reggiane e Dr. Mauri Piazza, pelo apoio.

Ana, do arquivo do HC, pela prontidão em providenciar os prontuários que solicitei;

Agradeço, principalmente, a todas as mulheres que aceitaram colaborar com este estudo, e que muito me sensibilizaram com suas narrativas e muito com suas experiências de vida. Jamais me esquecerei de vocês. Obrigada.

A todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

Nós não conhecemos as coisas como elas são na realidade. Isto porque nossos sentidos constroem nosso mundo para nós e, assim, não apresentam, para a mente, realidades externas independentes, mas apenas percepções.

Immanuel Kant-1781

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE SIGLAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 SUPORTE TEÓRICO	6
2.1 LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.....	7
2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	13
2.2.1 Representações do corpo feminino e suas doenças.....	19
2.3 A MULHER NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	27
2.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	30
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
3.1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	36
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
3.3 COLETA DE DADOS.....	38
3.3.1. A Primeira etapa.....	38
3.3.2 A Segunda etapa.....	40
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	42
3.4.1 Ordenação de dados.....	43
3.4.2 Classificação de dados.....	43
3.4.3 Análise Final.....	44
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
4.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	46
4.2 O DESPERTAR DA CONSCIÊNCIA: AS REPRESENTAÇÕES DAS MULHERES COM ALTERAÇÃO NO PAPANICOLAOU.....	69
4.2.1 Invasão do corpo.....	71
4.2.2 O despertar da consciência.....	76
4.2.3 Animal silencioso.....	79
4.2.4 O guardião da Vida.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	95
APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS EM PRONTUÁRIOS.....	96
APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	97
APÊNDICE 3 – MULHERES EXCLUÍDAS DO ESTUDO POR ADIAMENTO DA CIRURGIA PARA O ANO DE 2005.....	98
ANEXOS	99
ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE.....	101
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA.....	102

LISTA DE TABELAS

TABELA	1	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, HC - UFPR, 2004.....	47
TABELA	2	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO A OCUPAÇÃO. HC - UFPR, 2004.....	48
TABELA	3	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO A PROCEDÊNCIA. HC – UFPR, 2004.....	50
TABELA	4	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO SEXARCA.HC-UFPR, 2004.....	51
TABELA	5	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO NÚMERO DE GESTAÇÕES. HC-UFPR, 2004.....	52
TABELA	6	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO DOENÇAS REFERIDAS. HC-UFPR, 2004.....	54
TABELA	7	DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS REFERIDAS PELAS PACIENTES, SEGUNDO ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES. HC-UFPR, 2004.....	55
TABELA	8	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO HÁBITO DE FUMAR. HC – UFPR, 2004.....	55
TABELA	9	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO MOTIVOS PARA A CONSULTA NA QUAL FOI COLHIDO O EXAME PREVENTIVO QUE RESULTOU NO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO. HC – UFPR, 2004.....	57
TABELA	10	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO DATA DO PRIMEIRO EXAME ANTERIOR AO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO. HC-UFPR, 2004.....	58
TABELA	11	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME ANTERIOR AO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO. HC-UFPR, 2004.....	60
TABELA	12	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME ANTERIOR AO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO POR GRUPO ETÁRIO HC-UFPR, 2004.....	61
TABELA	13	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME COM RELAÇÃO A SEXARCA. HC-UFPR, 2004.....	61
TABELA	14	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO PRIMEIRA CONSULTA NO HC-UFPR, 2004.....	61
TABELA	15	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO MOTIVO PARA A PRIMEIRA CONSULTA NO HC-UFPR, 2004.....	62
TABELA	16	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO INTERVALO DE TEMPO EM DIAS ENTRE A PRIMEIRA CONSULTA NA US E A PRIMEIRA	63

TABELA	17	CONSULTA NO HC-UFPR, 2004..... DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO INTERVALO DE TEMPO ENTRE O PREVENTIVO E A BIÓPSIA. HC-UFPR, 2004.....	63
TABELA	18	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO RESULTADO DA PRIMEIRA BIÓPSIA HC-UFPR, 2004.....	64
TABELA	19	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO TEMPO ENTRE A PRIMEIRA BIÓPSIA E A CIRURGIA, EM DIAS. HC-UFPR, 2004.....	65
TABELA	20	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO RESULTADO DO EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO DO PRODUTO DA CIRURGHAC-UFPR, 2004.....	66
TABELA	21	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO TEMPO DE INTERVALO ENTRE A CIRURGIA E O RETORNO APÓS ESSE PROCEDIMENTO EM DIAS HC-UFPR, 2004.....	66
TABELA	22	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO CONDIÇÕES DE SAÚDE NO RETORNO PÓS - CIRURGIA. HC. UFPR 2004.....	67
TABELA	23	DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS NO HC UFPR,2004	68

LISTA DE QUADROS

QUADRO	1	CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA CITOLOGIA ONCÓTICA SEGUNDO PAPANICOLAOU –1943.....	7
QUADRO	2	CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA CITOLOGIA ONCÓTICA SEGUNDO REAGAN- 1953.....	8
QUADRO	3	CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA CITOLOGIA ONCÓTICA A PARTIR DA DEFINIÇÃO DE RICHARD – 1967.....	8
QUADRO	4	ELEMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO: O SISTEMA BETHESDA, 1988-1991.....	9
QUADRO	5	SISTEMA BETHESDA, 1988-1991: ATIPIAS NO CITOPATOLOGICO.....	10
QUADRO	6	PERCENTUAL DE MULHERES DE 25 A 59 ANOS QUE REFERIRAM TER REALIZADO PELO MENOS UM EXAME PREVENTIVO NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS EM CURITIBA-PR: 2002-2003.....	32
QUADRO	7	COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO-PARANÁ-1999-2003.....	32
QUADRO	8	MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA, CURITIBA, 1996 A 2003.....	33
QUADRO	9	DISTRIBUICAO DAS PACIENTES COM RESULTADOS DO PAPANICOLAOU DE 1995 A 2002 ANTERIORES AO TRATAMENTO. HC - UFPR, 2004.....	59
QUADRO	10	PERFIL BISSOCIAL DAS ENTREVISTADAS.....	69
QUADRO	11	CATEGORIAS E REPRESENTAÇÕES.....	70

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGUS	Atipia de Células Glandulares.
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).
ASCUS	Atipia de Células Escamosas de Significado Indeterminado.
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
BENFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (organização não governamental).
CAF	Cirurgia de Alta Frequência.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Seres Humanos do Hospital de Clínicas da UFPR
CDC	Centers for Disease Control.
CO	Citologia oncológica
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos.
DIU	Dispositivo Intra-Uterino.
DST	Doença Sexualmente Transmissível.
DUM	Data da Última Menstruação.
HC	Hospital de Clínicas.
HIV	Human Immunodeficiency Virus. (Vírus da imunodeficiência adquirida).
HPV	Human Papilloma Virus (Papiloma vírus humano)
HSIL	High Squamous Intraepithelial Lesion (Lesão de alto grau em células escamosas).
HTA	Histerectomia Total Abdominal.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LSIL	Low Squamous Intraepithelial Lesion (lesão intraepithelial de baixo grau)
MS	Ministério da Saúde.
MS-DOS	Microsoft – Disk Operating System. (Informática)
NIC I	Neoplasia intra-epitelial grau 1
NIC II	Neoplasia intra-epitelial grau 2
NIC III	Neoplasia intra-epitelial grau 3
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná.
US	Unidade de Saúde

RESUMO

O exame Papanicolaou é realizado no Brasil desde 1946, para a detecção precoce do câncer de colo de útero. É um exame de baixo custo e possibilita o tratamento da doença em estágios iniciais, o que impede o seu desenvolvimento em quase 100% dos casos. Apesar dessas afirmações, existe uma lacuna entre a cobertura dos exames realizados nas unidades de saúde e a mortalidade por câncer. Poucos estudos descrevem a situação da prevenção a partir da realização do exame, ou como as mulheres compreendem o resultado e seguem o tratamento. Os objetivos desse trabalho foram: identificar o perfil das mulheres com alteração no exame Papanicolaou e conhecer suas representações. A natureza da investigação foi qualitativa. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, foram coletados os dados de 97 prontuários das mulheres em tratamento na Unidade de Internação do Serviço de Ginecologia no ano de 2004 e destes foram realizadas 10 entrevistas. Os sujeitos do estudo apresentavam idades de 15 a 76 anos. A maioria apresentou o início da vida sexual precoce entre 13 e 19 anos com várias gestações e partos e baixa escolaridade. Foram identificadas 4 categorias de representação: invasão do corpo, o despertar da consciência, animal silencioso e o guardião da vida. Observou-se que o exame Papanicolaou não era freqüente para elas, que referiram vergonha ao fazê-lo e desconhecimento quanto à sua importância. Após receberem o resultado e esclarecimentos do profissional de saúde, admitiram descuido com seu corpo e culpa ao colocarem o trabalho e a família como prioridades, pois buscaram o médico somente quando se viram impedidas de trabalhar frente aos sinais e sintomas de adoecimento. Verificou-se falta de informação e dificuldade em aceitar o profissional do sexo masculino no procedimento do exame. O intervalo de tempo entre a realização do exame e o tratamento demorou de um a seis meses para a maioria das mulheres. Observou-se que muito se tem a fazer pela saúde das mulheres, especificamente na prevenção do câncer de colo de útero, nos aspectos educativo e operacional, facilitando o acesso aos serviços. Para tanto, recomenda-se que os profissionais da saúde sejam sensibilizados quanto à dimensão subjetiva do câncer e dos procedimentos que envolvem a prevenção, no que diz respeito à mulher na sua singularidade, nas suas representações, que as mobilizam ou não no cuidado de si.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida, Cuidados de Enfermagem, Prática Profissional, Exame Papanicolaou.

ABSTRACT

The Papanicolaou exam is carried through in Brazil since 1946, in order to detect uterus col cancer. It is a low cost exam and makes possible the treatment of the illness in initial periods, what hinders its development in almost 100% of cases. Despite these affirmations, there is a gap between the covering of the carried through exams in the health units and mortality. Few studies describe the situation of the prevention from the accomplishment of the exam, or as the women understand the result and follow the treatment. The goals of this work were: to identify the profile of the women with alteration in the Papanicolaou exam and to know hers representations. The nature of the inquiry was quali-quantitative. After the approval for the Ethics Committee of Human Beings Research of the Clinics Hospital from Federal University of Paraná, data of 97 medical handbooks of the women in treatment from Unit of Internment in Gynecology Service during the year of 2004 had been collected and of these, 10 interviews had been carried through. The individuals of this study presented ages between 15 and 76 years. The majority presented the beginning of the precocious sexual life between 13 and 19 years with some gestations and childbirths and low educational level. Four categories of representation had been identified which were denominated of this author as: invasion of the body, the wakening of the conscience, quiet animal and the guardian of the life. It was observed that the Papanicolaou exam was not frequent to them, that it had been related to be ashamed when making it and unfamiliarity to its importance. After receiving the results and clarifications from the health professional, they had admitted carelessness with their own body and blame when placing the work and the family as priorities, therefore they had only searched the doctor when they turn over hindered to work front to the signals and symptoms of sickness. It was verified lack of information and difficulty in accepting a male professional in the examination procedure. The time interval between the accomplishment of the exams and the treatment was from one to six months for the majority of women. It was observed that much must be done for women health, specifically in the prevention of the uterus col cancer, in the educative and operational aspects, facilitating the access to the services. For those, is recommended that the health professional are sensitized to the subjective dimension of the representations of cancer and the procedures that involve the prevention, what says respect to the woman in her singularity and representations, that mobilize her or not in the care of herself.

Word-keys: Life Quality, Nursing Cares, Professional Practical, Papanicolaou Exam.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está situado na linha de pesquisa de Saúde e Qualidade de Vida e tem como foco de interesse a Saúde do Adulto. Neste caso, a mulher que enfrenta um resultado do exame Papanicolaou com alterações que, se não tratadas, podem evoluir para o câncer.

A reflexão que levou ao desenvolvimento deste trabalho foi resultante da trajetória profissional da autora como enfermeira, iniciada em 1990, quando realizava a coleta do exame Papanicolaou na unidade básica de saúde de uma comunidade da periferia de Curitiba. Durante onze anos neste serviço, esta era uma das atividades realizadas na assistência à saúde da mulher, o que permitia acreditar que o câncer de colo de útero era uma doença relativamente fácil de evitar ou prevenir.

A partir de 2002, a autora ingressou em um hospital de ensino e passou a prestar assistência de enfermagem às mulheres que necessitavam do tratamento para as alterações detectadas no exame preventivo e por isso foram encaminhadas, e também para aquelas que tiveram a doença descoberta quando já manifestavam os sinais e sintomas do câncer.

Estas experiências possibilitaram conhecer os dois extremos de uma mesma situação que, por um lado, evidenciava todas as iniciativas em torno da prevenção, e do outro, o enfrentamento da enfermidade, com os tratamentos existentes, até o esgotamento destes, frente ao avanço da doença que culminava com a morte. Durante o período de um ano na assistência de enfermagem hospitalar, foi possível conhecer um pouco sobre a história de vida das mulheres em tratamento e verificar nos seus relatos, que muitas haviam colhido o preventivo do câncer em algum momento das suas vidas; que segundo suas afirmações se cuidavam; que as alterações apareceram há poucos meses ou que nos preventivos anteriores os resultados eram negativos. Até mesmo as que apresentavam a doença em fases avançadas, demonstravam algum conhecimento a respeito da prevenção e a sua importância.

Acreditou-se que o fato das mulheres apresentarem informações, mesmo que poucas, a respeito da prevenção, ou buscarem tratamento para as alterações detectadas nos seus exames, poderia ser consequência dos investimentos do Ministério da Saúde (MS) o qual, por meio das campanhas, tem alcançado resultados da eficácia das medidas preventivas, observadas na afirmação de que “o câncer de colo do útero é o tipo de câncer que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente” (INCA 2004).

Porém, apesar da aparente facilidade para a prevenção desta forma de adoecimento, segundo o INCA (2005) a estimativa do número de casos novos de câncer de colo de útero para o ano de 2005, no estado do Paraná, foi de 1560 casos, e destes, 310 somente na capital. Em termos percentuais, 19,9% foram registrados na capital do estado e aproximadamente 80% dos casos distribuídos nos demais municípios. As estimativas vêm sendo realizadas tomando como base para esse cálculo apenas o número de casos diagnosticados ano a ano, por falta de dados sobre a cobertura de exames na população.

Uma das explicações para essa dificuldade, parece estar na procura do exame pelas mulheres, ou seja, há aquelas que buscam anualmente, evidenciando uma posição em relação à prevenção, diferente do que preconiza o manual do MS (2004) quanto à periodicidade: inicialmente, 1 exame por ano. No caso de 2 exames normais seguidos (com intervalo de 1 ano entre eles), este deverá ser feito a cada 3 anos. Entretanto, há mulheres que o realizam três vezes na vida, como apontam dados do INCA (2004). Esta constatação pode ser verificada em um estudo recente que mostra que a maioria das mulheres repete o exame em curto espaço de tempo, enquanto há mulheres que o fazem apenas uma vez (MERIGHI, HAMANO e CAVALCANTE, 2002).

A desproporção parece ser causada pela dificuldade em conhecer a cobertura ou a verdadeira situação de prevenção, pois o número de exames realizados, no geral, não traduz a situação individual de cada mulher. Como foi citado anteriormente, muitos exames podem ser de uma mesma população que já está sensibilizada e o repete por precaução todos os anos.

Por outro lado, para muitas mulheres, a descoberta do câncer acontece devido ao aparecimento dos sinais e sintomas da doença, o que concorda com as

estimativas que colocam o câncer de colo de útero como a terceira neoplasia mais incidente entre as mulheres e a quarta causa de morte (INCA 2005). Segundo o INCA e MS (2004), o diagnóstico desse câncer é realizado nas fases avançadas da doença (estádios III e IV) em cerca de 50% dos casos.

O paradoxo existente entre as disponibilidades na coleta do preventivo veiculadas nos meios de comunicação e dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que a doença é reconhecida como importante causa de morte, sugere a existência de uma lacuna entre a prevenção e o adoecimento. Esta pode ser causada por muitos fatores, dentre os quais, os relacionados aos procedimentos técnicos que envolvem a prevenção, embora não haja pretensão, neste trabalho, em tecer avaliações ou julgamentos neste enfoque. Todavia, considera-se importante analisar alguns destes, a fim de orientar a compreensão neste estudo.

Deste modo, vários são os elementos que podem influenciar no resultado do preventivo, pois antes da interpretação da citologia oncológica, muitas etapas precisam ser concluídas para que o resultado seja coerente com a realidade. Estas se iniciam com as condições do acesso à mulher ao sistema de saúde e também com a técnica de coleta que precisa ser de acordo com o protocolo do Programa Viva-mulher (CURITIBA, 2002).

Do mesmo modo, a análise do material realizada no laboratório pelo citopatologista que utiliza os métodos específicos, requer informações complementares e que devem estar disponíveis nos registros dos formulários de modo a facilitar o diagnóstico laboratorial. Após a expedição do laudo, é realizada a digitação e finalmente a impressão deste. Certamente que outras etapas precisam ser vencidas, pois as condições para que isso ocorra devem estar previstas como o acesso ao serviço, disponibilidade dos profissionais envolvidos para o atendimento e procedimentos subseqüentes como: tratamento, encaminhamentos e orientações. De acordo com Collaço (2005), uma falha nos processos que envolvem o exame Papanicolaou pode comprometer o diagnóstico final.

Quando a mulher recebe o resultado e as explicações do médico, as informações são processadas por ela. A sua compreensão sobre as alterações é o foco de interesse deste estudo, que busca conhecer o que está por traz dos números, processos ou técnicas, mas que compreende o universo subjetivo das mulheres a esse respeito, e se manifesta por meio das representações sobre o

significado das alterações. Estas podem ter sido adquiridas ou assimiladas no percurso da prevenção, ou durante suas vidas, veladas ou quase indecifráveis no discurso das mulheres, e se revelarem nas suas ações, como determinantes para o adoecimento e para a cura.

Definir o sujeito da pesquisa foi um desafio, pois em princípio a curiosidade científica voltava-se para a mulher que se encontrava em estágio terminal de câncer de colo de útero, para saber o que contribuiu no adoecimento, dado o impacto em constatar que as medidas preventivas, com suas aparentes facilidades, não puderam impedir que mulheres viessem a morrer por essa doença.

A partir do estudo das representações sociais, houve clareza na tomada de decisão e a opção foi pela mulher que, ao contrário daquela em estágio terminal pela doença, iniciava uma trajetória para impedir o adoecimento. Assim, a partir da realização do exame preventivo, do resultado e dos exames complementares para o diagnóstico e cirurgia, ela passou por etapas necessárias para conter a evolução de uma lesão pré-cancerígena que, se não tratada naquele momento, poderia evoluir para o câncer.

Deste modo, a expectativa estava em conhecer quem eram essas mulheres qual a sua motivação para buscar o tratamento, quais as facilidades ou dificuldades encontradas, no caminho percorrido e contado por elas.

As representações a respeito do resultado do exame poderiam mostrar o comportamento das mulheres em um momento em que a prevenção ainda seria possível, sendo a contribuição para o conhecimento pretendido nesse trabalho, mais abrangente. Frente ao exposto, este estudo teve como questão norteadora: Qual o perfil das mulheres e suas representações frente ao resultado do exame preventivo com alterações?

Partindo do pressuposto de que as representações da doença poderiam influenciar no tratamento, quando o resultado apresentava alterações, foram elaborados os objetivos para este estudo que são apresentados a seguir:

OBJETIVOS

- Identificar o perfil da mulher que apresenta o resultado do exame Papanicolaou com alterações;
- Conhecer as representações dessas mulheres sobre o resultado do exame.

Definidos os objetivos para este estudo, foram estabelecidos os temas a serem aprofundados para o suporte teórico, os quais são apresentados nos referidos capítulos. Deste modo, o aporte teórico abordou as lesões precursoras do câncer de colo de útero no tocante aos aspectos históricos, desde os primeiros achados, seu desenvolvimento e fatores de risco, como também o comportamento epidemiológico do câncer de colo de útero, com dados de mortalidade pela doença, estimativas de casos novos e óbitos a partir dos casos já notificados.

Para compreender a mulher no contexto pretendido, foram encontrados subsídios desde a história antiga, quando mostra as representações sobre a mulher e o seu corpo, as doenças femininas e também a luta das mulheres e suas conquistas para a melhoria das condições na saúde que se concretizam nas ações governamentais, na criação e implementação de programas para a prevenção das doenças.

A trajetória metodológica mostra os passos para a construção deste estudo, desde o seu planejamento até a realização, com a coleta inicial dos dados em prontuários das mulheres que iniciaram o tratamento para as alterações do exame Papanicolaou durante o ano de 2004, a fim de conhecer o seu perfil e também com a realização das entrevistas, com as mulheres selecionadas a partir dos critérios estabelecidos para a pesquisa, a fim de identificar as representações sobre o resultado.

Os dados explorados para o conhecimento do perfil foram as características no tocante a hábitos e modos de vida tais como: tabagismo, tipo de atividade ou trabalho, histórico pessoal e familiar de doenças, número de gestações, paridade, situação conjugal entre outras. Além dessas, dados retrospectivos da prevenção do câncer de colo de útero, com principal enfoque nos exames mais recentes, até chegar à detecção da alteração seguida do tratamento e exames posteriores.

2 SUPORTE TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os temas que serviram de referencial para a compreensão necessária ao desenvolvimento deste estudo, partindo do conhecimento a respeito das lesões precursoras do câncer de colo de útero, quanto aos aspectos históricos, desde a primeira observação, até o desenvolvimento da citologia esfoliativa por Papanicolaou em 1938. Para interpretação do Papanicolaou, é apresentada a classificação para o diagnóstico das alterações, pelo mesmo autor, segundo Dias, Dias e Ribeiro (1998) e Gompel e Koss (1997) e as contribuições que foram sendo feitas ao longo do tempo, por outros estudiosos, até o que está disponível na atualidade.

Explorados os aspectos biológicos considerados suficientes, havia a necessidade da compreensão do ser humano em sua totalidade e singularidade. Deste modo, era preciso buscar, não apenas as diferenças, mas a distinção que torna o ser humano singular e que este manifesta por meio da comunicação que se concretiza na ação. Para Arendt (2004, p.189) “a ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos se manifestam uns aos outros, não como meros objetos físicos, mas enquanto homens”.

Com esse entendimento, as representações sociais serviram como aporte para compreender, a partir do discurso, o que explica a ação das pessoas no sentido que desejam ir. Ao buscar o lugar onde se encontram as representações, estas se tornaram mais nítidas, pois foi possível conhecer a sua origem e de qual universo fazem parte. A partir do pensamento de Moscovici (2003), foi possível compreender como se compõem estes universos nos quais as pessoas transitam e reconhecê-los.

A prevenção do câncer de colo de útero é trazida neste estudo, também na perspectiva das conquistas das mulheres que, por meio da sua participação ativa na política, em movimentos organizados, fóruns de discussão, como os congressos nacionais e mundiais, ao longo da história, têm dado sua contribuição ao planejamento e execução das ações governamentais, desenvolvidas em favor da saúde da mulher.

2.1 LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Para conhecer o perfil das mulheres e suas representações a respeito das alterações no resultado do exame preventivo, é oportuna uma breve revisão teórica a respeito das questões científicas que estão diretamente relacionadas ao exame preventivo na perspectiva histórica, por considerar-se que o caminho percorrido na busca pela prevenção é resultante da compreensão biopsicosocial que envolve esta temática.

Deste modo, Willians citado por Dias, Dias e Ribeiro (1998), em 1886, realizou as primeiras descrições a respeito das lesões pré-cancerígenas e as considerou como achados histológicos. Do mesmo modo, o termo “*carcinoma in situ*” foi atribuído em 1912 por Schotelande e Karmauner para a lesão antecessora do carcinoma invasivo ou câncer. O termo só foi definitivamente incorporado à terminologia médica, mais especificamente à oncologia, por Broders em 1932, durante a observação de carcinomas escamosos.

De acordo com o mesmo autor, grande importância é conferida ao colposcópico, idealizado por Hinselmann em 1925, para visualizar as lesões iniciais na cérvix uterina. O exame realizado com este equipamento é a colposcopia, o qual é um recurso amplamente utilizado até os dias de hoje para dirigir a biópsia no colo do útero com fins diagnósticos.

Mais adiante, foi desenvolvida a citologia esfoliativa preconizada por Papanicolaou em 1938, sendo este o principal exame utilizado na detecção das lesões pré-cancerígenas, como pode ser visto no quadro 1.

