



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

**A SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO
DE CASO.**

FERNANDA NUNES GAMA

CARATINGA
Minas Gerais - Brasil
Agosto de 2009



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

A SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO.

FERNANDA NUNES GAMA

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário de Caratinga, como parte
das exigências do Programa de Pós-
Graduação em Meio Ambiente e
Sustentabilidade, para obtenção do
título de *Magister Scientiae*.

CARATINGA
Minas Gerais - Brasil
Agosto de 2009

Sistema de Bibliotecas - UNEC
Ficha Catalográfica

618.145
G184s
2009

Gama, Fernanda Nunes.

A saúde da mulher trabalhadora no Sistema Público de Saúde: um estudo de caso. Fernanda Nunes Gama. Centro Universitário de Caratinga – UNEC: Mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade, 2009.
95p; 29,7 cm.

Dissertação (Mestrado – UNEC – Área: Meio Ambiente e Sustentabilidade).

Orientador: Prof. D.Sc. Meubles Borges Junior.

Co-orientador: Prof. D.Sc. Marcos Alves Magalhães.

1. Câncer do colo uterino.
2. Câncer de mama.
3. Prevenção de câncer.
4