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA CITOLOGIA ONCÓTICA SEGUNDO PAPANICOLAOU –1943

CLASSE	ALTERAÇÃO
Classe I	Ausência de células atípicas
Classe II	Citologia atípica sem evidência de malignidade
Classe III	Citologia sugestiva de malignidade
Classe V	Citologia suspeita de malignidade
Classe V	malignidade

FONTE: Quadro elaborado a partir dos textos de Dias, Dias e Ribeiro (1998) e Gompel e Koss (1997).

A partir da classificação do resultado proposta por Papanicolaou (1943), foram acrescentadas contribuições por outros autores, como Reagan, citado por Dias, Dias e Ribeiro (1998) que classificou as lesões precursoras do câncer de colo de útero como displasias, conforme mostra o quadro 2:

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA CITOLOGIA ONCÓTICA SEGUNDO REAGAN- 1953

DISPLASIA	Leve
	Moderada
	Severa
	Carcinoma in situ

FONTE: Elaborado a partir do texto de Dias, Dias e Ribeiro (1998) e Gompel e Koss (1997).

Richard em 1967, citado por Dias, Dias e Ribeiro (1998) e Gompel e Koss (1997) classificou as lesões precursoras do câncer de colo de útero como Neoplasia intra-epitelial cervical conforme o quadro 3:

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO DA CITOLOGIA ONCÓTICA A PARTIR DA DEFINIÇÃO DE RICHARD – 1967

NIC I	Neoplasia intra-epitelial grau I
NIC II	Neoplasia intra-epitelial grau II
NIC III	Neoplasia intra-epitelial grau III
	Alto grau

FONTE: Elaborado a partir do texto de Dias, Dias e Ribeiro (1998) e Gompel e Koss (1997).

O sistema de Bethesda (1988 e 1991) para diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal foi desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos da América com o objetivo de uniformizar a terminologia diagnóstica, e para facilitar a comunicação dos profissionais que realizam este exame, com o laboratório (CITOCAMP, 2005).

Segundo Gompel e Koss (1997), o sistema Bethesda (1988 e 1991) prevê a qualidade do esfregaço, se satisfatória ou não, como também em relação à fixação do material para análise, se há presença de hemáceas e também faz o diagnóstico descritivo.

Deste modo, a contribuição mais importante do sistema é a incorporação da avaliação da amostra como parte integrante do relatório, sendo necessários quatro

elementos para que uma amostra seja considerada plenamente satisfatória, conforme mostra o quadro 4:

QUADRO 4 - ELEMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO: O SISTEMA BETHESDA, 1988 -1991.

<p>1-Identificação do paciente e do espécime, possibilitando ao laboratório localizar exames anteriores que possam influenciar a avaliação em questão;</p> <p>2-Informações clínicas pertinentes: idade, data da ultima menstruação (DUM) e aspecto do colo, auxiliam a aumentar a eficiência das avaliações. Os dados podem clarificar achados citológicos dúbios, e exames sem informações clínicas pertinentes podem não receber a especial revisão ou correlação clínica que teriam recebido caso as informações tivessem sido fornecidas;</p> <p>3-Composição celular e amostra da zona de transformação: a amostra deve conter células escamosas e endocervicais ou metaplásicas. Esses elementos formam a base microscópica para que se presuma que a zona de transformação foi adequadamente amostrada. Com base nestes elementos, as amostras podem ser: "satisfatória", "satisfatória, mas limitada por..." ou "insatisfatória". os diagnósticos são descritivos, e dividem-se nas categorias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Associadas à infecção (Trichomonas, Cândida, Actinomyces, etc.);• Reacionais – associadas à atrofia, a reparo, radiação, uso do dispositivo contraceptivo intra-uterino (DIU), etc.• Anormalidades em células epiteliais;• Amostra sem anormalidades;• Alterações celulares benignas.
--

FONTE: Quadro elaborado a partir do texto da CITOCAMP (2005)

Embora a nomenclatura no sistema Bethesda (1988-1991) tenha sido adotada no Sistema Único de Saúde em 1998 no programa Viva Mulher, a partir de 2001, com a atualização da nomenclatura internacional, o Ministério da Saúde em conjunto com entidades interessadas, tem estudado uma nomenclatura brasileira com novas orientações a fim de buscar uma uniformidade internacional e também adaptar às necessidades nacionais. Para tanto, assim vem sendo revista em diversos fóruns de discussão no Brasil e já tem sido adotada desde 2002, no Programa Viva Mulher (INCA 2005).

As alterações que podem ser detectadas no exame citopatológico segundo a classificação internacional de Bethesda 1988, pode ser verificada no quadro 5:

QUADRO 5 - SISTEMA BETHESDA 1988-1991: ATIPIAS NO CITOPATOLÓGICO:

1. ESCAMOSAS: CÉLULAS DA ECTO-CÉRVICE

- ASCUS ou Atipia de células escamosas de significado indeterminado
- LSIL- ou baixo grau – low squamous intra-epitelial lesion (incluindo HPV/ displasia leve / NIC1);
- HSIL - alto grau- high squamous intraepithelial lesion (displasia moderada e severa, carcinoma "in situ", NIC II e NIC III);
- Carcinoma epidermóide.

2. GLANDULARES: CÉLULAS ENDOCERVICAIS

- Presença de células endometriais em pós-menopausa;
AGUS ou Atipia de células glandulares
Adenocarcinoma endometrial.
- Adenocarcinoma extra-uterino;
Adenocarcinoma soe;
Outras neoplasias malignas.

FONTE: Quadro elaborado a partir do texto da CITOCAMP (2005)

Cabe salientar que mudanças nas nomenclaturas são necessárias na medida em que avanços e descobertas vão sendo realizados ao longo do tempo como na relação entre as infecções genitais por HPV e o câncer cervical que foi demonstrada pela primeira vez no início dos anos 80 por Harold zur Hausen, virologista germânico citado por Burd (2003). Segundo este autor, a partir desta descoberta a relação entre o câncer de células escamosas e o HPV tem sido bem estabelecida e em 1996 a Associação Mundial de Saúde reconhece o HPV como uma importante causa do câncer cervical. Atualmente nos Estados Unidos, a relação do HPV com o câncer cervical tem sido maior que o cigarro para o câncer de pulmão.

A sigla HPV significa papilomavírus humanos que são vírus da família *Papovaviridae*, capazes de induzir lesões de pele ou mucosa, as quais mostram um crescimento limitado e podem regredir espontaneamente. Existem mais de 200 subtipos diferentes de HPV e todos estão associados ao câncer, de acordo com a classificação como sendo de alto e baixo risco oncogênico.

Deste modo, os tipos 6 e 11 são considerados de baixo risco porque estão associados mais comumente às verrugas genitais ou condilomas, aparecendo em pequena proporção nos tumores malignos. Os vírus de alto risco (HPV tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58, 59, 66,68 e 70) têm probabilidade maior de persistir e estar associados a lesões malignas, por que aparecem mais freqüentemente nestas.

Cientistas têm identificado em torno de 30 tipos de HPV que são transmitidos através de contato sexual e infectam cérvix, vagina, vulva, pênis e ânus. Sendo que quatro tipos são mais encontrados nas células malignas dos cânceres cervicais, como o tipo 16, ocorrendo para metade dos casos nos Estados Unidos e Europa, e os 18, 31 e 45 aparecem nos demais.

O HPV tem sido implicado em 99,5% dos casos de câncer cervical de células escamosas em todo o mundo. Adenocarcinomas da cérvix também são relatados com HPV, porém a correlação é menor e mostra uma dependência com a idade. Em mulheres abaixo dos 40 anos, o HPV estava presente em 89 % dos adenocarcinomas, enquanto em mulheres com idade de 60 anos ou mais, o HPV foi observado em apenas 43% (BURD, 2003).

O diagnóstico do HPV pode ser feito a partir dos condilomas ou verrugas genitais encontradas no ânus, pênis, vulva, ou em qualquer área de pele, nos exames urológico (pênis), ginecológico (vulva) e dermatológico (pele). O diagnóstico subclínico das lesões precursoras do câncer do colo do útero, produzidas pelo papilomavírus, pode ser realizado pelo exame Papanicolaou, apesar de não ser um objetivo específico deste. A confirmação do diagnóstico pode ser feita por exames laboratoriais de diagnóstico molecular como o teste de captura híbrida e o PCR (INCA 2005).

O vírus HPV tem sido observado em lesões orais e quando associado ao tabagismo e o álcool pode ser responsável pelo carcinoma oral. A causa da transmissão do HPV, neste caso é atribuída ao sexo oral (CASTRO 2004).

Em adolescentes, o risco à infecção pelo vírus HPV é maior, e uma das conseqüências o câncer de colo de útero. Segundo Mangan et al citado por Leal et al (2003), nesta fase da vida a vulnerabilidade aos fatores de risco é maior por que a zona de transformação do colo do útero está mais exposta aos agentes potencialmente associados à neoplasia, tais como: múltiplos parceiros sexuais, o não-uso dos métodos de barreira para a contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Como decorrência, o estudo aponta que o risco de neoplasia está relacionado à idade da primeira relação sexual e a múltiplos parceiros, indicando que o coito precoce pode aumentar a sensibilidade aos efeitos de um agente sexual transmitido. Assim, o intervalo entre a menarca e o primeiro coito parece ser mais

relevante que a idade da primeira relação ou a idade das primeiras relações regulares, ligando, assim, o risco de neoplasia à idade “sexual” mais do que à cronológica (LEAL et al, 2003).

Considerando a vulnerabilidade dos jovens para o adoecimento e a possibilidade de prevenção a partir de vacinas, cientistas têm trabalhado no desenvolvimento destas que, futuramente, poderão prevenir a maioria dos casos deste tipo de adoecimento. A partir do que foi dito, importantes jornais veicularam publicações a respeito da produção de uma vacina contra dois vírus, o HPV 16 e HPV 18 que causam a maioria dos casos de câncer de colo do útero sendo 100% bem-sucedida em testes preliminares.

De acordo com o divulgado pela imprensa, a vacina poderá estar disponível no mercado no próximo ano e a população a utilizá-la será de meninas na faixa etária entre 10 e 13 anos. Pretendendo-se com isso, atingir o grupo que ainda não está exposto ao vírus, considerando que é preventiva e não atua sobre o vírus quando já presente (NOGUEIRA, 2005).

Contando com os avanços da biotecnologia, o caminho a percorrer ainda é longo ao considerar que as mulheres infectadas pelo vírus HPV atualmente, não se beneficiarão desta vacina no momento; todavia, devem continuar realizando exames preventivos periodicamente e adotando medidas protetoras contra as doenças sexualmente transmissíveis até que surjam alternativas para a cura, se possível.

A partir da compreensão de que as DST são consideradas fatores de risco para o aparecimento das lesões precursoras do câncer de colo de útero, a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) por ser uma doença que também pode ser transmitida pelo contato sexual, é um fator de risco a mais, pois predispõe o seu portador a diversas infecções como a causada pelo vírus HPV.

2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A origem das representações sociais está nos estudos realizados por Durkheim, no final do século XIX, que foi o autor do conceito cultural de sociedade.

Concebiam o ser humano como um ser social, descrevia as representações coletivas ou sociais e fazia críticas à sociologia da época, a qual explicava a sociedade humana, apenas comparando-a com a organização instintiva de outros seres vivos. Assim, defendia que o ambiente natural dos seres humanos era a sociedade, e a definia como sendo um sistema de relações que geram crenças, normas, linguagens e rituais coletivamente partilhados e que mantinham as pessoas coesas. Durkheim, a partir dessa compreensão, “rompe com as fáceis analogias dos organismos vivos e a sociedade humana” (MOSCOVICI, 2003 p.286).

O termo “Representações Sociais”, que anteriormente era visto como um conceito, evoluiu para teoria, na Psicologia Social por Serge Moscovici em 1960. A psicologia social segundo Krugluer (1986) tem o pressuposto de que os comportamentos humanos são influenciados por crenças e representações. A definição de crença do ponto de vista psicossociológico considera as proposições que afirmam ou negam uma relação entre dois objetos concretos ou abstratos, ou entre um objeto e um possível atributo deste.

Assim sendo, a psicologia social ao pesquisar as crenças, procura conhecer as circunstâncias em que estas foram geradas e como se constituíram em argumentos e quanto podem influenciar os comportamentos das pessoas.

Para Moscovici (2003), o pano de fundo está na sua fundamentação, nos aspectos da primazia das representações ou crenças, ou seja, na vida, as representações ocupam um primeiro lugar, porque as pessoas nascem inseridas ou o são em contextos sociais e familiares que têm suas crenças e valores estabelecidos e estes são assimilados naturalmente na convivência.

A origem social das percepções ou crenças é a maneira como as pessoas adquirem os conhecimentos e o papel, muitas vezes, de coação das representações ou crenças exercidas pelo grupo ao qual a pessoa pertence que pode ser igreja, clã, movimentos sociais ou família. Assim, o pensamento coletivo está fortemente arraigado nos indivíduos e norteiam suas decisões ou ações individuais.

A partir de um único depoimento, podemos compreender pelas colocações da pessoa que fala que uma idéia pode ser comum a muitos que a compartilham como o mesmo diagnóstico médico, por exemplo, por que segundo Moscovici (2003, p.41), “Representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem vida própria, circulam, se

encontram se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações enquanto velhas representações morrem”.

Para melhor compreender o lugar das representações ou de sua origem, o autor distingue a realidade na qual vivemos, quando coloca que a sociedade se organiza em dois universos, o *consensual* e o *reificado*. Em cada contexto, as atitudes das pessoas são reguladas pelas regras impostas pelo meio.

Deste modo, o *universo consensual* é a fonte das representações, pois é neste universo que as pessoas conversam livremente. De acordo com o mesmo autor, os fenômenos que permitem identificar, de maneira concreta, as representações sociais são as conversações, pois entende que dentro delas se elaboram os saberes populares e o senso comum. Assim, as pessoas constroem a partir da sua vivência e compreensão de mundo, explicações e interpretações para os fenômenos da realidade as quais utiliza para se expressar no mundo.

As conversas acontecem nos locais públicos, clubes, bares e lugares onde não existe uma formalidade. No círculo de amigos ou pessoas afins, presume-se que ninguém possua uma competência exclusiva para falar sobre um determinado assunto, mas pode adquiri-la de acordo com as circunstâncias. Nessas conversas, surgem os “psicólogos”, “astrônomos”, “meteorologistas”, de acordo com o assunto do momento, e o pensar se processa em voz alta, como se observa nos ambientes onde as pessoas se encontram para conversar. A longo prazo, essa conversação (os discursos) cria nós de estabilidade e recorrência, uma base comum de significância entre seus praticantes. As regras dessa arte mantêm todo um complexo de ambigüidades e convenções, sem o qual a vida social não poderia existir (MOSCOVICI, 2003).

Ainda segundo o autor, os assuntos que são discutidos nas conversações se referem aos problemas profundos do pensamento humano como o nascimento, a morte, as injustiças sociais e as leis éticas da sociedade e todos podem contribuir livremente com sua opinião, sem um compromisso formal. Neste universo o ser humano é a medida de todas as coisas, pois é a fonte de inspiração para as ciências, ou seja, é a partir da curiosidade humana e das suas necessidades que as ciências procuram se desenvolver.

O pensamento do autor pode ser compreendido a partir da seguinte afirmação feita por ele: “A ciência era antes baseada no senso comum e fazia o

senso comum menos comum; mas agora senso comum é a ciência tornada comum” (MOSCOVICI, 2003, p.60).

De outra maneira, no passado, a ciência extraiu do senso comum, do universo consensual os fenômenos e os estudou e estes passaram a ter nomes e descrições dentro do universo reificado. Todavia, as pessoas comuns, por meio das representações buscam tornar o não familiar, familiar ou o desconhecido em algo acessível à sua compreensão.

No universo reificado¹ a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina o grau de participação de acordo com o mérito, direito de trabalhar como médico, enfermeiro ou outro. Essas categorias são colocadas para compor uma organização com regras, normas às quais não podem ser mudadas à revelia, pois a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade:

Esta sociedade ignora a si mesma e as suas criações, que ela vê somente como objetos isolados, tais como pessoas, idéias, ambientes e atividades. As várias ciências que estão interessadas em tais objetos podem, por assim dizer, impor sua autoridade no pensamento e na experiência de cada indivíduo e decidir, em cada passo particular, o que é verdadeiro e o que não o é. Todas as coisas, quaisquer que sejam as circunstâncias, são aqui, a medidas do ser humano (MOSCOVICI, 2003, p.50).

De acordo com este pensamento, o autor acredita que o contraste entre os dois mundos possui um impacto psicológico. Os limites entre eles dividem a realidade coletiva, e de fato a realidade física em duas. “É facilmente constatável que as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam com o universo consensual” (MOSCOVICI, 2003, p.50).

Sob essa ótica buscou-se compreender a mulher deste estudo, que se depara com o adoecimento da parte do seu corpo que a diferencia do sexo masculino, com seus mistérios, mitos, tabus, preconceitos e representações quando se vê colocada num universo reificado, onde está a ciência com seus métodos e

¹ Reificado deriva de reificação que é o momento dentro do processo de alienação em que a característica de ser uma “coisa” se torna típica da realidade objetiva (MICHAELIS, 1998).

procedimentos cujas regras já estão estabelecidas e são praticamente impostas às pessoas comuns. Segundo Moscovici (2003) estas fazem parte de outro universo, o consensual, no qual todos são livres para pensar, acreditar e falar o que pensam, por meio das representações.

A natureza das representações segundo o seu autor, tem característica convencional e prescritiva. Deste modo entende que as representações “convencionalizam, os objetos, as pessoas ou acontecimentos que encontram”, conferindo a estes uma forma, uma categoria, por meio de um molde previamente estabelecido e que desta forma passa a ser reconhecido e compartilhado pelas pessoas que aceitam esta convenção do mesmo modo.

Ainda para o autor, as convenções estão em todos os lugares e fazem parte de todos os contextos, existindo para tudo, fazendo com que a realidade para as pessoas seja muitas vezes determinada pelo que a sociedade considera correto ou aceitável, assim “Nenhuma mente está livre dos efeitos dos condicionamentos anteriores que lhes são impostos por suas representações, linguagens e cultura” (MOSCOVICI, 2003, p.35).

O aspecto prescritivo das representações se caracteriza por sua imposição em nossas vidas, pois desde o nascimento a criança vem para um mundo em que tudo o que ela irá fazer já está orientado por condutas que são aceitas ou rejeitadas pelo meio, ao qual ela venha a pertencer. As pessoas não têm consciência que estão seguindo as prescrições o tempo todo, embora elas existam sempre na sociedade como afirma o autor:

Mesmo as descrições científicas, implicam um elo de prévios sistemas e imagens, uma estratificação na memória coletiva e uma reprodução na linguagem, que invariavelmente, reflete um conhecimento anterior e que quebra as amarras da informação presente (MOSCOVICI, 2003p. 37).

Por meio das representações, as pessoas buscam reconhecer o que parece estranho à sua compreensão, o que pode ser um acontecimento, uma doença, um comportamento de alguém e, a partir da compreensão alcançada, tentam comunicá-la.

Para que o reconhecimento seja possível ocorrem mecanismos os quais Moscovici (2003) denomina como *ancoragem* e *objetivação*. O primeiro significa assimilar o estranho e perturbador, que nos intriga, a um conteúdo cognitivo emocional pré-existente, ou sistema particular de categorias, de acordo com a nossa cultura e valores. Deste modo, é possível comparar o desconhecido com uma categoria que se pensa apropriada, como um barco que é ancorado em um porto seguro ou conhecido e não fica à revelia, solto em mar aberto. O porto seria uma das muitas categorias na qual o fenômeno pode ser ancorado.

Desta maneira, quando se consegue falar sobre algo, avaliá-lo e comunicá-lo, colocando-o em uma categoria conhecida ou familiar, é possível representar pessoas, pelas suas características, como no caso das “inibidas”. Ao enquadrar alguém nesta categoria, é possível reconhecê-la. “Pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo” (MOSCOVOCI, 2003, p.62).

A partir desta compreensão, ancoragem é um reconhecimento, como quando se diz conhecer alguém, na verdade se reconhece-o, pois ele é colocado ou ancorado dentro de uma classificação, positiva ou negativa, pré-existente em nossa memória, e quando isso acontece a aceitação ou a rejeição se manifestam.

Objetivação, diferente da ancoragem que se dá dentro das pessoas, acontece fora destas. Neste caso, as pessoas procuram transformar um conceito abstrato em algo quase concreto ou palpável. Para o autor, objetivar é dar um conceito a uma imagem como a de Deus, que ao ser comparada ao pai pode ser compreendida. Neste caso, o abstrato e intocável se torna realidade por meio da objetivação. O Deus abstrato passa a ser reconhecido nas qualidades do pai.

Outros autores explicam as Representações Sociais. Segundo Abric, (1988) essas têm um papel fundamental na dinâmica das relações e práticas sociais, pois respondem a quatro funções consideradas essenciais:

A Função do Saber, quando as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade e que os atores sociais adquirem conhecimentos e os integram por meio do senso comum e os assimilam de modo compreensível e coerente com os seus valores, assim facilitando a comunicação social.

A Função Identitária, porque definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. Deste modo, têm um papel importante no controle social e processos de socialização.

A Função de Orientação, quando as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.

A Função Justificadora, que permite a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As Representações Sociais têm a função de preservar e justificar a diferenciação social

, e pode estereotipar as relações entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distancia social entre eles. Ex.:

Situação

de relações competitivas, quando as representações dos grupos adversários são elaboradas

progressivamente, visando justificar um comportamento de hostilidade.

As representações sociais para Jovchelovitch (1998) são resultantes da comunicação e são entendidas como uma mediação entre um mundo de perspectivas diferentes, assim como o trabalho é mediação entre as necessidades humanas e o material bruto da natureza. Deste modo, as representações são elas próprias, mediações sociais porque é um espaço potencial de fabricação comum, onde o sujeito sai da sua própria individualidade e entra em domínio diferente, ou seja, no espaço público que para Arendt (2004) é o espaço comum a todas as pessoas, e se distingue do espaço privado de cada um.

As representações, enquanto mediações sociais expressam, por excelência, o espaço do sujeito na sua relação com a alteridade, entendida aqui como “qualidade do que é outro, distinto, diferente” (MICHAELIS, 1998).

É na esfera pública, na ação dos sujeitos sociais que as comunidades podem desenvolver e sustentar os saberes sobre si próprias, que nada mais são que as representações sociais.

Para Minayo (2004), as representações sociais são como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificam-na ou questionam-na; qualquer manifestação do ser humano, seja por meio da comunicação verbal ou não verbal, mas que aconteçam no meio em que o indivíduo interage com outros em um convívio social.

A autora afirma que as representações podem ser identificadas nos grupos, instituições e outras situações em que pessoas compartilham de vivências ou experiências semelhantes, como portadores de uma doença em comum, por exemplo. “As Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais” (MINAYO, 2002, p.108).

No tocante à mulher, as representações têm se revelado, na cultura e no significado dos acontecimentos da vida, como é possível verificar nas representações do corpo feminino e suas doenças como pode ser visto a seguir.

2.2.1 Representações do corpo feminino e suas doenças

A mulher e a natureza, segundo Capra (1984) têm caminhado juntas ao longo do tempo, ou seja, em relação à terra que tem sido comparada à mãe por sua característica de ser nutriente e benévola, mas também a uma fêmea selvagem e incontrolável.

Antes do patriarcado, as características da mulher eram identificadas com as múltiplas manifestações da Deusa. Com o advento deste, a natureza passou a ser vista como passiva e os aspectos que a caracterizaram, como selvagem e perigosa, deram origem à idéia de que ela deveria ser dominada pelo homem.

As mulheres, que eram identificadas com a natureza, foram retratadas como passivas e subservientes pelos homens que, amparados pela representação masculina do Divino, com igualdade viram a natureza e a mulher, impondo-lhes o mesmo tratamento.

Deste modo, a vontade da mulher passou a ser vista como uma agressividade que precisava ser dominada. Para Whitaker (1990), a agressividade pode ser com ou sem violência, fazendo parte do ser humano para obter satisfações relativas aos seus objetivos e necessidades. A passividade, ao contrário, é quando se espera que as coisas se encaminhem. A autora enfatiza que a meiguice ensinada e cobrada das meninas desde pequeninas, reprime sua agressividade fazendo delas 'meiguinhas' mesmo quando não nasceram com essa tendência.

Estas idéias suscitam uma indagação no sentido de procurar saber a quem compete a educação das meninas e meninos, ou a origem das cobranças quanto ao comportamento meigo ou agressivo. Acredita-se que compete, primeiramente, aos pais, pois a partir da compreensão sobre as representações sociais, entende-se que estes passam suas representações de acordo com a sua cultura para os filhos ou o referencial de educação que tiveram. Segundo Moscovici (2003) é o familiar ou conhecido que mantêm o conservadorismo, até que haja mudanças mais profundas.

A repercussão de uma educação pela dominação masculina está em todas as áreas, inclusive a científica, embora esta realidade já esteja mudando em função da postura e determinação de muitas mulheres, mas ainda é presente, inclusive na

medicina que trata da saúde da mulher, quando esta muitas vezes mostra um maior constrangimento ao ser examinada por um homem, o qual define como *vergonha*.

Parte desta visão se deve à versão cristã, sobre o que aconteceu de fato no paraíso, com Adão e Eva, servindo para mudar a representação que se tinha da mulher na Antigüidade, quando o útero era comparado ao cálice sagrado que simbolizava a feminilidade, maturidade da mulher e fertilidade, e deste modo representava o sagrado feminino que era venerado. Segundo esta teoria, a mulher, pela capacidade em gerar uma nova vida, ameaçava o domínio da Igreja, que era predominantemente masculina e para assegurar poder aos homens, o sagrado feminino, foi demonizado e considerado impuro (BROWN, 2005).

Na linguagem popular do Brasil, o útero é chamado de *mãe-do-corpo*, denominação que define a importância que instintivamente se confere ao órgão onde se forma o corpo da criança (REZENDE, 2004).

Além das representações do útero, a vagina, outra porção do corpo da mulher, recebeu atributos ao longo do tempo, como nos escritos dos teólogos muçulmanos do século XII e XV, quando a comparavam a uma ventosa insaciável ou que nunca estava satisfeita. Do mesmo modo, o sangue menstrual, é cercado de muitos mistérios e tabus, como aquele em que o seu escoamento ameaça a virilidade do homem e também o domínio deste sobre a sociedade LINS (1992).

A mesma autora traz o mito de Adão e Eva que está relacionado à vergonha do homem e da mulher em expor seus corpos, principalmente os genitais, pois ao perceberem-se nus cobriram a região *pudenda* (do latim *pudere*, ou vergonha) com folhas de figueira.

Deste modo, o surgimento da vergonha tem sua origem na interpretação dos acontecimentos bíblicos dos primeiros tempos, quando a percepção de Adão e Eva sobre suas genitálias foi motivo de constrangimento para ambos, que as esconderam, sendo qualquer fato relacionado aos genitais, motivo de vergonha.

Esta representação tem sido incorporada pelas mulheres, como constatou Tenório (1996) quando se referiam negativamente aos genitais, os quais constituíam objeto do pecado, vergonha e pudor. No mesmo estudo, estes são definidos pelas mulheres como sendo: “sujos”, “exalando mau cheiro”, “frágeis”, “não devendo por isso, serem tocados”. Segundo a mesma autora, essas denominações do corpo da mulher se devem à influência da igreja que encarava a sexualidade como um ato de

perversão, sinônimo de decadência moral da mulher. Esta, para ser digna, deveria ser “pura”, o que lhe permitiria produzir “bons frutos”. Para isto, deveria eliminar quaisquer marcas de carnalidade, de prazer sexual.

As descrições mais remotas de que se tem registro do ponto de vista médico a respeito do corpo da mulher e suas doenças, estão as da Grécia antiga, nos tratados Hipocráticos (1988), os quais mostravam que nesta época, 430 a 330 a.C, a mulher estava destinada a assegurar a reprodução da sociedade e grande importância era dada ao útero. Em decorrência desta visão, as doenças femininas estavam relacionadas à *hystera*, cujo significado é matriz.

Para os gregos o corpo da mulher era um espaço e o útero vagava no seu interior, e nas crises de histeria, a matriz ou útero fixava-se na cabeça provocando dores e sufocações.

A explicação era de que o útero tornava-se ressecado e mais leve, geralmente nas mulheres que estavam em abstinência sexual e naquelas mais velhas, pois nestas condições o útero podia se lançar sobre outros órgãos como o fígado, causando uma sufocação súbita: os olhos se reviravam, a mulher tornava-se fria, salivava abundantemente como na crise epiléptica. Quando o útero se lançava sobre outros órgãos como o coração podia causar vômitos, afonia, dores de cabeça. O tratamento hipocrático era reconduzir o útero para o lugar com auxílio de remédios inalados e pessários introduzidos na vagina.

Os tratados antigos mostravam ainda que o fluxo menstrual, pela sua abundância ou escassez, determinava o tipo e as características da mulher, sendo aquela com menstruação mais abundante, conferida debilidade e magreza e às que apresentavam um fluxo menos abundante, um aspecto masculino, sendo pouco dadas ao prazer, ao amor e à capacidade em conceber.

Como foi dito, o corpo feminino tem sido reconhecido por muito tempo, por meio das representações. Do mesmo modo, as doenças em geral, trazem representações que são muito difundidas e se revelam ao longo da história em seu contexto e na crença em um poder superior ou divino, capaz de punir com adoecimento ou morte, as transgressões humanas.

Os sentimentos de culpa e o temor a Deus e seus desígnios também foram e ainda são explicações para o que não se pode compreender como escreve Sevalho (1993) quando se reporta aos aspectos da representação das doenças ao

longo da história, para aqueles de caráter religioso, como maldições ou castigos divinos, que ainda hoje revestem as representações de saúde e doença. Segundo o mesmo autor, o medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, conformando permanências culturais, sendo que estes aspectos resistem entre crenças ainda existentes.

Frente à doença, a situação é de vulnerabilidade do ser humano, pois esta traz sofrimento e aproxima vida e morte. Em um estudo sobre a percepção das mulheres a respeito da saúde e doença a primeira foi apresentada como ausência de necessidades, e a segunda foi expressa como carência e dor. A capacidade ou incapacidade para o trabalho foi medida do mesmo modo. Estar bem para poder trabalhar mostra as representações das mulheres sobre a saúde e a doença (MANDU E SILVA, 1997).

Estas representações são a manifestações que mostram o temor que as pessoas têm sobre a doença a ponto de negá-las ou defender-se delas ao manterem uma atitude de distanciamento, colocando-a em um lugar inacessível, ou seja, se não é vista não existe de acordo com as seguintes afirmações: “se não há diagnóstico, não há doença” ou ainda “só os fracos ficam doentes” (KASTENBAUM e AISENBERG, 1983 p.350).

Do mesmo modo, o câncer tem sua representação, na figura de um caranguejo, pois segundo Galeno, citado por Sontag (1984) há uma semelhança entre as veias intumescidas de um tumor externo e as pernas de um caranguejo.

A autora traz outras representações relacionadas à doença câncer como resultado das suas pesquisas realizadas a partir do próprio adoecimento, quando verificou que independente da localização inicial, este se traduz como uma doença cuja reputação é de uma sentença de morte. Esta representação tem levado seus portadores a um sofrimento maior, principalmente quando lhes impõe, certa responsabilidade ou culpa pelo diagnóstico, neste caso, a idéia, de adiar o conhecimento a esse respeito pode ser reforçada.

A autora faz muitas descobertas e constatações a respeito do câncer que também é visto como uma doença ligada à insuficiência de paixão e que ataca os que são particularmente suscetíveis, os psicologicamente derrotados, os introvertidos, os reprimidos, especialmente os que mantêm esta atitude frente à raiva

ou aos sentimentos sexuais, sendo assim também para outras doenças em suas épocas.

A tuberculose, no século XIX, era vista como uma doença a que estavam propensos os hipersensíveis, os talentosos e os passionais; a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no século XX, do mesmo modo, em relação aos homossexuais ou às prostitutas. Estas comparações são feitas nas duas obras publicadas por Sontag nos anos de 1984 e 1989, respectivamente.

Além do que foi colocado, há o aspecto punitivo, quando o câncer é tratado como um inimigo satânico e fazem dele não só uma enfermidade letal, mas também uma doença vergonhosa, diferente da tuberculose que se acreditava ser o mal que afligia os poetas. O aspecto do tuberculoso, ao morrer, era melhor que o canceroso, pois a feição era bonita, mas “a pessoa que está morrendo de câncer é pintada como destituída de toda a capacidade de transcendência e humilhada pelo medo e pela agonia” (SONTAG, 1984, p.23).

O caráter destrutivo do câncer e a mutilação, muitas vezes necessária para conter a doença, são ingredientes para compor o imaginário em torno desta que é considerada, uma patologia do espaço. Segundo Boltanski (1989) as categorias espaciais são utilizadas para descrever os movimentos da doença, seu caminho no corpo do agente. Para Sontag, (1984) as principais metáforas são aquelas que se referem à topografia, pois o câncer se espalha se prolifera ou se difunde e os seus tumores são extirpados. Assim, a consequência mais temida desta doença, antes da morte, é a mutilação ou amputação de uma parte do corpo.

Diante deste contexto de dor e sofrimento, adoecer com câncer leva o sujeito a um vazio e sua vida tem o sentido modificado. “O diagnóstico que fala de algo no corpo, reatualiza no imaginário da doente, histórias relacionadas ao sofrimento e à morte que ouviu de outros doentes ou que presenciou em algum momento da sua vida” (RAZIA, s/d, p.16).

As representações do câncer podem causar um sofrimento prolongado devido à sua evolução lenta. Para a Organização Pan-Americana de Saúde, o câncer é considerado uma doença crônica, embora quando inicialmente descoberto, seja um impacto na vida das pessoas que o sentem como uma ameaça à vida (OPAS, 2003).

O câncer, sendo interpretado como um fenômeno que atinge a sociedade, pode ser explicado nas ciências sociais que o situa entre as doenças que apresentam um impacto histórico porque marcam épocas para a humanidade e são consideradas como “anomalias sociais”, pois reúnem em si as explicações dos desequilíbrios individuais como o auto-julgamento e autopunição, pelos modos de vida MINAYO (2004).

Do mesmo modo, doenças como a tuberculose, o câncer e a AIDS fazem parte de um imaginário social mais amplo que explica a devassidão humana, pois “reúnem a ameaça de morte da humanidade, anunciam a sua decadência, perpetuam a permanência simbólica ou real da infelicidade e chamam a atenção para os 'comportamentos recrimináveis', vetores do mal de hoje e sempre” (MINAYO, 2004 p.183-184).

Entende-se, neste estudo, que o câncer de colo de útero no contexto do imaginário social, agrega todos os aspectos aqui citados e também no que diz respeito à sexualidade e à maternidade, consideradas funções que determinam o desempenho de papéis importantes na vida da mulher, por isso constituindo-se numa ameaça ao desempenho destes.

Todos os fatores que possam pesar sobre a mulher, aliados às questões socioeconômicas que na atualidade, representam trabalho formal ou não para o sustento dos filhos e os aspectos culturais, segundo Dejours (2000), levam-na a uma estratégia defensiva, quando ela pode preferir não ir ao médico por medo e só o fazendo quando a doença atingiu proporções que a impeçam de trabalhar.

Kastenbaum e Aisenberg (1983) consideram como justificativa para a demora na procura pelo diagnóstico e tratamento, os poucos recursos, principalmente para a pessoa pobre, que pode preferir adiar a ida ao médico por esses problemas.

Considerando o que foi dito, são muitos os fatores a serem analisados quando se espera uma correspondência das mulheres e adesão aos programas de prevenção e tratamento, principalmente quando se trata de uma doença que se apresenta assintomática até o seu agravamento, e sua evolução pode implicar estigmas. Estes são muito comuns quando se desenvolve uma doença crônica como o câncer.

Segundo Goffman (1988), o termo estigma foi criado pelos gregos para se referirem aos sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem o apresentava. Deste modo, o escravo, ladrão ou traidor era marcado com um sinal feito com fogo ou cortes para ser facilmente reconhecido.

Ao longo da história o termo tem sido utilizado quando se trata das marcas ou seqüelas de uma doença, traços de anormalidade ou o que difere dos padrões estéticos considerados normais para uma sociedade. As marcas tidas como conseqüências da doença câncer agregam as representações da doença e questões estéticas como no caso do câncer de mama, que é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta freqüência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal (INCA 2006).

Em um estudo sobre o câncer de mama foram apresentados os casos de duas mulheres que somente procuraram fazer a cirurgia por um tumor na mama quando as dores tornaram-se insuportáveis. De acordo com as narrativas sobre essas mulheres, elas vieram a falecer poucos dias após a cirurgia. A mensagem nessas narrativas era de que o câncer delas não destruiu suas mamas, pois a morte veio rapidamente e poupou-as da perda da sua feminilidade (FACIONE e GIANCARLO, 1998).

Segundo Goffman (1988), o indivíduo estigmatizado enfrenta problemas que o levam ao retraimento e distanciamento social porque há uma incerteza nas interações sociais por sua parte, porque não sabe em qual das várias categorias ele será colocado, mas também, quando a colocação é favorável, pelo fato de que, intimamente, os outros possam defini-lo em termos de seu estigma.

Considerando que o tema abordado sobre o adoecimento tenha sido suficiente para a compreensão proposta neste estudo, é importante salientar que até o momento da coleta do preventivo, podem ser outras as preocupações da mulher, e estas podem suscitar representações relacionadas ao corpo, comportamento e à sexualidade, como já colocado anteriormente. Neste caso, é preciso que a mulher permita a exposição da sua vulva e a exploração clínica da mesma. A posição na mesa de exames deve ser ginecológica, ou seja, deitada, com as pernas fletidas e afastadas, para que o profissional da saúde possa visualizar a vagina e com isso,

introduzir o espécuro ou instrumento que funciona como um afastador para as paredes vaginais, a fim de observar o seu interior e visualizar o colo do útero.

Esses procedimentos encadeados podem suscitar lembranças, associações com situações vividas anteriormente, relativas às experiências com a própria sexualidade, como também as representações adquiridas a esse respeito podem influenciar na decisão das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero, por ser considerado um exame constrangedor (MERIGHI, HAMANO e CAVALCANTE, 2002).

Embora possa haver, na realização da coleta do preventivo, um constrangimento para muitas mulheres, esse não se torna um impedimento para que muitas o realizem pelo menos algumas vezes na vida. A continuidade desse momento, no entanto, que envolve o retorno para saber o resultado e depois a seqüência a ser dada nos encaminhamentos que possam ser necessários são acontecimentos permeados por representações, principalmente se houver alteração, mesmo que assintomática.

A partir do que foi exposto, pode haver mais clareza em relação às representações femininas, que podem explicar se não de todo, mas boa parte do comportamento epidemiológico do câncer de colo de útero, ou a situação quanto à prevenção. Em contrapartida, as mulheres vêm buscando, por meio de movimentos organizados, avanços significativos neste sentido, como será visto a seguir.

2.3 A MULHER NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.

Explorar a trajetória da prevenção do câncer de colo de útero numa perspectiva histórica permite situar a origem dos avanços realizados neste campo e reconhecer a importância da participação das mulheres neste processo.

A luta das mulheres no mundo por melhores condições de saúde, entre muitas outras necessidades, começou a ser reconhecida quando a Organização das Nações Unidas (ONU) designou 1975 como o Ano Internacional da Mulher e estabeleceu a década da mulher do ano de 1976 a 1985, quando foram promovidas quatro conferências mundiais sobre o tema mulher. Depois da primeira, na Cidade do México, aconteceu a segunda em Copenhague na Dinamarca; a terceira, em

Nairobi no Quênia (1985); e a quarta em Beijing na China, em 1995, quando compareceram 180 países e 35 mil pessoas. A Plataforma de Ação de Beijing aprovada reafirma os avanços conseguidos pelas mulheres nas outras três conferências, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos (ONU, 2005).

No Brasil, a década de 80 foi marcada por movimentos de mulheres e com a participação ativa delas nos partidos políticos. Nesse período muitas conquistas foram feitas, inclusive no campo da saúde. O momento era de abertura política, com o Movimento por “Diretas Já”².

A partir do movimento de mulheres, em 1983, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja proposta era uma assistência ampla à saúde da mulher, o qual foi consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986 (PAISM, 2004). O governo assumiu um compromisso com a saúde da mulher, que até então visava o aspecto reprodutivo, com ações de planejamento familiar as quais eram financiadas por recursos internacionais, gerenciados pela organização não governamental, sociedade civil bem-estar familiar no Brasil – BENFAM.

Esta entidade era privada e sem fins lucrativos e foi criada em novembro de 1965, com sede no Rio de Janeiro, mas com intervenções em quase todo o território nacional. Era financiada por capital internacional e tinha como estratégia o treinamento de profissionais de saúde para a prática do planejamento familiar e a prestação direta de assistência exclusiva em ações contraceptivas, por meio de suas unidades próprias ou conveniadas com prefeituras, sindicatos, secretarias de saúde e universidades (COSTA, 2005).

O PAISM foi incorporado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) naquele mesmo ano e o planejamento familiar, sexualidade e o aborto foram os temas priorizados. O governo não esteve sozinho, pois contou com a participação popular, representada pelo movimento de mulheres em entidades organizadas na sua implantação, o que foi marcada por muitos conflitos e dilemas que perpassam pelo ético-político, no saber técnico e popular, na adequação da quantidade e qualidade e relações de poder (D’OLIVEIRA, 1999).

² O Movimento pelas “Diretas Já” aconteceu em um momento histórico. No final de 1983 e início de 1984, a campanha pelas eleições diretas para presidente da república após 21 anos de ditadura militar (PILETTI, 2002)

As mulheres brasileiras também estiveram presentes na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, segundo o relatório das pré-conferências realizadas no Brasil em 1994. Por ocasião desta conferência, o PAISM recebeu novo impulso com o compromisso assumido pelo Governo Federal Brasileiro.

A medida seguinte do governo aconteceu em 1997 com a criação de um projeto piloto, O Programa Viva Mulher, quando foram escolhidas cinco capitais brasileiras, entre elas Curitiba, para a sua implantação. O Viva Mulher passou a fornecer subsídios para o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e sua consolidação se deu em 1999.

As diretrizes do Programa consistem no desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e de mama. Por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional (INCA 2005).

Esta política deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais composto por mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, homossexuais, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2001).

O relatório do IBGE, escrito por Camarano e Beltrão (2000) no qual, a saúde da mulher é avaliada, mostra que o governo, em 1983, retomou as atividades de saúde reprodutiva da mulher por meio do PAISM, cujo princípio básico é a consideração da mulher em todas as fases da vida, ao invés de se considerar apenas o seu ciclo reprodutivo. Destaca, ainda, o papel do Ministério da Saúde como coordenador das ações que deveriam ser descentralizadas, cabendo aos Estados e Municípios a sua implementação.

O mesmo relatório apresenta a constatação de que apesar de todos os esforços, tanto por parte de grupos organizados de mulheres, profissionais em nível da direção e assistência das unidades básicas de saúde e do avanço pragmático na sua formulação, o PAISM não foi implantado significativamente na rede pública de

saúde brasileira. A mortalidade materna ainda é elevada, as opções em matéria de anticoncepção são poucas, a gravidez na adolescência tem crescido conjuntamente com o câncer associado ao aparelho reprodutivo bem como doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS.

Segundo esse relatório, um dos problemas do Brasil está nas ações de saúde, as quais são executadas por meio dos programas específicos, e são conceituais, administrativos e financeiramente separados: saúde da mulher, prevenção do câncer do colo do útero, prevenção da AIDS, programa de saúde para adolescentes, e outros e possuem pouca articulação institucional e interinstitucional (CAMARANO e BELTRÃO, 2005).

Apesar das dificuldades inerentes a esta caminhada, a luta das mulheres continua em todos os campos da vida como no evento realizado dez anos após a última conferência mundial, em março de 2005 em Nova Iorque (USA) na avaliação do cumprimento da Plataforma de Beijing. Nesta ocasião, foi enfatizada a importância da mulher no mundo com a seguinte afirmação do Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan: “Mas sejam quais forem os benefícios do investimento nas mulheres, o mais importante é que as mulheres têm, por elas mesmas, o direito de viver com dignidade, protegidas da carência e do medo” ONU (2005).

Considerando estas palavras, cuja interpretação pode estar de acordo com os interesses vigentes, compete à mulher ser vigilante, para que as palavras ditas não a reduzam a uma condição de maior inferioridade e reafirmem a dominação masculina no mundo, pois se sabe que a carência e o medo são resultantes das ações humanas em favor do poder e ambição de poucos e não é possível calar diante das atrocidades que são feitas em nome desses objetivos.

A mulher segundo Beauvoir (1980), em seu posicionamento na sociedade, ao longo da História da Humanidade, passou por alterações consideráveis que correspondem a elaborações e reelaborações sócio-culturais da figura feminina no processo de dominação e opressão masculina. Deste modo, ela deve lutar junto ao homem para eliminar as causas da carência e do medo que afetam a humanidade, para assim todos viverem e morrerem dignamente.

2.4 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer cervical representa uma história de sucesso na detecção precoce, pois nos últimos 40 anos a mortalidade decresceu 70% e este decréscimo se deve ao teste Papanicolaou. Os EUA apresentam uma diminuição de 3 a 4% no número de casos a cada ano. A América do Sul apresenta 6 a 7 vezes mais casos que os Estados Unidos (LYMAN, 1992).

Segundo Rigoni Stein, citado no mesmo estudo, em 1824 reconhecia a relação sexual como fator epidemiológico mais importante para o desenvolvimento do câncer de colo de útero e observou que virgens não apresentavam a doença.

A partir desta descoberta, a relação sexual tem sido apontada como um fator de risco, principalmente associada a fatores como a idade precoce para o início da atividade sexual, número de parceiros, fatores nutricionais, contracepção hormonal e condição socioeconômica (INCA 2005).

Segundo Focchi, Martins e Cardial (2004), o fumo também é apontado como causador do câncer de colo de útero. Avaliações de risco entre fumantes e fumantes passivas têm mostrado que este aumenta a chance de desenvolver a doença. O hábito de fumar parece exercer dois diferentes papéis na gênese dessa freqüente neoplasia. Concentrações elevadas de cotinina e de nicotina, metabólitos do cigarro, têm sido detectadas no muco do canal cervical, local onde poderiam exercer sua oncogenicidade. Por outro lado, o fumo parece desempenhar outro papel muito importante ao reduzir, de maneira acentuada, os mecanismos de defesa imunológica tecidual ao nível do colo do útero, alterando as concentrações de linfócitos T4 e T8, das células NK e dos gigantócitos de Langerhans.

Outro fator de risco é a infecção pelo HPV, ou Papiloma Vírus Humano, que é encontrado no interior das células do condiloma acuminado e plano. Como colocado anteriormente neste estudo, a sua transmissão se dá pelo contato sexual (INCA 2005).

Para conhecer os comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, o MS realizou, entre os anos de 2002 e 2003, o primeiro inquérito domiciliar. O estudo foi transversal por acontecer no período de tempo de um ano aproximadamente e investigou a situação da coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero e mama em 15 capitais brasileiras,

entre elas Curitiba. O objetivo foi conhecer a real situação da prevenção do câncer de colo de útero e mama na população para subsidiar a organização de um programa de rastreamento populacional de abrangência nacional. A população do estudo foi constituída por mulheres do grupo etário de 25 a 59 anos (INCA 2004).

Segundo os resultados deste inquérito domiciliar, em Curitiba foram entrevistadas 844 mulheres e destas, 729 ou 86,4% referiram ter realizado, pelo menos, um exame preventivo nos três últimos anos anteriores à pesquisa. Utilizaram a rede SUS para coleta do preventivo, 325 mulheres, enquanto a rede não SUS foi utilizada por 404 mulheres, o que significa um percentual de 44,6 e 55,4 % respectivamente. O inquérito mostrou que em todas as capitais brasileiras investigadas, situação semelhante foi verificada, sendo que a rede não SUS foi utilizada por mais da metade das mulheres (INCA 2004).

Apesar das diferenças no recurso utilizado para a realização do exame, é possível perceber que mais de 70% das mulheres, em todas as faixas etárias pesquisadas, procuraram realizar pelo menos 1 exame nos últimos 3 anos. Esses dados sugerem consonância com o que preconiza o MS quando orienta a coleta conforme a idade das mulheres, ou seja, até 49 uma coleta a cada três anos e para mulheres entre 50 e 65 anos, uma coleta a cada cinco, se não houver anormalidades. (BRASIL 2002). Os dados estão no quadro 6:

QUADRO 6 - PERCENTUAL DE MULHERES DE 25 A 59 ANOS QUE REFERIRAM TER REALIZADO PELO MENOS UM EXAME PREVENTIVO NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS EM CURITIBA-PR: 2002-2003.

FAIXA ETÁRIA	N.º	%	IC	Total
25 a 34 anos	252	87,2	83,2-91,2	289
35 a 49 anos	352	88,7	89,5-91,8	397
50 a 59 anos	125	79,1	72,7-85,5	158

Fonte: COMPREV/INCA/MS (2004)

Como foi citado anteriormente, o câncer de colo de útero foi apresentado como a doença com potencial para prevenção de quase 100%, embora seja considerada como importante causa de morte, segundo dados do Ministério da Saúde, que retratam um paradoxo diante da possibilidade de prevenção e a pouca variação nos resultados ao longo dos anos como mostra o quadro 7.

QUADRO 7 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO-PARANÁ-

1999-2003.

ANO	ÓBITOS POR CA DE COLO DE ÚTERO	POPULAÇÃO FEMININA	COEFICIENTE POR 100.000 HABI.
1999	299	4710074	6,35
2000	244	4826038	5,06
2001	278	4.892.768	5,68
2002	295	4945211	5,97
2003	278	5.000.529	5,56

Fonte: SESA/ISEP/Coordenação de Programas Especiais-2005

A explicação para as mortes pode estar na cobertura de exames que segundo os dados verificados na tabela 1, por faixas etárias, não atingiu 100% num período de 3 anos. Do mesmo modo, esta pequena variação pode estar no tempo de evolução da doença para a morte, que é lenta, pois o tempo, em média, para uma lesão pré-cancerígena chegar a NIC 3 e posteriormente a carcinoma invasor é de 10 anos (RIVOIRE, FREITAS e MENKE, 1993).

Quanto aos dados do Estado do Paraná observados no quadro 7, se comparados aos da capital em período aproximado, confirmam a pouca variação observada em poucos anos. O quadro 8 mostra na capital, uma diminuição do número de óbitos por câncer de colo de útero, em comparação aos óbitos por câncer de mama, no mesmo período.

QUADRO 8 - MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO* E DE MAMA, CURITIBA, 1996 A 2003**.

ANO	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO		CÂNCER DE MAMA	
	ÓBITOS	TAXA/100.000 MULHERES	ÓBITOS	TAXA/100.000 MULHERES
1996	77	10,0	103	13,4
1997	91	11,2	125	15,9
1998	104	12,9	126	15,6
1999	80	9,7	132	16,0
2000	66	8,0	125	15,1
2001	58	6,8	138	16,6
2002	68	7,9	153	17,9
2003	65	7,5	149	17,1
TOTAL	609		1051	

Fonte: SMS/CE-SIM* incluídos CID C53 - neoplasia maligna do colo do útero e CID C55 – neoplasia maligna do útero, porção não especificada** 2003-dados preliminares.

Segundo dados do INCA (2006), o câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres,

apesar de comprovado que o único método de detecção precoce que mostrou reduzir a mortalidade por câncer de mama, até o momento foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. No SUS, a prioridade atual é a realização do exame clínico da mama em mulheres que procuram o sistema de saúde por qualquer razão, especialmente aquelas na faixa etária de maior risco.

No SUS, os mamógrafos disponíveis devem ser prioritariamente utilizados no diagnóstico de mulher com alterações prévias ao exame clínico. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA 2006).

Os dados sugerem que os investimentos têm sido maiores na prevenção do câncer de colo de útero, porque há uma sensível diminuição no número de óbitos. Em relação à prevenção do câncer de mama, que faz parte do mesmo programa, o número de casos é maior. Entre as principais causas colocadas anteriormente estão a falta de acesso à rede pública, levando as pessoas a buscarem outra alternativa, quando possível.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A proposta deste estudo, ao trabalhar com pesquisa quantitativa e qualitativa, configurou-se num desafio, pois buscar estas duas possibilidades compondo esse ideal levou a ingressar em campos considerados opostos, até pouco tempo, na perspectiva da cientificidade. De acordo com o paradigma vigente, de um lado, estão as ciências naturais, tradicionais, com seus aspectos mensuráveis e testáveis, e do outro, as ciências sociais com seu leque de subjetividade.

Uma explicação para esta dicotomia pode estar no surgimento das disciplinas de abordagens sociais, que emergiram no cenário das ciências, no final do século XIX, cujo consenso era de que eram ciências menores. A denominação utilizada era de ciências *soft* em contraposição às ciências *hard*, onde estavam as ciências da natureza como a biologia, matemática e outras (SPINK, 1998).

Para a mesma autora, a pesquisa social difere da pesquisa nas ciências naturais por necessitar de uma metodologia própria, pois não se ocupa somente da explicação dos fenômenos, mas tem seu foco principal na compreensão destes, no que atende à sua tradição hermenêutica ou interpretativa.

Apesar da dicotomia existente entre as ciências naturais e sociais presente em muitos estudos na atualidade, há quem defenda uma ciência pós-moderna, em período de transição para uma mudança de paradigma:

...a ciência pós-moderna sabe que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma racional; só a configuração de todas elas é racional. Tenta, pois, dialogar com outras formas de conhecimento deixando-se penetrar por elas. A mais importante de todas é o conhecimento do senso comum, os conhecimentos vulgares e práticos com que no quotidiano orientam as nossas ações e damos sentido à nossa vida. A ciência moderna construiu-se contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso. A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo (SANTOS, p.88, 2003).

O mesmo autor compreende que o senso comum, por ser prático e pragmático, reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e pode dialogar com o conhecimento científico. Deste modo, a distinção entre ciências naturais e sociais deixou de ter sentido e utilidade atualmente, pois se observa que estas se assentavam numa concepção mecanicista da matéria e da

natureza, o que contrapõe, com pressuposta evidência, os conceitos de ser humano, cultura e sociedade.

Santos (2003) se apóia nos conhecimentos da física e biologia moderna que propõem uma visão sistêmica da natureza da qual o homem faz parte, embora ainda seja muito viva a concepção do homem como senhor absoluto da natureza quando a explora em nome da sua sobrevivência, transformando-a. Para Arendt (2004) ele utiliza o seu poder destruidor, seja matando um processo vital, como no caso da árvore que tem que ser destruída para que se obtenha a madeira, ou interrompendo processos lentos da natureza como da pedra, do ferro e do mármore que são arrancados do ventre da terra.

Este entre outros processos confere ao homem o status de destruidor da natureza, pois precisa decompô-la para poder compreendê-la, ignorando ou não a sua dependência para viver. Entretanto, hoje é possível verificar uma volta gradativa da humanidade no sentido a fazer um resgate de tudo que o homem já perdeu ou colocou em risco, quando procura preservar essa natureza, mesmo que isso ameace impérios econômicos, os quais procuram pelo menos falar no assunto mostrando um respeito pelo que está vivo.

Compactuando deste entendimento, pesquisas em saúde têm utilizado referenciais das ciências sociais para compreender o ser humano além dos aspectos quantitativos, como o exemplo deste estudo que utilizou representações sociais com esse mesmo intuito.

Frente às considerações anteriores, este estudo caracterizou-se, na primeira etapa, pelo desenvolvimento de uma pesquisa epidemiológica, por meio do levantamento dos dados quantitativos referentes à população estudada, a fim de conhecer o seu perfil. A segunda etapa destinou-se à interação com o sujeito da pesquisa para conhecer as representações sobre o resultado do exame Papanicolaou.

3.1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O Hospital das Clínicas é um hospital universitário, que possui 643 leitos distribuídos em diversas especialidades. O serviço de Ginecologia, no qual as pacientes deste estudo estiveram internadas no período de janeiro a dezembro de

2004, tem a capacidade instalada de 29 leitos para atender pacientes com patologias ginecológicas e oncoginecológicas. Por conseguinte, as pacientes encaminhadas para o serviço são procedentes do município de Curitiba e região metropolitana e, em menor número, o hospital recebe mulheres encaminhadas dos demais municípios do Estado do Paraná, bem como de outros Estados. O HC é uma Referência Terciária na prevenção do câncer do colo de útero e mama e segundo o Protocolo do Programa Viva Mulher (2002), compete a Referência Terciária as seguintes atribuições:

- Atender as mulheres encaminhadas pela Referência Secundária (US Mulher e outros locais), preenchendo a ficha de referência e contra-referência;
- Realizar tratamento cirúrgico e/ou radioterápico das mulheres com câncer de colo uterino; (no HC não é realizada a radioterapia, encaminhamento para outros locais)
- Acompanhar a mulher em todos os aspectos que envolvem a doença até o término do seguimento e referência para a unidade de saúde;
- Enviar à Coordenação Municipal do Programa Viva Mulher as relações das mulheres faltosas, das que abandonaram o tratamento, informações quanto ao seguimento e das que foram a óbito, sempre que solicitado.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP). Foi aprovado, em reunião do CEP no dia 28 de junho de 2005 por atender aos aspectos das resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

Sob o número de aprovação CAAE: 0074. 0.208.091-05 e Protocolo no CEP: 1047.085/2005-06, (vide anexo1) foi possível dar encaminhamento às solicitações das autorizações da chefia do Serviço de Ginecologia e Direção Geral respectivamente, para o acesso às informações registradas nos prontuários das pacientes em tratamento no Hospital das Clínicas, as quais foram concedidas.

Atendendo à determinação do CEP para a continuidade da pesquisa em sua segunda etapa a qual envolve a interação com os sujeitos por meio da entrevista, foi utilizado o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, o qual consta de

todas as orientações necessárias para a participação na pesquisa. As informações contidas no documento foram lidas junto à pesquisadora e nos casos de analfabetismo ou dificuldade para ler devido ao pouco vocabulário, a leitura foi em conjunto e foram esclarecidas as dúvidas. O termo foi assinado em duas vias, sendo mantida uma em poder da entrevistada para esclarecimentos posteriores que se fizerem necessários.

O modelo do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, consta no apêndice 1 deste trabalho.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 A Primeira etapa

O delineamento da primeira etapa do projeto constou de um estudo descritivo, transversal, com coleta de dados retrospectiva a partir dos registros em prontuários das pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico no Hospital de Clínicas, durante o ano de 2004, devido às alterações detectadas no último exame Papanicolaou anterior a este tratamento.

Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2002) o estudo transversal ou seccional, é desenvolvido com grupos específicos, em uma época ou intervalo de tempo, e é uma modalidade de estudo epidemiológico, pois depende da qualidade dos registros para obter os resultados do que se pretende investigar

Nesta fase, foram pesquisados, no livro de agendamento das cirurgias, os registros (número do prontuário) das mulheres que agendaram o procedimento no período compreendido entre 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro do mesmo ano, com seus respectivos nomes e tipo de cirurgia.

O ano foi escolhido em função do início dos trabalhos do Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR (2004) e também porque os registros obtidos naquele momento, com aquela delimitação de tempo, permitiriam um rastreamento completo das mulheres que foram internadas e realizaram o tratamento, sendo possível também, conhecer a sua continuidade após a cirurgia.

Inicialmente, foram incluídas ao estudo todas as pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico por meio da CAF³ e Conização⁴ por apresentarem, no resultado dos exames, as neoplasias intra-epiteliais NIC nos graus 1, 2 ou 3, carcinoma in situ e invasivo e outras alterações. Segundo Brasil (2000), 80% das pacientes com lesões de alto grau (HSIL - *High Squamous Intra-epithelial Lesions*) são tratados ambulatorialmente, e os 20% restantes são submetidas à cirurgia, sob anestesia, em centro cirúrgico por considerar-se, principalmente, o risco de sangramento, a ansiedade da mulher, as dificuldades técnicas e as indicações clínicas.

As mulheres que tiveram, como única indicação para o procedimento, pólipos endocervicais, sem outras alterações no laudo do exame preventivo, foram excluídas do estudo. Segundo Afonso (2003), esta alteração tem baixo potencial para malignidade e além do já exposto, raramente apresenta focos isolados de crescimento neoplásico. O pólipo aparece em número menor e resulta de outras alterações como sangramento anormal uterino, as quais não são exploradas neste trabalho.

Embora todos os nomes com agendamento de cirurgia para o ano de 2004 tenham sido levantados, quando verificados os prontuários, foi constatado que para cinco mulheres a cirurgia não se realizou conforme a programação inicial, sendo adiada para o ano de 2005. Diante disso, a opção foi pela exclusão desses prontuários. As demais informações referentes a elas podem ser verificadas no apêndice 3.

Para o levantamento de dados em prontuários foi elaborado um roteiro, com seqüência numérica e listagem nominal correspondente para facilitar a localização do material quando necessário. Este permitiu obter, a partir dos registros disponíveis: Idade, escolaridade, profissão, antecedentes de saúde e doença, tabagismo, uso do álcool e outras drogas, doenças sexualmente transmissíveis, número de parceiros, gestações, paridade, número de preventivos do câncer de colo de útero ou data da realização do último (vide apêndice 1).

³ CAF é uma técnica cirúrgica com energia de alta frequência (CAF) propõe retirar no ambulatório e sob visão colposcópica toda área atípica ou alterada do colo do útero (INCA2002).

⁴ Conização é uma técnica cirúrgica que retira parte do colo do útero que apresenta a lesão pré-cancerígena. Por ser um procedimento invasivo é utilizado a partir da neoplasia intra-epitelial cervical grau II (NIC II) (INCA2002).

Foram valorizadas as datas dos procedimentos, como exames, biópsias, cirurgias, consultas e retornos para receber os seus resultados, bem como as condições das pacientes nestes momentos, com o intuito de analisar intervalos de tempo a fim de conhecer a trajetória percorrida pelas mulheres no caminho da prevenção do câncer do colo de útero.

Foi organizado um banco de dados para processamento com a utilização do Epi Info 6.0. O Epi Info 6.0 é um conjunto de programas de domínio público, produzidos pelo (Centers for Disease Control and Prevention) do Governo dos Estados Unidos e desenvolvidos para ambiente MS-DOS (Microsoft-Disk Operating System) destinados para utilização dos pesquisadores em saúde (CDC, 2006).

Para que o banco informatizado pudesse ser alimentado com os dados previamente levantados manualmente, foi elaborada uma máscara que segundo Minayo (2005) deve corresponder ao questionário de modo a conter os espaços necessários para cada resposta atribuída e codificada no questionário.

As informações que não foram registradas em todos os prontuários foram consideradas perdidas, sendo o cálculo realizado a partir do número total de prontuários onde havia a informação. Essas perdas podem ser vistas na apresentação e discussão dos resultados deste estudo, sendo as mais significativas, mensuradas nos itens: escolaridade, sexarca, uso do tabaco, álcool e drogas.

3.3.2 A Segunda Etapa

A segunda etapa do trabalho compreendeu a interação com os sujeitos da pesquisa a qual se deu por meio de entrevista que, segundo Richardson (1999) é uma técnica indicada quando se deseja uma aproximação das pessoas envolvidas.

Deste modo, o tipo de entrevista escolhido foi a semi-estruturada porque permitiu maior flexibilidade ao entrevistado, pois não foram formuladas questões objetivas, fechadas em alternativas, sendo caracterizada neste estudo como uma modalidade entre a entrevista estruturada e a não estruturada (CRUZ NETO, 2003).

Deste modo, as perguntas serviram para orientar a entrevista sem fechar a possibilidade de a entrevistada colocar sua impressão e sentimentos em relação aos fatos apresentados. Para Turato (2003), a entrevista semi-estruturada também é conhecida como semi-dirigida na pesquisa clínica qualitativa, pois quando se

pretende interpretar os significados e o sentido do que as pessoas dizem, as alternativas não podem ser fechadas, pois isso levaria a uma construção a partir da visão teórica do autor da pesquisa.

Este tipo de entrevista atende à necessidade deste estudo porque na pesquisa qualitativa a preocupação está na qualidade das informações ou na riqueza de conteúdo dentro do que se pretende investigar. Partindo deste princípio, a questão norteadora desta pesquisa foi considerada na estruturação da entrevista, com o intuito de não perder de vista o que se pretendia buscar neste trabalho.

Tendo concluído a elaboração do roteiro para entrevista proposta para esse estudo que consta no apêndice 2, e cumpridas as etapas formais necessárias para a aproximação com o sujeito da pesquisa, foram iniciados os contatos por telefone a fim de operacionalizar esta etapa. Foram convidadas a participar da pesquisa, das 97 mulheres que se submeteram ao tratamento de conização ou CAF no ano de 2004, aquelas que apresentavam mais de 20 anos de idade, por considerar-se a faixa etária predominante na população estudada, residentes em Curitiba e que se dispuseram livremente a participar da pesquisa,

Foram excluídas as mulheres que, além do preventivo do câncer de colo alterado apresentavam outros problemas de saúde como a infecção pelo HIV, transplante renal e Lúpus eritematoso, por entender que esses poderiam trazer informações que não seriam comuns à maioria das mulheres entrevistadas.

Para obter as informações necessárias, nesta segunda etapa, foram feitos contatos telefônicos a partir do número disponível no prontuário. Houve impossibilidade de localizar aquelas que tiveram mudança de número.

Inicialmente, dentre os 97 prontuários foram realizados 12 contatos telefônicos nos quais houve concordância das mulheres em participar da entrevista. Na primeira conversa, duas delas não puderam colaborar com o estudo pelos seguintes motivos: uma estava trabalhando no momento e não dispunha de outro horário, segundo informações da pessoa que atendeu a ligação. A outra mulher cancelou a visita porque houve uma convocação da escola da sua filha para uma reunião. Igualmente não dispunha de novo horário, porém colocou-se à disposição para outra oportunidade.

As entrevistas foram realizadas no domicílio de quatro pacientes que concordaram em receber a visita. Outras quatro mulheres concordaram, desde que

as entrevistas fossem nos dias das consultas de retorno que estavam próximas, por trabalharem de segunda a sábado disseram que estariam de folga neste dia e somente no domingo estariam em casa com a família. Deste modo preferiram que a entrevista fosse logo após a consulta. As duas mulheres que também foram entrevistadas no hospital, foram-no durante o internamento para novos procedimentos cirúrgicos necessários na continuidade do tratamento.

Em todas as situações, as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente pela autora do estudo. A privacidade das mulheres foi respeitada. As entrevistas realizadas nas residências tiveram o inconveniente do tempo devido às tarefas, horário para sair para ir ao trabalho e a chegada inesperada de pessoas, não havendo um controle sobre isso. Buscou-se, no entanto interromper as entrevistas quando alguma interferência ocorria, retomando-as de acordo com a possibilidade da entrevistada.

O momento do término da segunda etapa foi determinado pelas informações coletadas, considerando que neste tipo de pesquisa, o peso está na qualidade das informações obtidas. De acordo com Turato (2003), quando a entrevista apresenta certo número de repetições em seu conteúdo e mostre haver uma saturação das mesmas, a etapa pode ser encerrada. De acordo com Spink (1998) os “sujeitos genéricos”, uma vez devidamente contextualizados, têm o poder de representar o grupo no indivíduo. Deste modo, na pesquisa qualitativa o que definirá o número final das entrevistas será a riqueza de seu conteúdo.

Assim, não houve uma preocupação com metas numéricas nesta etapa porque pela subjetividade das informações “A análise, centrada na totalidade do discurso, é demorada e conseqüentemente estes estudos têm utilizado poucos sujeitos. [...]” (SPINK, 1998, p.129).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos referentes ao perfil das mulheres foi feita a partir do banco de dados do Epi Info 6. Por meio desse programa, foi possível obter

os dados organizados em tabelas as quais foram transcritas e interpretadas à luz do referencial teórico.

O material das entrevistas referente à etapa qualitativa do estudo, composto por gravações foi analisado segundo o referencial metodológico para análise de conteúdo proposto por Minayo (2004). Segundo a autora esta é uma técnica que surgiu no início do século passado e era mais utilizada na comunicação de massa. Outra aplicação é a de conhecer o que está por trás dos conteúdos manifestos, buscando o que está além das aparências. Um exemplo pode ser para analisar textos de livros didáticos para desmascarar uma ideologia que se pretende propagar. A autora propõe etapas para a análise do conteúdo que foram seguidas neste estudo.

3.4.1 Ordenação dos Dados

Nesta etapa foram reunidas as entrevistas, bem como o conjunto do material de observação e documentos referentes ao tema. Foram realizadas: transcrições das gravações, releitura de material; organização dos relatos em determinada ordem; dando início a uma classificação; organização dos dados de observação também em determinada ordem, para estabelecer um mapa horizontal das descobertas no campo. O mapa facilitou a análise das idéias presentes. Segundo Spink (1998), a retórica nesse tipo de pesquisa também deverá ser objeto da atenção do pesquisador, pois esta corresponde à organização do discurso, quando aparecem as argumentações favoráveis ou não à versão de um fato.

3.4.2 Classificação dos Dados

Neste seguimento, foi realizada a leitura dos textos, prolongando uma relação interrogativa em sua leitura flutuante, que intercalou a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito, o que permitiu que aflorassem os temas e emergissem os investimentos afetivos percebidos nos detalhes sutis como silêncios, hesitações, lapsos.

O momento classificatório foi composto das seguintes fases segundo Minayo (2004):

Leitura exaustiva e repetida dos textos. Esse exercício, também conhecido como “leitura flutuante”, permitiu apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentaram transmitir e os momentos-chaves de sua existência sobre o tema em foco. Essa atividade ajudou a estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.

A construção das categorias foi feita a partir da pré-análise das unidades naturais das entrevistas, buscando identificar na constituição do corpus os elementos relevantes do discurso que poderiam mostrar as representações do resultado alterado, bem como aquelas que compunham o cenário com os atores que participaram na coleta do exame Papanicolaou.

Nesse momento, foi feita uma “leitura transversal” de cada corpo, recortando cada entrevista ou documento em termos de “unidade de registro” referenciado por tópicos de informação ou por temas.

A primeira classificação, ainda grosseira, cada tema foi guardado em separado como em gavetas. A seguir foi feita uma classificação por temas relevantes que poderiam comprovar hipóteses.

3.4.3 Análise Final

Nesta etapa foi realizada a interpretação dos resultados obtidos à luz do referencial teórico. O desafio foi procurar interpretar os dados quantitativos e qualitativos buscando uma complementaridade entre ambos, ou seja, compreender na medida do possível, os dados numéricos a partir das falas das entrevistadas e o ser humano, utilizando os dados numéricos e o referencial das representações sociais.

No tocante às entrevistas, é preciso sensibilidade, pois a interpretação pode ser também considerada como uma representação da representação e resultante das referências que o pesquisador tem com seus valores e crenças. Para Spink (1989) vemos o mundo e o interpretamos a partir das viseiras dos nossos preconceitos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados correspondem às etapas desenvolvidas neste estudo às quais compreendem uma pesquisa quantitativa para o conhecimento do perfil das mulheres em tratamento das alterações do Papanicolaou no ano de 2004 e uma pesquisa qualitativa que envolveu a aproximação com os sujeitos da pesquisa cuja abordagem foi por meio de entrevista.

Os resultados quantitativos estão organizados, descritos e apresentados em tabelas ou por extenso. A interpretação dos dados das tabelas possibilitou uma aproximação com o perfil dos sujeitos da pesquisa. Os dados qualitativos estão apresentados a partir das entrevistas com o sujeito do estudo, a transcrição dos relatos e a interpretação à luz do referencial teórico das representações sociais, a qual resultou em categorias que serão apresentadas na seqüência, após a apresentação e discussão do perfil das mulheres.

A intenção foi procurar promover, na medida do possível, um diálogo entre a realidade dos sujeitos da pesquisa, apresentada a partir da sua trajetória de vida baseada unicamente no senso comum com os dados numéricos.

Segundo Gomes, Souza e Minayo (2005) quando se comparam os resultados a partir dos indicadores, é de fundamental importância que se olhe, tanto para a extensão do que foi alcançado quanto para o sentido que isso traz para a vida individual, grupal e institucional das pessoas. Deste modo, não há expectativa de que os dados qualitativos sejam suficientes para elucidar todas as questões provenientes dos achados quantitativos, considerando que se trata de óticas diferentes. Para Goldim (2000) citado pelo mesmo autor, a utilização de diferentes métodos no estudo de um mesmo problema, necessariamente não tem como resultado sua integração, podendo ocorrer conflitos e tensões entre conclusões sobre dados produzidos por óticas diferentes, mesmo quando existe intenção em atuar conjuntamente.

Minayo (2003), afirma que o conjunto dos dados, quantitativos e qualitativos não se opõe, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Foram levantados 97 prontuários, conforme já visto anteriormente, e reunidas as informações encontradas de acordo com a trajetória das mulheres desde o primeiro resultado do exame Papanicolaou alterado até o primeiro exame negativo após o tratamento cirúrgico das alterações quando possível. Foram consideradas datas dos exames e consultas para determinar intervalos de tempo considerados importantes no estudo da trajetória das mulheres na prevenção do câncer de colo de útero.

Cabe acrescentar antes da apresentação dos dados que a última consulta, neste trabalho, não significa necessariamente a última para a mulher, pois havia uma delimitação de tempo para a coleta de dados, sendo o estabelecido para essa pesquisa, o levantamento da consulta de retorno que mostrasse um Papanicolaou normal ou o resultado do primeiro exame pós-cirurgia.

Durante o levantamento foi verificado que muitos dados não foram registrados em vários prontuários, deste modo, nem todos continham o grau de escolaridade ou a idade da sexarca, por exemplo, sendo considerado para fins de cálculo o total de prontuários em que os dados foram verificados. Todavia, as variáveis como a idade, registradas em todas as fichas, possibilitaram considerar como total, os 97 prontuários.

A partir das considerações anteriores, passa-se a apresentar a trajetória das mulheres na visão quantitativa para buscar o conhecimento do perfil delas. A idade das mulheres que se submeteram à cirurgia variou entre 15 e 76 anos. Observou-se 4 (4,12%) adolescentes, três com 15 anos e 1 com 17 anos, cujas alterações no resultado estavam associadas ao HPV, evidenciando que o risco do câncer cervical ou a possibilidade deste em mulheres muito jovens é maior com a infecção pelo referido vírus já apontado neste estudo como reconhecida causa de câncer cervical (BURD, 2003).

No perfil geral por faixa etária é possível observar que o maior número de casos está concentrado na faixa etária de 30 a 39 anos, quando ocorre uma sensível diminuição. A partir dos 50 anos a frequência diminuiu consideravelmente. Conforme a tabela 1:

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, HC - UFPR, 2004.

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
< 20	4	4,12
20 a 29	31	31,95
30 a 39	36	37,11
40 a 49	19	19,58
50 a 59	3	3,09
60 a 69	3	3,09
70 e +	1	1,03
TOTAL	97	100,00

Observou-se a partir destes resultados que a procura pelo tratamento confere com a tendência verificada na literatura. De acordo com um estudo realizado com 54 mulheres que buscaram o exame Papanicolaou, as idades estavam entre 17 e 36 anos e acima desta faixa etária, a procura pelo exame reduziu à metade, em torno de 36,7% (PELLOSO, CARVALHO e HIGARASHI, 2004).

Neste estudo, observou-se que a maior incidência das lesões precursoras do câncer de colo de útero se deu dos 20 aos 39 anos, coincidindo com parte do período de vida fértil da mulher, que segundo o MS (2004) inicia aos 10 anos e se estende até aproximadamente 49 anos.

Este mesmo resultado foi obtido no inquérito domiciliar realizado no Brasil em 2003, exposto anteriormente neste estudo, no qual a faixa etária que apresentou as menores proporções de cobertura foi de 50 a 59 anos. É possível supor que acima da faixa etária reprodutiva haja menor procura das mulheres por serviços de saúde (BRASIL, 2004). De acordo com as diretrizes das políticas de saúde da mulher, compete ao SUS implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, ou seja, quando termina o ciclo reprodutivo, como também à mulher idosa (BRASIL, 2004).

Neste estudo, em relação à escolaridade, não havia um campo específico no cadastro que contemplasse esta informação. Foi possível verificar em 13 (13,40%) prontuários os registros realizados na anamnese, de acordo com o interesse no momento. Deste modo, dos poucos prontuários onde havia o registro, 7 (53,84%) apresentaram o 1º grau incompleto e 4 o concluíram e 2 fizeram o segundo grau. (46,15%).

De acordo com o referido inquérito nacional, realizado em 15 capitais brasileiras, em Curitiba foram entrevistadas 793 mulheres com idade entre 25 e 59 anos. Em relação ao ensino fundamental, de 268 mulheres, 217 (81,0%)

apresentaram o 1º grau incompleto. Das 525 entrevistadas, 468 (89,1%) apresentaram o 1º grau completo e mais. Neste mesmo estudo, verificou-se que as mulheres com mais anos de estudo procuraram realizar o exame Papanicolaou com maior frequência (INCA 2004).

Embora fossem escassos os registros em relação à escolaridade, houve interesse em conhecer a condição social das mulheres por entender-se que esse aspecto tem influência na saúde e qualidade de vida como mostra um estudo sobre os fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do país realizado com 1302 mulheres. Destas, 57% nunca realizaram exame para detecção precoce do câncer e entre as variáveis encontradas para a não procura deste, estavam a pouca escolaridade e baixa renda (CESAR et al, 2003).

Em relação à ocupação das mulheres, foram considerados os registros da ficha cadastral, atualizada por ocasião da avaliação do profissional de saúde. Foram excluídos para fins de cálculo 10 prontuários onde o dado estava em branco. Os demais dados estão na tabela 2.

A maioria das mulheres 36 (41,37%) declarou na ficha cadastral a ocupação como sendo do lar ou dona de casa. Do mesmo modo, das mulheres que referiram trabalhar, 14 (16,09%) realizavam trabalhos como empregada doméstica, diarista e babá. As ocupações relacionadas com vendas e comércio ocuparam a terceira posição.

TABELA 2-DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO A OCUPAÇÃO, HC-UFPR, 2004.

<i>PROFISSÃO</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
Do Lar	36	41,37
Doméstica	14	16,09
Vendas	9	10,34
Auxiliar	6	6,89
Estudante	4	4,59
Zeladora	4	4,59
Estética	3	3,44
Autônoma	2	2,29
Costureira	2	2,29
ACS	1	1,14
Aposentada	1	1,14
Cozinheira	1	1,14
Encarregada	1	1,14
Marceneira	1	1,14
Operador 1	1	1,14
Professora	1	1,14
TOTAL	87	100,00

*Excluídos 10 prontuários com dados ignorados.

Dentre os casos ignorados por falta de registro, havia uma mulher que era interna da casa de detenção.

Segundo Camarano (2005) no tocante à ocupação e trabalho, as diferenças entre homens e mulheres são expressivas. Mesmo que ambos tenham a mesma média de anos de estudo, os homens ganham mais que as mulheres. Essa desigualdade de rendimentos se mantém em todos os estados e regiões e em todas as classes de anos de estudo: tanto as mulheres, com grau de escolarização igual ou inferior a 3 anos de estudo, ganham menos (61,5%) que os homens com o mesmo grau de escolaridade; quanto às mulheres com maior grau de escolarização (11 anos ou mais de estudo) ganham menos (57,1% do que ganham os homens desta faixa).

De acordo com Camarano (2005), a maioria das ocupações remuneradas verificadas neste estudo não requer um nível de escolaridade elevado e por isso ficam entre as atividades em que os salários são menores, em torno de um a dois salários mínimos. Segundo o DIEESE (2004), o salário mínimo vigente no país em dezembro de 2004, período da coleta de dados deste estudo, era de R\$ 260,00, sendo que o rendimento mínimo necessário para uma família com 4 pessoas, dois adultos e duas crianças, de acordo com a constituição brasileira seria de R\$ 1.468,00 para garantir condições dignas de vida.

A partir dessas informações, entende-se por que as mulheres pobres e com pouca instrução geralmente ocupam-se com tarefas do lar. A dupla jornada, imposta à mulher que trabalha fora do lar e salários insuficientes para cobrir as despesas geradas em função da sua ausência, afastam-na do mercado de trabalho. Constatou-se, também, que as mulheres quando trabalham fora, fazem-no como domésticas. Presume-se que há maior facilidade em trabalhar neste tipo de ocupação, pela proximidade com as atividades como dona de casa e que geralmente exigem pouca escolaridade. Supõe-se que estas informações, aliadas aos dados de ocupação, possam fornecer indicativos do poder aquisitivo da população estudada, considerando a falta desses registros no cadastro hospitalar.

Em relação à procedência, a maioria das mulheres encaminhadas para confirmação diagnóstica e tratamento era do Município de Curitiba, e as demais eram da região metropolitana e outros municípios do Estado do Paraná respectivamente, de acordo com a tabela 3:

TABELA 3-DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO A PROCEDÊNCIA HC-UFPR, 2004.

<i>PROCEDÊNCIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
Curitiba	58	59,79
Região Metropolitana	31	31,95
Outros Municípios do		
Estado do Paraná	8	8,24
TOTAL	97	100,00

Apesar da implantação do PAISM ter sido iniciada há mais de 20 anos, neste estudo foi possível observar que 8 (8,24%) mulheres precisaram se deslocar até grandes distâncias para obter assistência médica especializada.

Para que o PAISM fosse efetivamente implantado em todas as unidades da federação seriam necessários investimentos locais em saúde pública, porém como já foi visto, além da falta de recursos financeiros da população para buscar uma assistência médica privada, há a falta de recursos na saúde pública IBGE (2005)

Explorados os aspectos sociais da população investigada neste estudo, verificaram-se, na seqüência, os biológicos para o delineamento do perfil das mulheres. Assim, observou-se em relação à idade da menarca, ou início da menstruação, o registro em 91 (93,81%) prontuários, os quais mostraram que para a maioria das mulheres, esta se deu entre 11 e 15 anos.

Em relação à sexarca ou início da vida sexual, havia registro em 47 prontuários. De acordo com os dados obtidos 17 (17,52%) iniciaram sua vida sexual entre 13 e 15 anos. Na faixa dos 16 aos 18 anos havia 16 (16,49%). A partir dessas idades, os números reduzem consideravelmente, o que sugere um início da vida sexual precoce para essas mulheres, e implica um fator de risco para o câncer de colo de útero (INCA 2005).

Os dados referentes a sexarca podem ser verificados na tabela 4:

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO SEXARCA HC-UFPR, 2004.

<i>SEXARCA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
13-15	17	36,17
16-18	16	34,04
19-21	8	17,02
22 e +	6	12,76
TOTAL	47*	100,00

* Excluídas 50 sem informação

Para Leal et al (2003), o intervalo entre a menarca e o primeiro coito parece ser mais relevante que a idade da primeira relação ou a idade das primeiras relações regulares, ligando, assim, o risco de neoplasia à idade “sexual” mais do que à cronológica, devido à exposição precoce aos agentes causadores da neoplasia.

Comparando a afirmação dos autores aos dados deste estudo referentes à menarca e a sexarca, observou-se que 100% das mulheres tiveram a primeira menstruação até os 15 anos e o início da vida sexual com menos de 18 anos para (68,08%) das mulheres.

Em relação à vida sexual ativa das mulheres, ou seja, aquelas que mantinham relações sexuais frequentemente, em 77 prontuários havia registro sobre esta informação e destes 68 (88,31%) apresentavam vida sexualmente ativa enquanto que as que negaram foram 9 (11,68 %).

O levantamento da situação conjugal das mulheres revelou que havia registro desta informação em 82 (84,53%) e destas, 37 (45,12%) eram casadas, 18 (21,95%) amigadas, 11 (13,41%) separadas ou divorciadas, e 11 (13,41%) solteiras. Todavia algumas tiveram filhos nesta condição. Em menor número, as viúvas 4 (4,87 %) e com outras formas de relacionamento 1,21%. Foi considerada ignorada a informação nos prontuários onde não havia registro, ou seja, em 15(15,46%).

Em relação ao número de gestações registradas nos prontuários levantados, a maioria das mulheres ou 86 (88,65%) engravidaram uma ou mais vezes, sendo que 42 (48,83%) engravidaram de 1 a 2 vezes, 44(51,16%), engravidaram 3 vezes ou mais. Mulheres que apresentaram mais de 5 gestações aparecem em menor número, porém, no total, o número de mulheres que engravidaram mais de 3 vezes está acima de 50% como se verifica na tabela 5:

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO NÚMERO DE GESTAÇÕES HC-UFPR, 2004.

<i>GESTA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
O	11	11,34
1 a 2	42	43,29
3 a 4	25	25,77
5 e +	19	19,58
TOTAL	97	100,00

Embora os dados deste estudo mostrem que mais de 50% das mulheres apresentaram mais de 3 gestações, dados do IBGE (2005) apontam que houve redução da fecundidade no Brasil, pois a taxa caiu de 2,7 para 2,4 filhos por mulher, de 1992 para 2001, com exceção da gravidez na adolescência (dos 15 aos 19 anos) que aumentou em todas as regiões no mesmo período.

Em relação à paridade, dos 97 prontuários havia registro em 86 (88,65%), sendo que 14(16,27) nunca tiveram parto normal, 72 (83,72%) tiveram partos normais ou via vaginal. Quanto ao número de partos normais por mulher, 43 (50%) tiveram de 1 a 2 partos. Do mesmo modo, 21 (24,41%) apresentaram de 3 a 4 partos e 8 (9,30%) com 5 ou mais partos normais. Quanto à cesariana, em 86 (88,65%) prontuários, 53 (61,62%) não realizaram nenhuma, 20 (23,25%) fizeram uma, 9 (10,46%) fizeram duas e 4 (4,65%) fizeram 3 cesarianas.

Observou-se maior freqüência de partos normais na população estudada, ao contrário do estudo no qual Peloso (2004) verificou que 60% das mulheres haviam se submetido à cesariana e na maioria dos casos visavam à laqueadura. Destas mulheres, 80% apresentavam o primeiro grau completo e não havia analfabetas na população estudada.

Giffin (2002) mostrou por meio dos dados da BENFAM de 1996, que no Brasil há o modelo de *parto tecnológico*, medicalizado, com predomínio de partos cesários, com taxa de 36% em 1996, sendo uma das mais altas do mundo. Os dados apontam também que a prática é mais comum nos hospitais privados. As usuárias do SUS se submetem à cesariana apenas quando há indicação, pois em 1998 a portaria do MS estipulou um limite de pagamento para cada hospital. Para as

mulheres pobres que utilizam o SUS, acredita-se que a tendência maior será do parto normal com adoção de medidas como essa. Talvez isso explique porque as mulheres deste estudo tiveram um número maior de partos normais, pois na maioria são de baixa renda e usuárias do SUS.

A paridade como fator de risco para as alterações no Papanicolaou não foi observada neste estudo por considerar que poucas mulheres tiveram um maior número de partos como foi observado em um estudo sobre o perfil das mulheres com carcinoma do colo do útero. Este mostrou que na população estudada, esta forma de adoecimento ocorreu, mais freqüentemente, nas faixas etárias de 35 a 60 anos, nas multíparas, ou seja, mulheres que tiveram muitos partos normais, de 5 a 9 e mais partos. O mesmo fato ocorreu em mulheres que iniciaram o relacionamento sexual antes dos 20 anos (PIOLI, 1993). Estes conferem com os resultados deste estudo onde a maioria apresentou a sexarca antes dos 21 anos.

Em relação à ocorrência de aborto, das 86 mulheres que estiveram grávidas, 60 (69,76%) referiram nunca ter apresentado. Das que referiram, 20 (23,25%) relataram um aborto, 4 (76,92%) 2, e uma mulher 3 (11,53%). Apenas uma referiu 5 (19,23%).

Quanto à contracepção, das 97 mulheres, em 13 (13,40%) não havia registro, neste caso o dado foi considerado ignorado. Em 29 (29,89%) negaram o uso e 55 (56,70%) usavam métodos contraceptivos.

Quanto ao contraceptivo, das 55 mulheres que referiram o uso, 46 (83,63%) informaram o tipo, sendo 40 (86,95%) métodos hormonais, 5(10,86%) método de barreira ou condon e 1 (2,17%) referiu o uso de Dispositivo intra-uterino (DIU). Em 9(16,36%) o dado foi considerado ignorado.

Antecedentes mórbidos foram verificados os 97 prontuários e observados os registros a partir das informações prestadas pelas mulheres no momento da consulta médica ou evolução clínica durante o internamento. Em 18 (18,55%) não havia registros, sendo esse dado considerado ignorado. Aquelas que negaram terem apresentado doenças foram 19 (19,58%), e as que referiram algum tipo somaram 79 (81,44%). Os casos mais freqüentes estão na tabela 6:

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO DOENÇAS REFERIDAS. HC-UFPR, 2004

<i>PATOLOGIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
HAS	10	12,65
Hepatite	7	8,86
HIV	6	7,59
HPV	6	7,59
Depressão	5	6,32
Condilomas	4	5,06
ITU (Infecção Trato Urinário)	4	5,06
Alcoolismo	4	3,79
Diabetes	3	5,06
Câncer (Mama, Ovário e outros).	3	3,79
Tuberculose	2	2,53
Outras (Aparecem Uma Vez)	48	61,75

*Em 79 prontuários havia registro

As doenças apresentadas como “outras” foram citadas uma única vez e foram as seguintes: amigdalite, apendicite, bartolinite, bronquite, cardiopatia, cirrose hepática, colelitíase, hipercolesterolemia, derrame pleural, drogadição, epilepsia, gigantomastia, hemorragia uterina, insuficiência renal, hérnia de hiato, hipotireoidismo e hipertireoidismo, imunodepressão, malária, nefropatia, neurocisticercose, otite crônica, pielonefrite, polipose intestinal, prolapso da válvula mitral, rinite alérgica, sarampo, sífilis, tifo, transplante renal e varicela, vulvite.

Observou-se neste estudo que entre as mulheres investigadas há um alto índice de hipertensão arterial além do risco para o adoecimento por câncer. Ambas as doenças são crônicas e hereditárias (OPAS, 2003). São doenças de impacto social, mas que podem ser prevenidas ou controladas. O aspecto comum das doenças como o câncer e a hipertensão é que ambas são reconhecidas como silenciosas e por isso podem ser ignoradas pelo seu portador nos aspectos preventivos.

O HIV aparece na mesma porcentagem que o HPV. Como visto anteriormente, a infecção pelo HIV pode levar à AIDS. A síndrome da imunodeficiência adquirida favorece a invasão de agentes infecciosos oportunistas. O HPV pode ser encontrado em mulheres portadoras do HIV. Deste modo a atenção de saúde à mulher portadora do HIV precisa ser redobrada, principalmente em ações educativas, como o uso da camisinha para evitar adquirir infecções (BRASIL, 2004).

Em relação aos antecedentes mórbidos familiares referidos nos 97 prontuários levantados, em 14 (14,43%) não havia registro, 11 (11,34%) negaram alguma doença e 72 (74,22%) relataram algum tipo de adoecimento. A soma dos prontuários onde havia registro serviu para o cálculo percentual da distribuição de doenças familiares mais freqüentes como mostra a tabela 7:

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS REFERIDAS PELAS PACIENTES, SEGUNDO ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES, HC-UFPR, 2004.

<i>PATOLOGIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
HAS	36	43,37
Câncer (Vários Tipos)	31	37,34
Diabetes	25	30,12
Cardiopatia	15	18,07
Câncer de Mama	10	12,04
AVC	7	8,43
Câncer de Útero	7	8,43
Câncer de Colo de Útero	4	4,81
Outras	17	20,48

Total de prontuários 83.

A hipertensão arterial destacou-se, em primeiro lugar, nos antecedentes mórbidos familiares como nos antecedentes mórbidos pessoais. Estes dados reforçam que esta é uma doença com alta prevalência, como estudos epidemiológicos estimam em 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, sendo também uma doença assintomática e por isso pode ser um dos fatores responsáveis por cardiopatias e AVC. Observou-se também prevalência de Diabetes Mellitus e o câncer em todas as formas. (INCA 2004).

Quanto ao uso do álcool, 17 (17,52%) mulheres admitiram ter o hábito de beber, 60 (61,85%) negaram a utilização de bebida alcoólica, e 20 (20,4%) tiveram o item ignorado por falta de registro. Das pessoas que referiram não beber, 3 mulheres referiram o uso de grandes quantidades de bebida alcoólica e terem parado de beber, sendo consideradas neste estudo como alcoolistas em abstinência.

Em relação ao hábito de fumar cigarros, nos 97 prontuários havia registros de mulheres fumantes e não fumantes e os casos em que não havia registro, conforme a tabela 8:

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO HÁBITO DE FUMAR, HC-UFPR, 2004.

<i>FUMO</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
Não	49	50,51
Sim	37	38,14
Ignorado	11	11,34
TOTAL	97	100,00

O número de mulheres que referiram fumar somado aos casos ignorados não ultrapassa o número de não fumantes, embora seja ainda um número razoável considerando que dentre as não fumantes, 5 admitiram ter abandonado o hábito há poucos meses.

O tempo de utilização do tabaco foi considerado a partir dos prontuários das mulheres fumantes, ou seja, 37, como visto na tabela 11 e acrescentados àquelas que referiram ter abandonado o vício e que revelaram o tempo de uso do tabaco, antes de deixarem de fumar. Deste modo, o tempo foi registrado em 40 (41,23%) prontuários e nestes foi de até 10 anos para 19 (47,5%) mulheres, de 12 a 20 anos para 13 (32,5%) e acima desse tempo para 8 (20%) mulheres. Os dois registros em que havia maior tempo foram de 34 anos para uma mulher e de 61 anos para aquela que fumava deste a infância.

Do mesmo modo, considerando as mulheres que abandonaram o uso do tabaco, a quantidade diária de cigarros estava registrada em 40 prontuários. Destes 11(26,82%) fumavam até 10 cigarros ao dia, sendo que uma das mulheres fumava cigarros de palha. As demais, 28 (68,29%) fumavam até 20 cigarros. Segundo Focchi, Martins e Cardial (2004), o fumo também é apontado como causador do câncer de colo de útero.

Quanto ao consumo de drogas, o dado foi considerado ignorado em 51(52,57%) por falta desta informação e nos 46 prontuários 42 (91,30%) negaram o uso e 4 (8,69%) admitiram o uso, sendo que a preferência era pela maconha em 50%. A cocaína foi de 25% e a mesma porcentagem para outras drogas injetáveis. O tempo de consumo das drogas foi referido por apenas uma usuária, a qual o fazia há 7 anos.

Como foi visto anteriormente, a maioria das pacientes era procedente de outros serviços onde foi iniciada a prevenção do câncer de colo de útero e o primeiro preventivo foi realizado. Em 97 prontuários, 51(52,57%) foram ignorados por não haver registros; existiam registros em 38 (39,17%) que sugeriam os motivos que as

levaram à consulta os quais foram queixas ginecológicas como sangramento, dispareunia, pré-natal, anticoncepção e outras. Destas, apenas 2 (5,26%) admitiram ter procurado a unidade de saúde para a coleta do preventivo como rotina conforme a tabela 9:

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO MOTIVOS PARA A CONSULTA NA QUAL FOI COLHIDO O EXAME PREVENTIVO QUE RESULTOU NO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO, HC – UFPR, 2004.

<i>MOTIVO PARA CONSULTA</i>	<i>FREQUENCIA</i>	<i>%</i>
Sangramento	6	15,78
Hipomenorréia	5	13,15
Pré-natal	5	13,15
Dispareunia	4	10,52
HAS	2	5,26
Coleta do CO Sem Outras Queixas	2	5,26
Condiloma	2	5,26
Climatério	1	2,63
Coleta do CO e DIP	1	2,63
Contracepção	1	2,63
Corrimento	1	2,63
Dismenorréia	1	2,63
Dor	1	2,63
Dor E Corrimento	1	2,63
Estenose da Vagina	1	2,63
Ferida No Útero	1	2,63
Metrorragia	1	2,63
Queimação na vagina	1	2,63
Sinusiorragia	1	2,63
TOTAL	38	100,00

Embora não sejam conhecidos os motivos para a consulta inicial na unidade de saúde, a maioria das mulheres procurou o serviço de saúde por apresentarem sinais ou sintomas de anormalidades com sua saúde, sendo poucas as que procuraram para realizar a prevenção do câncer de colo de útero somente. Contudo, o exame Papanicolaou foi coletado e alguma alteração foi detectada sendo necessário o encaminhamento para esclarecer ou confirmar o diagnóstico por meio da colposcopia e biópsia e, havendo confirmação, iniciar ao tratamento.

As datas dos exames preventivos são apresentadas, para possíveis correlações quanto ao tempo transcorrido a partir da coleta do Papanicolaou e o encaminhamento pela unidade de saúde para a unidade de referência para esclarecimentos diagnósticos e início do tratamento. Os casos ignorados não apresentavam a data do primeiro exame. Esses dados podem ser verificados na tabela 10:

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO DATA DO PRIMEIRO EXAME ANTERIOR AO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO HC-UFPR, 2004.

<i>REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO APANICOLAOU</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
1995 a 1999	5	5,15
2000	1	1,03
2001	3	3,09
2002	6	6,18
2003	47	48,45
2004	33	34,02
Ignorada	02	2,06
TOTAL	97	100,00

Observou-se que a maioria dos exames anteriores ao encaminhamento foram realizados entre os anos de 2003 e 2004, sendo neste último a realização da conização ou CAF. É possível que as unidades de saúde tenham procedido ao tratamento em fases iniciais da doença, pois de acordo com o Protocolo do Programa Viva Mulher (2002), compete às unidades básicas de saúde iniciar ao tratamento das alterações e proceder ao encaminhamento somente quando indicado. Este cuidado realizado no serviço que detectou a alteração pode ter espaçado o tratamento cirúrgico. Quanto aos exames anteriores ao tratamento, com data de 1995 a 2002, foi elaborada uma tabela com a data da primeira consulta no HC e o tempo entre o exame e esta consulta. Verificou-se a procedência das mulheres e a presença de doenças, data da conização ou CAF e resultado do exame anátomo patológico do produto da cirurgia. Os casos podem ser verificados no quadro 9.

QUADRO 9 – DISTRIBUICAO DAS PACIENTES COM RESULTADOS DO PAPANICOLAOU DE 1995 A 2002 ANTERIORES AO TRATAMENTO. HC - UFPR, 2004

FICHA	53	58	76	03
PRIMEIRO PAPANICOLAOU E RESULTADO	01/03/2001 NIC 2	15/06/1995 NIC 2	15/06/1999 NIC 2	20/03/02 NIC 2 HPV
PRIMEIRA CONSULTA HC	24/03/2004	25/07/1995	15/06/1999* RH	20/03/2002 *RH
TEMPO ENTRE O PAPANICOLAOU E 1ª CONSULTA HC	3 anos e 23 dias	20 dias	-	-
PROCEDENCIA	Curitiba	Curitiba	Pinhais	Colombo
DOENÇAS IMPORTANTES	HIV/Condiloma/HPV Drogadição	ITU	Epilepsia	LES/ Nefropatia Lúpica
DATA DA CONE/CAF	17/06/04	30/06/04	30/11/2004	15/10/2002 11/02/2004
RESULTADO CONE/CAF	NIC 2 Condiloma	CA invasor	NIC1/HPV	NIC 3 HPV
FICHA:	40	30	46	06
PRIMEIRO PAPANICOLAOU	Alterações há 5 anos, repetido em 15/08/03.	23/03/1999	15/06/2002 e 18/11/2003 Biópsia em 06/01/2004	15 / 08/2001
RESULTADO	NIC 2	NIC 1	NIC 1 Cervicite	AGUS
PRIMEIRA CONSULTA HC	19/01/2004	07/03/1996 *RH	16/02/2004	01/12/2003
TEMPO ENTRE O PAPANICOLAOU E 1ª CONSULTA HC	5 meses	-	40 dias	2 anos e 3 meses
PROCEDÊNCIA	Colombo	Colombo	Fortaleza/Ce	Curitiba
DOENÇAS IMPORTANTES	Nega	Nega	Hepatite	HAS e DM
DATA DA CONIZAÇÃO/ CAF	14/04/2004	01/04/2004	12/05/2004	12/05/2004
RESULTADO CONI /CAF	NIC 3	NIC 3	NIC 2	NIC 2

*RH mulheres em acompanhamento no serviço de reprodução humana por apresentarem doenças crônicas

No quadro 9, observou-se que as mulheres que apresentaram intervalos maiores de tempo, (vide fichas de número 53, 58) não retornaram de acordo com a orientação e não havia registros do motivo. Houve intervalos maiores também para mulheres procedentes de outros municípios.

A presença de doença crônica auto-imune como Lúpus eritematoso sistêmico (vide ficha 3, na mesma tabela) provavelmente levou à recidiva das lesões sendo necessário fazer nova cirurgia. O tempo de 2 anos e 4 meses entre o Papanicolaou e a primeira consulta no HC (vide ficha 6) foi resultado de problemas como o encaminhamento pela unidade de saúde. Este caso é detalhado na entrevista 3.

Os resultados dos exames verificados nos 97 prontuários estão apresentados na tabela 11:

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME ANTERIOR AO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO, HC - UFPR, 2004.

<i>RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
NIC 2	38	39,17
NIC 3	13	13,40
ASCUS	12	12,37
NIC 1	9	9,27
NIC 2 E HPV	8	8,24
NIC 1 E HPV	5	5,15
AGUS	3	3,09
NIC 3 glandular	2	2,06
NIC 3 CA IN SITU	1	1,03
CA INVASOR	1	1,03
Alterações nucleares limítrofes	1	1,03
ASCUS E HPV	1	1,03
Ignorado	1	1,03
Mancha no colo do útero	1	1,03
Sem alteração	1	1,03
TOTAL	97	100,00

Foi possível verificar que as alterações presentes no resultado do exame Papanicolaou, quando em relação ao grupo etário, mantiveram-se equivalentes aos dados do MS anteriormente apresentados neste estudo quando mostram que mulheres entre 25 e 59 anos procuram realizar exame com maior freqüência (BRASIL, 2004). Neste caso, o diagnóstico das alterações comprova esta procura, todavia, neste estudo, foi observado que o diagnóstico tem sido freqüente em idades abaixo de 30 anos, como mostra a tabela 12.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME ANTERIOR AO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO POR GRUPO ETÁRIO, HC - UFPR, 2004.

<i>GRUPO ETÁRIO</i>	<i>NIC</i>	<i>OUTRA ALTERAÇÃO</i>	<i>TOTAL</i>
< 20	4	0	4
20 A 29	25	6	31
30 A 39	23	13	36
40 A 49	12	7	19
50 A 59	2	1	3
60 A 69	2	1	3
70 E +	0	1	1
TOTAL	68	29	97

Estes dados sugerem que há necessidade em reforçar a orientação para que as mulheres busquem a prevenção a partir do início da vida sexual ativa, que de acordo com o que foi mostrado anteriormente neste estudo tem sido abaixo dos 25 anos. Do mesmo modo, a sexarca foi relacionada ao tipo de alteração verificada no exame Papanicolaou como mostra a tabela 13.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO RESULTADO DO PRIMEIRO EXAME COM RELAÇÃO A SEXARCA, HC - UFPR, 2004.

<i>SEXARCA</i>	<i>NIC</i>	<i>OUTRAS ALTERAÇÕES</i>	<i>TOTAL</i>
13 A 19	30	9	39
20 A 26	6	2	8
TOTAL	36	11	47

De acordo com os dados, a maioria das mulheres com o diagnóstico de NIC iniciou a vida sexual antes dos 20 anos de idade, como foi visto na tabela 7 (Idade da sexarca).

Conforme foi visto, as mulheres com o resultado do exame Papanicolaou alterado e que foram encaminhadas pelas unidades de saúde com indicação de colposcopia e biópsia, tiveram suas consultas agendadas no HC conforme a tabela.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO PRIMEIRA CONSULTA NO HC-UFPR, 2004.

<i>PRIMEIRA CONSULTA NO HC</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
1995 a 1999	4	4,12
2000	1	1,03
2001	1	1,03
2002	1	1,03
2003	40	41,23
2004	50	51,54
TOTAL	97	100,00

Devido à falta de informação referente aos atendimentos anteriores ou data da primeira consulta na unidade de saúde, a maioria coincidiu com a data da realização do exame Papanicolaou alterado, o que foi o motivo do encaminhamento para a maioria das mulheres. Poucos prontuários apresentaram registro de exames alterados anteriores e que foram repetidos na Unidade de Saúde antes do encaminhamento.

Os casos, cujo intervalo de tempo foi superior a 5 anos, foram apresentados e discutidos no quadro 9.

Deste modo, o motivo que levou à primeira consulta no HC mostra que algumas mulheres não foram encaminhadas por outros serviços de saúde porque estavam em tratamento em Serviços do HC. Deste modo foi possível verificar pacientes oriundas do Pré-Natal de Risco, Serviço de Reprodução Humana e outros.

Nestes casos, o tempo de espera pela consulta para essas mulheres foi menor, mas a maioria, no entanto, foi encaminhada por unidades de saúde de Curitiba e região metropolitana, bem como outros locais do Estado do Paraná por apresentar alterações detectadas no exame Papanicolaou, sendo esse o principal motivo para os encaminhamentos. De acordo com o Programa Viva Mulher, compete à referência terciária o procedimento de cirurgias nesses casos (BRASIL, 2004).

Observou-se apenas um encaminhamento com resultado da biópsia. A maioria das biópsias são realizadas na primeira consulta no HC. Os demais resultados estão na tabela 15.

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO MOTIVO PARA A PRIMEIRA CONSULTA NO HC-UFPR, 2004.

<i>MOTIVO DA PRIMEIRA CONSULTA NO HC</i>	<i>FREQUENCIA</i>	<i>%</i>
Biópsia com alteração	1	1,03
CA in situ	1	1,03
Cauterização	1	1,03
Climatério	1	1,03
CO Alterado	80	82,47
Condiloma	2	2,06
Condiloma e HIV	1	1,03
Contracepção	4	4,12
Ignorado	1	1,03
NIC 2 e condiloma	1	1,03
Pré-natal de risco	2	2,06
Sangramento	2	2,06
TOTAL	97	100,00

O tempo transcorrido entre a primeira consulta na unidade de saúde ou serviço no qual foi realizada, até a primeira consulta no HC para esclarecer ou confirmar o diagnóstico, é mostrado na tabela 16.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO INTERVALO DE TEMPO EM DIAS ENTRE A PRIMEIRA CONSULTA NA US E A PRIMEIRA CONSULTA NO HC-UFPR, 2004.

<i>TEMPO ENTRE A 1ª CONSULTA US E HC</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
0	2	2,40
30	10	12,04
60	25	30,12
90	12	14,45
180	16	19,27
365	8	9,63
+ 365	10	12,04
TOTAL	83	100,00

Na primeira consulta no HC, para a maioria das pacientes, foram realizadas colposcopia e biópsia como visto anteriormente, salvo algum impedimento relacionado às condições da paciente. Deste modo foi possível calcular o tempo transcorrido entre a realização do exame preventivo e a primeira biópsia, sendo que a maioria, 40 (47,61%) foi realizada em um intervalo de até 2 meses, conforme a tabela 17.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO INTERVALO DE TEMPO ENTRE O PREVENTIVO E A BIÓPSIA, HC-UFPR, 2004.

<i>TEMPO ENTRE O 1º PREVENTIVO E A BIÓPSIA EM DIAS</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
0 a 30	17	20,23
30 a 60	23	27,38
60 a 90	11	13,09
90 a 180 (6 meses)	18	21,42
6 m a 1 ano	9	10,71
Acima de 1 ano	6	7,14
TOTAL	84	100,00

A não realização da biópsia foi verificada em 13 (13,40%) e os motivos, em todos os casos, estavam relacionados às condições do colo do útero como dificuldade para visualizar o canal cervical, ou havia discordância entre o diagnóstico da colposcopia e o exame Papanicolaou. Nestes casos, a conduta médica foi adotada conforme a indicação em cada caso. O laudo da biópsia não foi localizado em um dos casos embora tenha sido realizada, pois havia registro no prontuário.

Embora no protocolo do programa viva mulher a colposcopia seja sempre indicada no NIC 1 persistente e NIC 2, 3 e assim por diante, a biópsia é recomendada para os casos em que haja indicação, ficando como uma conduta médica a realização desta ou a conização ou CAF para a confirmação diagnóstica (CURITIBA, 2002).

Segundo Andrade (2001), o diagnóstico é sugerido pela citologia oncótica ou teste de Papanicolaou e deve ser confirmado por colposcopia e biópsia dirigida. Como método para diagnóstico, a conização é indicada nos casos em que a colposcopia não for satisfatória ou houver discordância entre o resultado da citologia e o da biópsia dirigida. O diagnóstico é confirmado pela biópsia de qualquer lesão visível no colo, com ou sem o auxílio da colposcopia. Os resultados das biópsias estão na tabela 18 apresentada a seguir.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO RESULTADO DA PRIMEIRA BIÓPSIA. HC - UFPR, 2004.

<i>RESULTADO DA 1ª BIÓPSIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
NIC 2	21	21,64
NIC 3	17	17,52
Não realizada	13	13,40
Cervicite	11	11,34
Ausência de atipias	6	6,18
NIC 1	6	6,18
NIC1 e HPV	3	3,09
NIC 2 e HPV	3	3,09
Alteração compatível por HPV	2	2,06
Alteração por HPV	2	2,06
CA in situ	2	2,06
Cervicite e HPV	1	1,03
NIC 1 , NIC 2 e NIC 3 glandular	3	3,09
NIC 3 e HPV	1	1,03
ASCUS	1	1,03
ASCUS E HPV	1	1,03
Material insuficiente	1	1,03
Ignorado	1	1,03
TOTAL	97	100,00

A partir dos resultados das primeiras biópsias e os demais elementos que contribuíram na decisão da equipe médica pela realização do procedimento cirúrgico para remoção da lesão pré-cancerígena, estes foram agendados e realizados durante o ano de 2004. O tempo entre a realização da primeira biópsia e a Conização ou CAF em dias foi possível verificar em 86 prontuários, os quais

apresentavam os registros. Destes, foi percebido que em 45 (52,32%) a cirurgia foi realizada até 120 dias ou 4 meses, e as demais até 1 ano e mais. Os números são mostrados na tabela 19.

TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO TEMPO ENTRE A PRIMEIRA BIÓPSIA E A CIRURGIA EM DIAS, HC-UFPR, 2004.

<i>TEMPO ENTRE A BIÓPSIA E A CIRURGIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	
	<i>A</i>	<i>%</i>
60	8	9,30
90	15	17,44
120	22	25,58
365 e +	41	47,67
TOTAL	86	100,00

O produto resultante da conização ou CAF foi encaminhado para exame anátomo-patológico em todos os casos e o laudo confirmou o resultado da biópsia anterior na maioria dos casos, ou serviu para esclarecer o diagnóstico. Nestes, foram verificados dois casos de neoplasia intra-epitelial vulvar, que segundo Rivoire (1993) é um tipo de neoplasia comum em mulheres acima dos 60 anos, mas que podem ocorrer em mulheres não idosas, na atualidade. Nos casos levantados neste estudo, as mulheres apresentavam 48 e 69 anos. Quanto à classificação, para o mesmo autor, esta corresponde à utilizada para a neoplasia intra-epitelial cervical 1, 2 e 3. Nos resultados anátomo patológicos do produto da conização e CAF apresentados, observou-se a importância deste procedimento como diagnóstico e, fundamental, para direcionar a seqüência do tratamento. Os resultados estão na tabela 20:

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO RESULTADO DO EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO PRODUTO DA CIRURGIA, HC-UFPR, 2004.

<i>RESULTADO DO ANATOMO-PATOLÓGICO</i>	<i>FREQUÊNCIA</i>	<i>%</i>
NIC 2	21	21,64
NIC 3	18	18,55
Cervicite	16	16,49
NIC 3 glandular	10	10,30
Metaplasia escamosa	5	5,15
CA invasor	5	5,15
Ausência de lesão	4	4,12
Adenocarcinoma	3	3,09
NIC 2 glandular	3	3,09
NIC 1	3	3,09
NIC 1 e HPV	2	2,06
NIC 2 e NIC 1 Glandular	2	2,06
Alteração por HPV	1	1,03
NIC 2 e NIC 1	1	1,03
NIC 2 e HPV	1	1,03
*NIV 2 e NIC 3 e CA IN SITU	1	1,03
*NIV 3 carcinoma "in situ"	1	1,03
TOTAL	97	100,00

*NIV neoplasia intravaginal 1, 2 e 3.

Observa-se nesta tabela que o exame anátomo patológico apresentou diagnósticos de NIC 2 e 3 para a maioria das alterações, confirmando a gravidade da lesão.

Quanto ao retorno, após a alta hospitalar para continuidade do tratamento, foi observado que das 97 mulheres que se submeteram à cirurgia no ano de 2004, retornaram para consulta, 94 (96,90%) mulheres, no período compreendido entre fevereiro de 2004 a julho de 2005. Destas, 74 (78,72%) retornaram no mesmo ano da realização da CAF ou conização. As 20 (21,27%) restantes o fizeram para a consulta pós cirurgia, de 10 de janeiro a junho de 2005.

Ao verificar o intervalo em dias entre a cirurgia e a consulta de retorno após o procedimento, foi possível perceber que a media de comparecimentos no prazo de 40 dias aproximadamente, foi registrado em 61 (64,89%) prontuários, havendo uma diminuição do número de comparecimentos com intervalos maiores, conforme é visto na tabela 21.

TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO O TEMPO ENTRE A CIRURGIA E O RETORNO APÓS ESSE PROCEDIMENTO EM DIAS, HC-UFPR, 2004.

<i>TEMPO ENTRE A CIRURGIA E O RETORNO EM DIAS</i>	<i>FREQUENCIA</i>	<i>%</i>
18 A 48	61	64,89
54 A 180	19	20,21
181 A 384	14	14,89

TOTAL	94	100,00
--------------	-----------	---------------

Em relação às condições de saúde, no retorno, foi possível verificar que muitas mulheres referiram alguma queixa ginecológica ou problemas de saúde. Para estas houve continuidade do tratamento. Entretanto, 43 (43,87%) não tiveram queixas no momento da consulta e continuaram apenas com o controle de rotina, de acordo com a tabela 22:

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO CONDIÇÕES DE SAÚDE NO RETORNO PÓS - CIRURGIA. HC. UFPR, 2004.

<i>CONDIÇÕES PÓS-CIRURGIA</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
Sem queixas	43	44,32
Corrimento	18	18,55
Ignorada	8	8,24
Sangramento	6	6,18
Dor pélvica	3	3,09
HTA	2	2,06
Pan-HTA	1	1,03
Atipias reconização	1	1,03
Atrofia genital	1	1,03
CA de vagina	1	1,03
CA de mama	1	1,03
Condiloma	1	1,03
Não retornou	1	1,03
NIC 1 e condiloma	1	1,03
NIC 3 suspeito	1	1,03
Outros	8	8,24
TOTAL	97	100,00

Em relação aos números totais de consultas desde a primeira até a última verificada neste estudo, estas variaram de 3 a 20. Foi considerado como última consulta o último registro encontrado até o término do levantamento de dados nos 97 prontuários. Os casos em que o número foi muito pequeno, o foram por dois motivos: em primeiro lugar, porque o problema foi rapidamente solucionado e o resultado do primeiro preventivo, após a cirurgia, foi negativo sem outras intercorrências, e o próximo retorno seria após seis meses. Em outra situação, houve três desistências do tratamento (3,15%), não havendo registros quanto ao destino dessas mulheres.

Quanto às mulheres que ficaram mais tempo em tratamento e, por isso, tiveram maior número de consultas, a resolução foi mais lenta, devido à gravidade do caso. Por isso, a maioria das pacientes continua em acompanhamento médico. A

média de consultas de modo geral foi de seis para cada paciente. Os dados referentes ao número total de consultas estão na tabela 23.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEGUNDO NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS NO HC – UFPR, 2004.

<i>NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS</i>	<i>FREQÜÊNCIA</i>	<i>%</i>
3	4	4,12
4 A 5	33	34,02
6 A 8	41	42,26
9 A 10	14	14,43
11 A 20	5	5,15
TOTAL	97	100,00

Embora os retornos de mulheres sem queixas nas consultas pós-cirurgia tenham sido 44,32%, como já verificado na tabela 24, das que tiveram o menor número de consultas foram 37(38,14%). Segundo Brasil (2004) os exames de acompanhamento, exame citopatológico deve ser realizado 6 meses após o procedimento cirúrgico e os casos com margens livres de neoplasia são seguidos no Hospital do Câncer do INCA, sendo realizado o primeiro exame citopatológico de controle passados 6 meses do ato operatório. Se este exame for negativo para NIC, a paciente será encaminhada ao Posto ou Centro de Saúde ou Hospital de origem. Já os casos com margem acometida e com exame citopatológico positivo para NIC após 6 meses do ato operatório, são indicadas a re-CAF ou a reconização.

Exames citopatológicos de controle semestrais são feitos durante um ano, após o que se decide sobre a continuidade do seguimento ou o reencaminhamento para o Centro de saúde ou hospital de origem. Quanto à periodicidade preconizada para a realização do exame Papanicolaou é, inicialmente, 1 exame por ano. No caso de 2 exames normais seguidos (com intervalo de 1 ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada 3 anos. Em caso de exames com resultados alterados a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo médico que a acompanha (BRASIL, 2004).

Embora outras possibilidades de interpretação nos aspectos epidemiológicos ainda fossem possíveis para este estudo, espera-se, contudo que as informações obtidas até o momento tenham sido suficientes para subsidiar e também complementar a continuidade deste trabalho no enfoque qualitativo, visto a seguir.

4.2 O DESPERTAR DA CONSCIÊNCIA: AS REPRESENTAÇÕES DAS MULHERES COM ALTERAÇÃO NO PAPANICOLAOU

A discussão dos dados qualitativos é apresentada em dois momentos. Inicialmente foi identificado o perfil bio-social das entrevistadas. A justificativa deste se dá, porque no perfil quantitativo, muitos dados sobre a escolaridade e ocupação foram ignorados por falta de registro, deste modo foi oportuno um resgate dessas informações na entrevista.

O total de mulheres entrevistadas foram 10, de acordo com o quadro 10.

QUADRO 10 - PERFIL BIOSOCIAL DAS ENTREVISTADAS.

	FREQÜÊNCIA	%
IDADE		
< 30	1	10,0
30-39	4	40,0
40-49	4	40,0
>50	1	10,0
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteira	-	-
Casada	7	70,0
Separada	1	10,0
Amigada	1	10,0
Viúva	1	10,0
RELIGIÃO		
Católica	4	40,0
Evangélica	5	50,0
Outros	1	10,0
EDUCAÇÃO		
Analfabeta	1	10,0
Sabe ler	2	20,0
1º grau incompleto	4	40,0
1º grau completo	1	10,0
2º grau completo	2	20,0
OCUPAÇÃO		
ACS*	1	10,0
Manicure	2	20,0
Balconista	2	20,0
Do lar	2	20,0
Zeladora	1	10,0
Diarista	2	20,0

*ACS - Agente Comunitário de Saúde

A entrevista possibilitou às mulheres que participaram deste estudo falar sobre a sua história na prevenção do câncer de colo de útero e, deste modo, expor a

trajetória vivida, situando a frequência da realização do exame e qual a importância dada a este em suas vidas, considerada a ordem das prioridades.

Falaram sobre as suas impressões ao receberem o resultado com alteração, e como reagiram a partir das explicações do profissional da saúde e sobre a adesão ao tratamento.

Ouvir as mulheres sobre as suas trajetórias, permitiu observar o contexto em que se situavam, pois, ao falar de si, falaram do ser humano quando é assistido e quando assiste, transmitindo desse modo seus anseios, medos e limites advindos desta interação.

O referencial teórico das representações sociais possibilitou à autora lançar um olhar sobre o discurso de modo a reconhecer, nas ancoragens feitas por elas para compreender ou justificar o que era desconhecido, as representações que emergiram dos seus discursos. Estas foram abrigadas em categorias, e nominadas como: invasão do corpo, o despertar da consciência, animal silencioso e o guardião da vida, e são apresentadas no quadro 11:

QUADRO 11 - CATEGORIAS E REPRESENTAÇÕES

Categorias	Subcategorias
Invasão do Corpo	Relação com o corpo Sinais e sintomas como definidores de anormalidade Vergonha
O despertar da consciência	Confiança no serviço Sinais e causas do adoecimento
Animal silencioso	Medo da morte Reencontro com entes queridos
Guardião da vida	Proteção Garantia de saúde Imunidade à doença

4.2.1 Invasão do corpo

Esta categoria foi composta pelas representações do exame Papanicolaou nas perspectivas da **relação com o corpo** antes do adoecimento, durante a suspeita deste, e como meio de diagnóstico. Apresentaram-se de acordo com a sua história e a motivação que tiveram para a realização do exame. Deste modo, para algumas o exame era normal em suas vidas, mesmo que demorassem um pouco, mas sempre procuravam fazê-lo.

Para outras, no entanto, a procura do médico se deu por estarem apresentando sinais ou sintomas que as afetavam profundamente, interferindo em suas vidas, como dor, sangramento ou pré-natal, com os sinais e sintomas da gravidez. Esta relação foi evidenciada nas suas falas ao lembrarem como cuidavam da saúde, quando se admitiram relaxadas ou descuidadas ou por pensar que nada iria acontecer.

(...) Eu demorei, nunca fui no medico, ah! fui bem relaxada por sinal,(pausa) e a mulher do posto disse: a senhora mora na cidade! parece que não vê televisão! se morasse no mato a gente até entendia, ri...(...) .Eu só fui no medico pra ganhar a minha última filha, o raspo do taxo.(O exame)Eu sabia, a vizinha dizia: vai no posto. Quando começou a descer, cada um dizia uma coisa, que era menopausa (...) Eu achava que nunca ia acontecer nada comigo (E-9) 59 anos.

Essas observações também foram feitas por Rossi e Santos (2003) em um estudo sobre as repercussões psíquicas do câncer de mama em mulheres, quando se viam diante da possibilidade do adoecimento ao perceberem alguma alteração nas mamas, como a presença de nódulos e procuraram negá-la. Deste modo, é como se procurassem não pensar sobre o assunto, acreditando assim, estarem a salvo das inquietações e emoções geradas pela aceitação da possibilidade de um dia se verem afetadas pela enfermidade, negando a temida realidade, antes mesmo da sua objetivação e confirmação pelos laudos diagnósticos.

A procura do médico poderia levar à constatação da doença, que ao ser descoberta, não poderia mais ser negada; no entanto esse conhecimento poderia ser postergado, ou seja, a procura pelo profissional da saúde seria evitada o tempo que fosse possível, como se observa nas narrativas a seguir.

Eu colhi o primeiro preventivo depois que eu tive as crianças. Antes eu não tinha muita necessidade. Tive duas crianças. Dois partos normais. Tudo começou com um corrimento com cheiro de bacalhau. Um cheiro bem forte que me incomodava, fiquei dois dias com aquele corrimento, não agüentei e, me incomodava, aí eu não agüentei. Meu preventivo estava atrasado dois anos.. Ai eu fui à ginecologista. Como eu não sentia nada, era totalmente normal, só fui por causa do corrimento (E-5) 36 anos.

Considerando os resultados quantitativos do perfil das mulheres (tabela12), as suas falas não os contradizem. De acordo com os mesmos, a maioria teve a alteração do seu exame Papanicolaou diagnosticada em uma visita ao médico por haver queixas ginecológicas. Essas mulheres não buscaram saber da sua doença antes da manifestação dos sintomas, o que reforça a existência de uma crença segundo Kastenbaum (1983), de que a ausência de diagnóstico significa que não há doença, como já visto no referencial teórico sobre as representações da doença.

Desta forma, os motivos podem antecipar ou retardar a procura pelo médico e segundo Boltanski (1989), a resposta das pessoas quanto à necessidade do médico, varia de acordo com a classe social e os recursos disponíveis para os cuidados com a saúde, determinando a percepção e a tolerância quanto às sensações mórbidas.

Outro aspecto é a culpa, que resulta em castigo ou punição, que neste caso é a doença. As enfermidades estão relacionadas ao temor a Deus, e seus desígnios também foram e ainda são explicações para o que não se pode compreender. Sevalho (1993) refere-se aos aspectos da representação das doenças ao longo da história, como maldições ou castigos divinos.

Neste relato, além da culpa, são colocadas as circunstâncias em que a dor aparecia, ou seja, quando E-7 se deslocava de ônibus para o trabalho de doméstica, e quando mantinha relações sexuais com o marido. Os sintomas estavam dificultando o desempenho dos papéis como mulher e trabalhadora.

Colhia (o preventivo) às vezes, falhava 2 anos, mas sempre dava, infecção, infecção. Eu tenho cinco filhos e quando eu tive a S. que é a penúltima filha, o médico me examinou disse que eu tinha uma feridinha e eu tratei com pomada. Daí eu não engravidei!!! **mesmo tomando pílula!!!** Depois eu fiz laqueadura e (...) eu não sentia dor por isso que eu não ia talvez tenha sido minha culpa. Quando eu comecei a sentir minhas dores eu ia ver. Eu tenho uns preventivos guardados. Foi esse ano mesmo que eu comecei a sentir (dor) quando andava de ônibus e quando tinha relação que piorava cada vez mais (E-7) 37 anos.

Para Dejours (2000), só neste momento, quando a doença impede o trabalho, a mulher sai de uma posição defensiva em relação ao adoecimento, pois o corpo só pode ser aceito no silêncio dos órgãos; somente o corpo que trabalha, o corpo produtivo do homem e o corpo que trabalha da mulher são aceitos; tanto mais aceitos quanto se tiver necessidade de falar deles. A atitude em relação à dor é, neste sentido, exemplar, pois falar do corpo doente é mais fácil do que falar do corpo que se sente bem.

De acordo com INCA (2005), apesar do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero, contar com ações preventivas, divulgação e coleta do exame para detecção precoce das lesões pré-cancerígenas em todo o território nacional, os relatos revelam uma desvalorização do exame por parte das mulheres entrevistadas devido ao desconhecimento quanto à sua utilidade. Em contrapartida, uma supervalorização dos **sinais e sintomas como definidores de anormalidade**, o que influenciou na procura tardia pelo médico. Neste caso, o preventivo foi realizado por iniciativa do profissional da saúde de acordo com a necessidade e prioridade estabelecidas por ele.

Assim como a doença motivou a procura dessas mulheres pelo serviço de saúde, para outras foi a gravidez. Uma mulher relatou como foi esse aspecto da sua trajetória, pois teve 9 gestações, 8 partos normais e uma cesariana, sendo a data do último parto há 8 anos:

Dos 3 (filhos) que eu tive (no hospital) eu fiz o pré-natal (...) não nunca fizeram, (o preventivo no hospital), quando eu descobria que tava, (grávida) o nenê já tava grande e não dava mais pra fazer, não tinha como fazer (E-1) 46 anos.

Apesar desta explicação quanto à não realização do Papanicolaou durante a sua gravidez, sendo ou não fruto da imaginação da mulher, ou com o propósito de diminuir sua culpabilidade por não tê-lo realizado, o fato é que o exame deixou de ser feito. E essas oportunidades, que poderiam ser as únicas para o comparecimento ao serviço, com vistas ao cuidado de si, mesmo se tratando do binômio mãe-filho, não foram aproveitadas.

Com o propósito de elucidar alguma dúvida a respeito da realização do exame ginecológico na gravidez, bem como a realização do exame Papanicolaou,

foi oportuno buscar na literatura argumentos facilitadores. De acordo com um estudo para analisar o conteúdo vaginal utilizando o exame citológico a fresco na primeira consulta do pré-natal em mulheres com ou sem queixas genitais e correlacionar os resultados com os encontrados na citologia corada pela técnica de Papanicolaou, o autor, ao apontar os resultados satisfatórios, faz a seguinte recomendação: “A utilização da colpocitologia corada na rotina pré-natal como método propedêutico é importante para sinalizar agressões viróticas, como as do papovavírus e do herpesvírus, as atipias indeterminadas e as alterações displásicas e neoplásicas” (SILVA FILHO 2004).

Diante de tal orientação, a coleta do exame Papanicolaou deve ser feita na gravidez mesmo que o tratamento seja realizado logo após o parto. De acordo com as normas do MS (1988) o início do pré-natal, não só é considerado como uma oportunidade para a coleta do Papanicolaou, como na consulta de pré-natal deve se proceder a coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme o Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama.

A importância do exame Papanicolaou, principalmente para mulheres que procuram o serviço de saúde somente durante o pré-natal pode ser constatada no depoimento emocionado de uma mulher:

Nunca tinha feito um preventivo antes. Se não fosse a minha filha eu não teria descoberto. Eu só fui fazer o tratamento quando ela estava com dois meses (...), pois não dava pra fazer tratamento, era só controle por causa da gravidez. (E-8) 32 anos.

O desconhecimento sobre a coleta do exame Papanicolaou pode alimentar a crença de que se trata de um procedimento invasivo e, portanto perigoso para o feto. Esta idéia, aliada à dificuldade dos profissionais frente à insegurança das gestantes em aceitar o exame, pode resultar neste tipo de afirmação, como observou Tsunechiro et. al (2002) “Colhi quando grávida, foi um pouco incômodo e quando cheguei em casa tinha sangrado um pouco e eu voltei correndo preocupada”.

Além dessas ancoragens para explicar o porquê de não ter buscado a prevenção com antecedência, apareceu, em várias falas, o sentimento explícito de **vergonha** em realizar o exame. A vergonha, segundo Michaelis (1998) é o sentimento de desgosto que excita em nós a idéia ou o receio da desonra. Em

outras palavras, no caso da mulher, é o medo de ser classificada ou corresponder a alguma categoria a qual possa depreciá-la.

Entende-se que a manifestação da vergonha pode ser uma resposta ou mensagem que sinaliza a categoria em que se está, ou seja, sentem vergonha os tímidos, puros, ingênuos, as crianças em determinadas circunstâncias, as pudicas. De acordo com a revisão de literatura deste estudo, segundo Tenório (1996), a igreja encarava a sexualidade da mulher como um ato de perversão, sinônimo de decadência moral. Esta, para ser digna, deveria ser “pura”, e para isto, deveria eliminar quaisquer marcas de carnalidade e de prazer sexual.

Em relação ao gênero na exposição do corpo, mulheres referiram sentir vergonha quando homens as examinam considerando ser melhor quando o exame é feito por uma mulher. Supõe-se que no exame ginecológico realizado por mulheres há maior igualdade e menor necessidade de representar. Carvalho e Furegato (2001) verificaram que a preferência é por examinador do sexo feminino. Esta aparece com uma possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamento do corpo, ou seja, de quem se pode esperar compreensão.

No exame feito por um homem, a mulher precisa lidar com as relações de poder masculino sobre o feminino já vistas neste estudo ao permitir o exame do seu corpo.

A diferença de classe social da mulher em relação ao profissional que a examina pode ser um motivo de vergonha. De acordo com Boltanski (1989) presume-se que a postura de uma pessoa de classe superior, mais jovem ou com palavras que não fazem parte do vocabulário popular, causam retraimento e timidez em quem é examinado.

Conforme foi colocado no referencial teórico, para Merighi, Hamano e Cavalcanti (2002) o exame preventivo é constrangedor como foi para estas mulheres devido ao número de alunos na sala de exames, ou o examinador ser do sexo masculino o que as fez sentirem-se retraídas, envergonhadas e humilhadas, como um objeto de estudo.

É meio incomodo, a gente fica com vergonha de abri a perna, mas eu acho importantíssimo. (pausa) a pessoa nem te conhece. Você vai abri a perna pra quem nem te conhece pra por coisa dentro, coisa que você não consegue vê. O pior dia foi aqui, foi o **pior**, tinha 5 homens

e 3 mulheres (na sala) meu Deus do céu, eu cobri meu rosto. Você não está acostumada. Aí você, fica sem preparo. Por mais que você saiba, você fica meio retraída. Na hora de por o espelho ela disse para eu relaxa e você não consegue relaxa. E como relaxa com 8 pessoas te olhando? Você fica retraída (E-4) 27 anos.

Eu acho meio chato, eu não gosto, eu tenho muita vergonha, a gente vai porque a gente tem opinião. Mas eu não gosto muito, eu tenho muita vergonha se eu pudesse eu não ia. Mas faz o que!! Eu sou uma pessoa muito tímida, de mulher eu não tenho vergonha. Se eu pudesse, eu pegava só ginecologista mulher porque de homem eu tenho **muita** vergonha. Tenho vergonha dos rapazinhos. Só de vê aqueles rapaz a gente desiste. (E-3) 45 anos.

Nunca fui antes fazer o exame por descuido, fui deixando por vergonha, sei lá, muitas mulheres tem vergonha. A gente se sente humilhada, vergonhosa. Pro profissional é normal e pra gente, fica muito constrangida. (E-8) 32 anos.

Os relatos apresentados são de mulheres que de algum modo entraram no fluxo de atendimento da saúde pública e, apesar de todas as dificuldades encontradas, prosseguiram chegando ao momento da revelação do resultado, conforme é apresentado a seguir.

4.2.2 O despertar da consciência.

Para a maioria das mulheres, receber o resultado do Papanicolaou inicialmente não causou impacto, pois a reação foi de acordo com as informações recebidas e na dimensão dada ao problema, naquele momento, pelo profissional, assim como na confiança depositada neste. A maioria referiu ter recebido informações sobre o significado do resultado e a importância do tratamento, naquele momento.

Deste modo, as representações do resultado foram: **a confiança no serviço** e quando encaminhadas para a biópsia, as representações foram que o resultado significava **sinais e causas do adoecimento**.

Segundo Boltanski (1989), as explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social e nível de instrução, como no caso da mulher que recebeu o resultado e foi encaminhada para uma unidade de referência e aguardou durante dois anos sem ter sido chamada. Ao comparecer ao posto de saúde para o acompanhamento no programa do hipertenso, dois anos mais tarde, o profissional que a atendeu, procurou conhecer a sua situação de prevenção

do câncer do colo do útero. Ao saber que ela ainda estava aguardando, procedeu a novos encaminhamentos, os quais transcorreram normalmente:

Foi em 2001, eu fiz o preventivo aqui no postinho, aí deu alteração, aí eles me encaminharam pra um... especialista lá do postinho do Sítio Cercado, que... deu, deu essa alteração aí, aí eu fiquei esperando dois anos... Ah! (E-3) 45 anos.

Neste caso, a confiança depositada no serviço que providenciaria o encaminhamento solicitando o seu comparecimento em uma determinada data, levou-a a aguardar pacientemente durante dois anos sem procurar saber o que poderia estar acontecendo com o seu agendamento.

Esta situação poderia tê-la levado a interpretar o tempo de espera como normal, pois desconhecia os caminhos. Rasia (s/d), em relação às mulheres com câncer, coloca que devido a sua condição e frente ao tratamento desconhecido acreditam que qualquer situação que envolva um procedimento médico pode ser identificada por elas com o tratamento, porque se encontram em uma posição subjetiva que as impossibilita de saber dele. Neste caso, aguardar o agendamento pode também fazer parte do tratamento.

Outra representação a respeito do exame preventivo pode ser conhecida na procura das causas, como no caso de E-4 que recebeu o resultado do preventivo alterado com presença do HPV. Para uma mulher que recebeu informações sobre o vírus e o seu modo de transmissão, considerou que a infecção se deu durante um período em que estivera separada do marido, quando ele teria se envolvido com outra pessoa. Diante disso, acreditou ter sido traída durante a separação. Este fato foi mais impactante que a possibilidade do câncer, em um primeiro momento:

A infecção pelo vírus HPV pode ser compreendida como a AIDS, pelo modo de transmissão. Segundo Minayo (2004), no imaginário social é uma consequência dos comportamentos recrimináveis da humanidade.

Fui no convênio. Lá disseram que deu HPV, e foi um baque pra mim, meu marido tinha saído de casa, mas mesmo assim foi difícil aceitar por que eu não tinha tido ninguém. Ele teve. Só não deprimi porque tinha minha filha pra cuidar, se não eu não tinha aguentado(...)Foi maior a decepção. Você ama, você acha que a pessoa vai te respeitar, daí você fica desanimado. Se eu tivesse de outra forma não com o HPV não seria tanto, se eu tivesse o NIC mas não pelo HPV, por uma doença sexual, eu não ficaria tão abalada (E-4) 27 anos.

Ser avisada em casa sobre a consulta não despertou preocupação porque não sabia do que se tratava como referiu E-8, ao saber da sua consulta agendada para a unidade de referência antes mesmo do recebimento do resultado:

O pessoal do posto foi me avisar em casa que eu tinha uma consulta no Hospital das Clínicas (...) na hora eu não senti quase nada porque não sabia o que era (E-8) 32 anos.

Saber o resultado significou muito para ela, porque estava grávida, mas preferiu a angústia na gestação a ficar sabendo quando fosse tarde demais para o tratamento:

(...) O maior nervoso foi quando soube que o NIC 2 era um pré-câncer. Em cinco anos eu poderia ter um câncer, chorei bastante, saí do consultório chorando e não conseguia falar. Ainda choro quando penso nisso, começa a chorar. (...) Hoje choro de alegria. Estava grávida e tinha muito medo que o nenê tivesse alguma coisa, pois não dava pra fazer tratamento, era só controle por causa da gravidez. Se não fosse a minha filha eu não teria descoberto. Pode por o nome dela aí, é Érica Vitória (E-8) 32 anos.

O tempo transcorrido entre a realização do exame Papanicolaou que resultou no encaminhamento para a primeira consulta no HC foi de 30 a 60 dias para a maioria das mulheres encaminhadas de acordo com os dados quantitativos deste estudo. Considerando que a realização da biópsia se deu no mesmo dia da primeira consulta no HC, também para a maioria das mulheres, o tempo entre a data da realização do preventivo e a biópsia foi o mesmo.

O médico me chamou e disse: "E. deu uma alteração, uma inflamação aqui e eu vou ter que te encaminhar para um especialista nas Clínicas, eu acho que você vai ter que fazer uma cirurgia". Ai, eu... quando ele falou biópsia... eu comecei a chorar, eu fiquei louca, fia, na frente dele, porque biópsia pra mim.... Eu fiquei muito desesperada ate o dia de vir aqui porque é demorada a consulta, demorei mais de trinta dias pra conseguir a consulta aqui, até aqui eu estava muito nervosa. Cheguei aqui, fiz a biópsia e.... (E-10) 47 anos.

A partir da consulta no hospital houve maior clareza quanto ao resultado. Foi o despertar da consciência para o significado do exame preventivo para algumas mulheres que associavam a realização da biópsia a uma doença grave. Para essas mulheres, o tempo até o resultado demoraria mais a passar, pois temiam pelo resultado. Aquelas que dependiam da orientação médica para conhecer o que

estava acontecendo com elas, ficaram satisfeitas com a explicação de que deveriam esperar a biópsia para saber o resultado final.

Em todos os casos, o tempo que as mulheres aguardaram pelo resultado da biópsia foi de 1 a 2 meses para a maioria das mulheres, de acordo com os dados quantitativos (tabela 19 e 20) apresentados anteriormente:

... uma coisa, mas e depois com a biopsia. Fiquei muito arrasada porque a minha sogra tem câncer e eu cuido dela, eu vejo o sofrimento dela (E-5) 36 anos.

... fui fazer, (o exame) acho que em fevereiro ou março daí quando eu fui pegar o resultado em junho ou julho deu lá que tinha uma... O médico falou que ia me encaminhar só pra não ter encargo de consciência. Eu vou encaminhar só pra você ir lá só pra uma sonografia, não sei, mas que não era nada. Mas era pra eu vim tranqüila que não tinha nada. Ai eu vim, não conseguiram detectar o que eu tinha e fizeram uma biopsia no mesmo dia. Com 20 ou 30 dias eu vim e peguei o resultado, ela falou que era uma célula maligna que tinha que fazer cirurgia aí eu meio branqueei. Eu perguntei: é câncer? (E-6) 38 anos.

4.2.3 Animal silencioso

Ao receberem o resultado da biópsia, todas as entrevistadas tiveram a confirmação de uma alteração, podendo ser NIC ou carcinoma. A orientação para todas foi de que precisavam do tratamento cirúrgico para evitar que a lesão evoluísse para o câncer. Nestes casos, as representações sobre esta forma de adoecimento influenciaram suas reações.

Mesmo sabendo que a doença poderia ser evitada, houve susto, pavor e preocupação pelo **medo da morte**. Aquelas que diante da explicação do profissional imediatamente ancoraram esta forma inicial de câncer à forma de adoecimento conhecida por elas anteriormente, apresentaram sentimentos angustiantes.

Esta percepção em relação à doença adquire uma forma e um modo de agir que independente da vontade age como um animal silencioso e devorador que investe pelas entranhas da pessoa, até matá-la. Para Sontag (1984), as principais metáforas são aquelas que se referem à topografia, pois o câncer se espalha se prolifera ou se difunde e os seus tumores são extirpados. Assim, a consequência mais temida desta doença, antes da morte, é a mutilação ou amputação de uma parte do corpo.

A mesma autora ainda mostra que, de acordo com suas pesquisas das metáforas sobre o câncer, a relação com a morte é uma das mais frequentes. Segundo Chevalier e Gheerbrant (1998), a morte designa o fim absoluto de qualquer coisa de positivo: um ser humano, um animal, uma planta, uma amizade, uma aliança, a paz, uma época. A morte simboliza o aspecto perecível e destrutível da existência. No sentido psicológico, ela liberta das forças negativas e regressivas, ela desmaterializa e libera as forças de ascensão do espírito.

Ah, O câncer pra mim é assim uma doença que vai e forma um tumor né ou então uma doença que vai comendo a pessoa por dentro até mata, né.. (E-1) 46 anos.

Que eu entendo o câncer é uma doença meio incurável, pra pessoa eu sei lá, não entendo muito bem dessas coisas, mas o que a gente vê as pessoas fala. Se agente trata no começo, ainda tem, mas se demora, se for espera nem adianta fazer tratamento mais..Assim que as pessoas falam.. (E-3) 45 anos.

O câncer e uma coisa terrível, só quem está com ele pra saber. A gente vê várias pessoas. Eu vejo as pessoas definhar. Por isso que eu fiquei meio apavorada, eu associei quando vi o NIC. Você fica assim quando você conhece. Por mais que você saiba que tem tratamento você pensa que com você não vai acontecer só se for desleixada. Ah não vai acontecer comigo por que eu sei. De repente te dá um tranco que você não sabe o que faz (E-4) 2º grau completo.

Ai fia, eu nem gosto de falar! Eu fiquei tipo depressão, ainda bem que as minhas duas, minhas filhas me apoiaram, eu rezava o tempo todo, meu Deus como eu sofri eu achava que tava mesmo com a doença, eu não gosto nem de falar o nome da doença achava que eu tinha que fazer quimioterapia. Quando eu via alguém sem cabelo, eu ficava apavorada, quase morri do coração (E-10) 47 anos.

A experiência vivenciada com o câncer que resultou na morte da filha, levou E-2 a fazer uma relação entre a doença e a morte, como sendo um passaporte para a outra vida, que facilitaria o **reencontro com entes queridos**. Neste caso, existia um conflito ao pensar que Deus poderia estar levando-a ao encontro da filha falecida com câncer, o que ela aceitaria fazer por ser um desígnio do Criador, porém sabia que para ela a morte naquele momento não poderia acontecer, pois precisava criar as netas que ficaram sem a mãe, ainda pequenas.

Mantovani (2001) aponta a religião como um suporte, uma ancoragem metafísica que justifica e acolhe por meio de explicações assimiláveis sobre a doença e os males.

Eu fiquei apavorada porque eles me falaram que era “plasia”, né. Eu tinha perdido minha filha com câncer e agora eu estava com a mesma coisa, por que é um câncer, né. Eu queria ir encontrar a minha filha, mas eu sabia que não podia ir ainda, eu falei com o Senhor que eu não queria ir, queria, mas eu não podia (...). Quem sou eu pra discordar do Senhor, se tivesse que ir eu ia, mas eu não podia. Eu tenho que cuidar das meninas (10 anos e 3 anos)” (E-2) 41 anos.

A preocupação com o início de um câncer gerou ansiedade, desejo de recolhimento e medo da recidiva. Dejours (2000) mostra a reação das pessoas ao adoecimento destacando a dificuldade em falar sobre o assunto e a tentativa de manter o silêncio não contando para ninguém, pois a doença tem uma representação de ser vergonhosa e as pessoas agem como se precisassem se desculpar por estarem com o problema, pois se sentem culpadas e julgadas:

Os conhecidos falam, vai cair o seu cabelo, parece que ficam esperando agente ficar careca (E-9) 59 anos.

4.2.4 O guardião da vida

O guardião, segundo Chevalier e Gheerbrant (1998), assemelha-se à figura do herói que é um “produto do conúbio de um deus ou uma deusa com um ser humano, o herói simboliza a união das forças celestes e terrestres. Mas não goza naturalmente da imortalidade divina, se bem que conserve até a morte um poder sobrenatural: deus decaído ou homem divinizado”.

Algumas mulheres falaram que sempre faziam os exames preventivos. A procura do profissional da saúde seria suficiente para afastar a possibilidade do adoecimento, uma vez que ir ao médico ou ao serviço de saúde seria a **garantia de saúde** de que precisavam. Neste caso, o guardião da vida estaria protegendo e evitando a doença:

Todo o ano eu fazia, de seis em seis meses.... E-4 (27anos)

Eu sempre fiz E-6 (38 anos)

Depois que eu casei e tive os filhos, eu ia sempre ao médico... (E-2) 41 anos.

O que o médico falar sobre a doença é de suma importância para o paciente que deposita irrestrita confiança em seu guardião, como mostrou E-3 ao receber o resultado do exame com alteração:

Eu esperei, eu acreditava que não era nada, eu nem me apavorei sabe, porque ela mesma (a médica) me explicou que talvez podia ser coisinha simples e ao correr do tempo sumia (E-3) 45 anos.

O médico falou que eu estava com uma ferida no útero e me explicou tudo direitinho aonde que tava localizada e fez até um desenho no papel. De cara que eu precisava fazer a biopsia estava com NIC 2 que já é um começo de câncer. O médico me explicou tudo sobre os NIC 1, 2, 3 e 4. eu estou contente porque eu estou bem consciente de tudo o que aconteceu comigo (E-5) 36 anos.

Eu fiquei dois anos sem fazer o preventivo e eu perguntei hoje pro médico, mas o médico disse que não tem nada a ver porque deu NIC 3 e ele disse que não tem nada a ver porque o NIC fica alojado, foi um NIC 3, mas o certo é fazer bem certinho (E-10) 47 anos.

Nestes casos, o profissional foi visto como aquele cuja missão estava em oferecer **proteção**, e a quem se depositaria a maior parte da responsabilidade pela saúde das pessoas, e por fim, seria delegado o poder absoluto por considerá-lo detentor do saber. Esta percepção vai ao encontro do pensamento de Boltanski (1989) quando expõe sobre a postura própria dos profissionais da saúde quando permitem que esta impressão seja causada e propagada.

Este modo de compreender a realidade não é compartilhado fora do meio acadêmico, criando com isso, dois mundos distintos, cujo trânsito se apresenta num sentido unilateral, pois implica o domínio deste universo reificado, que não é próprio das classes populares. Assim, a maioria da população com pouca instrução se coloca numa posição de submissão frente aos profissionais da saúde quando deposita sua vida em suas mãos.

Neste caso, E-9 sentiu desamparo por não conseguir identificar aquele que seria o profissional ou o seu guardião da vida e não compreendia o que estava acontecendo com sua saúde. Foi quando se desesperou:

Falaram que eu tava com tumor e precisava tratar. Primeiro eu fui indo assim e quando eu soube mesmo, que foi no HC, acho que foi em novembro quando a moça me deixou por último pra me dar a notícia. Quando eu fiz a curetagem, antes era só exame, exame e não tinha tratamento, remédios e eles só estudaram né. Sempre eles tinham as explicações entre eles, as palavras que eles entendem, números que a gente não entende nada, ficam

escutando e não fazem nada. Sempre a mesma coisa e nunca tinha remédio nenhum e me deu desespero, eu já tinha me incomodado em casa um tempo antes, aí me deu o desespero e eu comecei a chorar. Ali a moça falou: A senhora vai ter mesmo que opera porque o seu problema é maligno, provavelmente a senhora vai ter que tirar o útero(...)toda a semana era a mesma coisa com aquela moçada envolta da gente e o medico fica lá dentro, e o medico foi me atender só no dia que me deu desespero. É só aqueles mocinhos, ri...(E-9) 59 anos.

A explicação poderia estar no conceito que a população tem sobre a prevenção e cura das doenças e do papel dos profissionais da saúde como guardiões da vida e escudeiros aptos para impedir o adoecimento e **garantir a saúde**, com seus mecanismos e conhecimentos capazes de proporcionar ao paciente **imunidade à doença**.

Acredita-se que embora o deus seja reconhecido naquele que detêm o poder sobre a vida e a morte, há um momento em que a fragilidade inerente ao ser humano deixa cair a máscara do divino, e vem à luz a verdadeira face do herói. Neste momento em que a doença é maior que as forças para combatê-la vem a decepção frente àquele que deveria impedir o mal, mas não o faz, e então é criticado e visto como um mau profissional, pois o guardião não pode errar como um ser humano, considerada a sua porção divina.

Quando E-5 falou do câncer, mostrou sua tristeza porque ainda não foi encontrada a cura para muitas formas da doença. Ela esperava mais da ciência e dos pesquisadores, e frente ao que foi dito, compete ao guardião da vida encontrar as soluções para que as pessoas possam superar, não só a dor, mas o desamparo diante da morte.

Apesar da fé e outros mecanismos utilizados pelo ser humano para tentar explicá-la, a morte constitui um motivo de muito sofrimento e inconformismo pelo que representa.

Acho uma doença terrível ainda não acharam a cura, no útero quando é no útero você tira o útero e ta resolvido, mas no osso não tem o que fazer, tem o tratamento para amenizar o sofrimento das pessoas. Eu fico muito triste com isso eu acho que eles tinham que avançar mais, pesquisar mais sobre isso. Não tem cura, acho que eles se preocupam com tanta coisa... o tratamento pra amenizar vai prejudicando o corpo da pessoa causa outras coisas como cirrose, cirrose não tem cura, a pessoa acaba morrendo de outras coisas por causa do tratamento (E-5) 36 anos.

A partir do perfil da mulher que recebeu o resultado do exame preventivo com alterações apresentado neste estudo primeiramente na perspectiva quantitativa e depois por meio das falas de onde emergiram as representações as quais o testemunharam, conferindo a este uma forma humana, da mulher que trabalha dentro ou fora do lar, tem filhos, e se preocupa com seu papel sexual.

Observou-se a influência deste perfil na decisão da mulher quanto ao cuidado de si. A influência, neste caso, foi observada principalmente na postergação da ida ao médico, para primeiramente atender às necessidades materiais ou afetivas da família ou do trabalho.

Todas buscaram o tratamento para os seus males, conhecendo ou não as implicações desta decisão. Despertaram para esta necessidade, após receberem as informações necessárias quanto ao significado das alterações do exame Papanicolaou. O conteúdo dos discursos das mulheres mostra um pouco o despertar para o cuidado de si que pode ser observado nas reflexões feitas por elas sobre os efeitos da doença em suas vidas, no trabalho, dentro ou fora do lar, no seu desempenho sexual.

Eu tenho emprego fixo, atendo cliente em casa, atendo a domicilio, faço artesanato e faço o trabalho de casa acho que por isso que eu esqueci de mim, mas eu não vou mais fazer isso comigo (..) quando fui pro centro cirúrgico eu não sei nem como foi minha anestesia. Fui pro oxigênio porque passei muito mal. Fumei 10 cigarros no dia da cirurgia. Fui pra casa morrendo de dor de cabeça e tive que voltar por causa da dor (...) tive hemorragia porque a médica disse pra eu voltar a trabalhar na segunda mas eu voltei no sábado, eu sou autônoma não posso ficar dormindo. Tive uma hemorragia. As pessoas pensam que não tem corte, vai trabalhar. Peguei o carro e fui trabalhar, demorei meses pra me recupera (E-5) 36 anos.

Eu não achava tempo pra mim, acho que sou muito preocupada com casa, comida, roupa, cuidava das crianças e crianças de fora, filhos das professoras, então eram as crianças, a casa e a comida. Na época eu estava com 5 criancinhas pequenas que eu cuidava. Sempre junto comigo (E-9) 59 anos.

Agora eu falo pro meu marido usar camisinha e antes eu não me importava (E-4) 27 anos.

Eu pedi para fazer um preventivo e o preventivo veio; eu perguntei pro médico se deu alguma coisa porque, eu andava sentindo muita dor quando eu tinha relação, meu Deus, meu Deus, eu vinha pra trabalhar de ônibus, quando o ônibus passava num buraco eu sentia, doía lá no fundo, um choque lá dentro (E-7) 35 anos.

É uma ignorância da gente, né, faz 7anos que ele faleceu; quando eu vivia com o marido eu fazia direitinho depois que ele morreu, eu relaxei porque não fazia mais sexo, que ignorância minha! (E-10) 47 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurar conhecer o perfil das mulheres que se submeteram ao tratamento devido às alterações no exame preventivo do câncer de colo de útero, nos aspectos quantitativos, por meio da investigação epidemiológica, e também as representações sobre o resultado do exame Papanicolaou por meio da análise do discurso das mulheres, exigiu um aporte teórico que contemplasse essa necessidade.

Assim, para desenvolver o estudo nas duas perspectivas visando a uma complementaridade, foram buscados conhecimentos que pudessem conduzir a pesquisa e posteriormente a análise dos resultados neste sentido. Deste modo, foram utilizadas noções sobre o adoecimento, situação epidemiológica do câncer e conceitos das diretrizes e orientações do Ministério da Saúde, INCA e demais trabalhos que contribuíram na compreensão desta trajetória do ponto de vista, do que é esperado, em conformidade com as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Para compreender a trajetória a partir das narrativas das mulheres, foram utilizados conceitos das representações sociais.

O estudo epidemiológico permitiu que fossem identificadas lacunas de tempo que evidenciaram a demora entre a realização do exame preventivo do câncer de colo de útero e o início do tratamento. Os dados forneceram indicações do motivo, como exemplo a procedência das mulheres. Para a maioria, cujo local de moradia era distante do serviço, na região metropolitana e outros municípios do estado do Paraná, houve demora em retornar para as consultas de acompanhamento pós-cirúrgico.

Acredita-se que esta demora no atendimento se deva à insuficiência de recursos para a assistência de saúde à mulher nestas localidades. Isto sugere que ainda são necessários investimentos no SUS, em recursos humanos capacitados com equipes multiprofissionais para que as mulheres não necessitem percorrer grandes distâncias para obter o tratamento.

Observou-se neste estudo que a maioria das mulheres esteve exposta mais tempo aos fatores de risco para o câncer de colo de útero, devido ao início da vida sexual precoce, ou seja, antes dos 20 anos. Constatou-se essa realidade ao verificar-se que jovens apresentaram infecção pelo vírus HPV tendo que submeter-

se a conização ou CAF ainda na adolescência, o que exige um acompanhamento posterior freqüente a saúde da adolescente, para evitar danos maiores.

Embora a ciência procure por meio da pesquisa buscar soluções como a vacina contra o HPV, considerado o seu potencial protetor na prevenção da maioria dos casos de câncer de colo do útero, em relação à saúde dos adolescentes o desafio ainda é muito grande, considerando a fase de vida na qual os jovens vêm aflorar sua sexualidade e contam com mecanismos da natureza que os transformam e impulsionam para o desenvolvimento sexual. Neste caso, entende-se que a educação em saúde para os adolescentes deve ser uma prioridade dos programas de saúde, escola e em todas as oportunidades onde estes estejam presentes.

De acordo com os dados do MS utilizados no referencial teórico, foi observada por meio de inquérito domiciliar realizado no ano de 2003 em 15 capitais brasileiras, inclusive Curitiba, que a procura pelo SUS para a realização do exame preventivo é menor que a procura pelo sistema não SUS, apesar das ações programadas como o PAISM e o Viva Mulher, para captar a mulher e oferecer a prevenção do câncer de colo de útero e o tratamento.

Embora o INCA (2005), considere o exame Papanicolaou como um método eficaz para a detecção precoce das lesões precursoras do câncer e os tratamentos impeçam o avanço das mesmas, interrompendo a evolução da doença, observou-se, neste estudo, que a falta de informação levou as mulheres a reconhecer no exame um modo de impedir o adoecimento, ou que o fato de fazê-lo anualmente seria suficiente para impedi-lo.

Embora a dificuldade de acesso tenha sido verificada no estudo quantitativo, na análise do discurso das mulheres os motivos aparentes foram atribuídos por elas às dificuldades em relação à vida pessoal, trabalho, falta de informação, vergonha, relaxo e descuido. Por isso, procuraram o serviço de saúde quando apresentaram sinais e sintomas que as impediram de trabalhar ou exercer suas atividades normais como mulher, donas de casa ou trabalhadoras. Os dados que confirmam esta observação foram verificados de modo objetivo, quando analisados os motivos da procura pela consulta na unidade de saúde.

Quanto aos motivos para o encaminhamento ao HC, os dados quantitativos mostraram que a maioria se deu por alterações no exame preventivo, visto que houve também situações de encaminhamento consideradas como emergências por

que havia presença de sangramento e dor. De acordo com o que foi observado nas narrativas, as mulheres que passaram por essa experiência, nunca ou raramente, realizaram o Papanicolaou ou quando o fizeram, apresentavam alterações freqüentes.

Considerando que o pressuposto deste estudo, as representações da doença frente ao resultado alterado influenciariam no tratamento, observou-se que isto não se confirmou, pois a maioria das mulheres desconhecia o significado da alteração do preventivo até que o médico as informasse sobre as conseqüências se o tratamento não fosse realizado. Neste momento relacionaram o resultado às representações do câncer. Assim, ficaram evidentes as representações sobre o contexto vivido no que diz respeito ao adoecimento por câncer, aos profissionais e o tratamento dispensado por eles durante o exame ginecológico.

A maioria mostrou que a não procura pelo médico antes do adoecimento se deu por não apresentarem sinais ou sintomas que justificassem. De acordo com o que foi visto as informações obtidas por meio dos dados quantitativos e mesmo qualitativos, mostraram que as mulheres deste estudo precisaram de um motivo para essa consulta, ficando aparente a falta de informação como fator importante no processo de adoecimento.

Observou-se falta de registros considerados importantes para este estudo, como grau de escolaridade, condições econômicas e tabagismo, os quais poderiam contribuir para o aprofundamento no conhecimento do perfil epidemiológico dos sujeitos da pesquisa.

Considerando que novos estudos poderão ser realizados futuramente, recomenda-se que essas informações sejam contempladas no cadastro hospitalar e sejam criados mecanismos para sua atualização freqüente, para que possam servir como contribuições no âmbito da pesquisa científica. Deste modo, sugere-se que no cadastro do usuário sejam registradas e atualizadas informações a cada comparecimento, sobre a renda em salários mínimos, profissão, ocupação e grau de escolaridade.

Outra possibilidade seria uma ficha padronizada no prontuário que contemple esses dados, para que os profissionais a tenham como um roteiro a ser preenchido no momento da anamnese. Assim como existem perguntas que são inerentes a uma dada especialidade no atendimento à mulher, quando se pergunta

sobre a menarca, o número de gestações, paridade e outros, as questões sociais e econômicas também deveriam ser consideradas.

Certamente que outras sugestões poderão ser incluídas na medida em que este estudo venha a ser aproveitado, como na enfermagem, por exemplo, que poderá estar mais atenta a estas sugestões, juntamente com as demais categorias da saúde, de acordo com a competência de cada profissional.

Embora existam diferenças de atribuições e responsabilidades nas categorias profissionais, o caminho e objetivo são um só e este estudo representa a tendência atual da ciência que vislumbra em um paradigma emergente, uma preocupação humanista, pois rompe com a dicotomia entre as ciências sugerindo uma única ciência.

O estudo das representações despertou a expectativa em contribuir com a ciência no tocante ao conhecimento do ser humano, neste caso a mulher que precisa fazer o exame preventivo do câncer de colo de útero e detém o poder sobre esta decisão a partir dos seus conhecimentos anteriores e compreensão adquiridas nas orientações recebidas pela equipe de saúde.

Acredita-se que o estudo das representações sociais pelos profissionais de saúde e estudantes permita que o senso comum, próprio do universo consensual seja conhecido e utilizado, não apenas com o intuito de buscar o seu reconhecimento ou comprovação no meio científico, mas para a valorização das relações humanas e tudo o que as determina como, normas, convenções, crenças e valores.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, C.J. A abordagem estrutural das representações sociais. In MOREIRA, A. S., P. OLIVEIRA C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p.27-38
- AFONSO, J **Pólipo endometrial**. Disponível em: < <http://www.histeroscopia.med.br>> acesso em: 20 de nov.de 2005.
- ALMEIDA FILHO N; ROUQUAYROL. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2002.
- ANDRADE J.M. Rastreamento diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero. **Sociedade brasileira de cancerologia**, 2001. Disponível em: <http://www.projeto_diretrizes/030.pdf> acesso em: 10 nov. 2005
- ARENDT. H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BRASIL, MS. . **Diretrizes da política nacional de saúde da mulher**. Política nacional de atenção à saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.
- BROWN D. **O Código Da Vinci**: Rio de Janeiro: Sextante, 2005.
- BURD, M.E. Human Papilomavírus and cervical câncer. **Clinical Microbiology reviews**. v. 16, n.1, p.1-17, Jan 2003.
- CAMARANO A., BELTRAO I.K. IBGE/ENCE/IPEA. Nº.1/2000. **Perfil da população brasileira**. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/relatoriostecnicos> Acesso em: 13 de outubro de 2005.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARVALHO, M. L. O.; FUREGATO, A. R. F. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v: 3 n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 de dez.2004
- CITOCAMP. Classificação Internacional: Sistema Bethesda 1988-1991. Disponível em: <<http://www.citocamp.com.br/html/citocamp.asp>>. Acesso em: 01 fev. 2005.

CASTRO, T M.P.G., R. NETO, E., SCALA, K A. *et al.*. Oral manifestations related to papillomavirus (hpv). **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** v.70, n.4 p.546-550, Jul-Ago 2004, Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 de out. de 2005.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Programa Epi-Info6. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/about/default.htm>> Acesso em: 31 de janeiro de 2006.

CESAR J A; HORTA B.L.; GOMES G.; et al Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo de uterino no extremo Sul do Brasil. **Rev.Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19, n.5, p. 1365-1372 set - out. 2003.

CHEVALIER, J.GHEERBRANT, A. **Dicionário de Símbolos.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

COLLAÇO M.L. **Interpretação dos resultados do exame citopatológico.** Aula ministrada em Curitiba, Hospital de Clínicas, Departamento de Tocoginecologia em 17 jun.2005.

COSTA A.M. **O planejamento familiar no Brasil.** Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>> acesso em: 10 de out. 2005.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberto e criação. In MINAYO et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.p.51-66.

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo do Programa Viva Mulher. **Controle do câncer de colo de útero e de mama, 2002.**

D'OLIVEIRA, A. F. L.. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface Comunicação, Saúde, Educação,** v.3, n.4, p.105-122, fev. de 1999.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho:** Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 2000.

DIAS, A.E.A.D., DIAS N.E. E RIBEIRO C. de B.L. **Manual do câncer ginecológico.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

DIEESE. **Salário mínimo nominal e necessário.** Disponível em: < <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminnov05.xml> > Acesso em: 01 nov. 2005.

FACIONE, C.N. and GIANCARLO, A.C. Narratives of breast symptom discovery and cancer diagnosis: Psychologic risk for advanced cancer at diagnosis. **Câncer Nursing.** v.21, n.6 p. 430-440, 1998

FOCCHI J. MARTINS N. V. E CARDIAL M.F.T. Lesão Intra-Epitelial Escamosa / Neoplasia Intra-epitelial Cervical, acesso em:

<www.cervicolp.com.br/Atualizacao/> acesso em: 07/12/2004

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOMES, R. SOUZA, R.E. MINAYIO M.C.S. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação in: **Avaliação por triangulação de método**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fio cruz., 2005. p. 185-221.

GOMPEL, C. KOSS G.L. **Citologia ginecológica e suas bases anatômico-clínicas**. São Paulo: MIR, 1997.

GIFFIN. K. pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.18, p.103-112 , 2002.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2002**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>> acesso em 12 de dezembro de 2005.

INCA>Falando sobre o câncer de colo de útero. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/falando_cancer_colo_uterio/2002>. Acesso em 12 de Dez. de 2005.

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama Viva-Mulher. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo>. Acesso em: 11 de agosto de 2005.

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama Viva-Mulher. **Estimativas 2004**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003> Acesso em: 01 de fev. de 2004.

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama Viva-Mulher. **Estimativas 2005**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2005> Acesso em 01 de fevereiro de 2005.

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama Viva-Mulher. **Estimativas 2006**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2006> Acesso em: 30 de janeiro de 2006.

INCA, MS. **Inquérito domiciliar sobre Comportamento de Risco de Doenças Não-transmissíveis**. 2003 disponíveis em: < <http://www.inca.gov.br/conteudo>> e http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/detec_mama_colo.pdf> acesso em: 30 jun.2004.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais In: _____. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 1998.p.63-85

KASTENBAUM, R. AISENBERG , R. **A Psicologia da morte**. São Paulo: Pioneira, 1983.

KRUGUER, H. **Introdução à psicologia social**. São Paulo: EPU, 1986.

LEAL, E A S, LEAL JÚNIOR O S, GUIMARÃES M H. et. al. Cervical câncer precursor lesions in adolescent and young adult women of Rio Branco - Acre. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.25, n.2, p.81-86. Mar. 2003.

LINS L.N. **A cama na varanda**: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

LYMAN, H.G. Cancer epidemiology, prevention and screening **Primary care clinics in office practice**. v. 19, n. 3, p.465-479. Sept. 1992

MANDÚ, T.N. E, SILVA da B.G. A saúde-doença no olhar de mulheres. **Texto Contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v.6, n.1, p.219-245, jan./abr. 1997.

MANTOVANI, M.de F. **Sobrevivendo**: significado do adoecimento e o sentido da vida pós-ostomia. São Paulo, 2001.130 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MERIGHI M.A. B; HAMANO L.; CAVALCANTE L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v.36 n.3, p 289-96, set. 2002.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO M.C. S.; ASSIS S.G.; SOUZA. E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de método**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.p.19-51.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social in: _____. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p: 9-29.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NOGUEIRA S. Vacina protege 100% contra câncer de HPV. **Folha on-line**. São Paulo. 7 out.2005. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u13820.sh>. Acesso-7 de out.2005

ONU. **As grandes conferencias das nações unidas**. Disponível em: < <http://www.unicrio.org.br/> >Acesso em: 10 de dez.2005.

ONU. Beijing, dez anos depois: conferência internacional sobre a condição da mulher na sede da ONU. Disponível em: < <http://www.un.org/av/radio/portuguese/sgbeijing>> acesso em: 10 jul.2005

OPAS. **Doenças crônicas e degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/>> acesso em 12 set.2005.

PELLOSO, MS CARVALHO, M.D.B. HIGARASHI I.H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Rev. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v.26, n. 2, p.319-324, 2004.

PILETTI, PILETTI. **História e vida integrada**. São Paulo: Ática, 2002.

PIOLI, E. R.; OLIVEIRA, N. M. & REZENDE, A. G. Caracterização da demanda de pacientes com carcinoma de colo uterino no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 1984-1988. **Cad. Saúde Pública**. Out./dez. 1993, vol.9, n.4 p.421-427. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>citado 14 Out. 2005.

RAZIA, M, J. **As mulheres com câncer de colo de útero**: do dito e do não dito. Curitiba, UFPR, s/d, p.16

REZENDE. J.M.**Linguagem Médica**. Goiana: AB Editora. 2004.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVOIRE W. FREITAS F. MENKE C.H. **Rotinas em ginecologia**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

ROBERTO NETO, A. RIBALTA, J. C. LASCASAS, et al. Evaluation of the Methods Employed by the National Program of Uterine Cervical Cancer Control of the Brazilian Health Ministry. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.23, n.4, p.209-215. May 2001

ROSSI, L. SANTOS, M.A.dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. cienc. prof.**, v.23, n.4, p.32-41. dez. 2003

SANTOS B. S. **Um Discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais em saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-361, 1993.

SILVA FILHO, A. R. Fresh wet mount in pregnancy: correlation with Pap smears. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** V.26, n.7, p.509-515. Ago. 2004.

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

SPINK, J.M. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais: In GUARESCHI A. P. JOVCHELOVITCH. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1998.p.117-145.

TENÓRIO, I.M. **Representações sociais de mulheres: usuárias e profissionais de saúde sobre a prevenção do câncer ginecológico**. João Pessoa; 1996. 162 p. Dissertação (mestrado em enfermagem) para obtenção do grau de Mestre. Universidade Federal da Paraíba.

TRATADOS Hipocráticos IV. **Tratados ginecológicos**. Madrid: Gredos, 1988.

TSUNECHIRO, M. A., BONADIO, I.C, GARCIA, A.P. F.*et al.* O jogo educativo como recurso para prevenção do câncer de colo do útero. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8, 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 03 Fev. 2006.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003

WITHAKER, D. **Mulher & Homem - O Mito da Desigualdade**, São Paulo: Moderna, 1990.

APÊNDICES

Apêndice 1

ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS EM PRONTUÁRIOS

Dados de identificação:					
Idade:					
Profissão:					
Escolaridade:					
Menarca:			Início da vida sexual ativa (idade):		
Menopausa:			Obs:		
Gesta:		Para:		Cesarianas:	
Amamentação de cada filho: sim:			Tempo:		
Não			Por que: (causas relevantes)		
Uso de contraceptivos: sim			tipo		Tempo
Não					
Outros métodos					
DST:					
Uso do preservativo para prevenir DST					
Outras doenças					
Uso de álcool:					
Uso de fumo:		tempo início:		quantidade diária:	
Uso de drogas: tipo:		início:			
Medicamentos:					
Histórico da prevenção do câncer:					
Preventivo, (ordem) e motivo da procura pelo serviço	Idade	Data	Resultado(data)	Tratamento (data)	Sintomas

Apêndice 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Nome:
2. Idade:

3. Profissão:
4. Estado civil:
5. Quando você fez o último preventivo?
6. O que significou para você receber o resultado do seu exame preventivo?
7. Depois de receber o resultado, você precisou buscar tratamento? Em quanto tempo?
8. Como está sendo o acompanhamento, os retornos ao serviço de saúde para continuidade do tratamento?

Apêndice 3

MULHERES EXCLUÍDAS DO ESTUDO POR ADIAMENTO DA CIRURGIA PARA O ANO DE 2005

<i>IDAD</i>	<i>PRIMEIRA</i>	<i>MOTIVO DA</i>	<i>DATA E</i>	<i>DATA</i>	<i>DATA</i>	
<i>E</i>	<i>CONSULTA</i>	<i>CONSULTA</i>	<i>RESULTADO</i>	<i>PREVISTA</i>	<i>DA</i>	
	<i>NO HC</i>	<i>NO HC</i>	<i>DA</i>	<i>DA</i>	<i>CIRURGIA</i>	<i>CONCLUSÃO</i>
			<i>BIÓPSIA</i>	<i>CIRURGIA</i>		
22	09/02/2004	Sangramento	02/08/2004 NIC 2 e HPV	30/08/04	23/02/05	Não retornou
34	12/04/2004	CO alterado	05/07/2004 NIC 1	08/12/04	02/03/05	Resultado negativo retorno em outubro 2005
36	27/11/2003	Contracepção	Ignorada	15/12/04	02/03/05	Continua em Tratamento no Ambulatório de Reprodução Humana do HC
28	17/05/2004	CO alterado Menstruada, adiada biópsia.	05/07/2004 NIC 3	01/09/04	Não realizou	Paciente não retornou para cirurgia.
27	30/08/2004	CO alterado	18/10/2004 NIC 2	22/12/04	23/03/05	Carcinoma “in situ” Não havia registro sobre o que aconteceu no intervalo entre a biópsia e a cirurgia.

ANEXOS

Anexo 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito descrito

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

_____	_____	_____
NOME DO PACIENTE	ASSINATURA	DATA
_____	_____	_____
NOME DO RESPONSÁVEL (Se menor ou incapacitado)	ASSINATURA	DATA
_____	_____	_____
NOME DO INVESTIGADOR (Pessoa que tomou o TCLE)	ASSINATURA	DATA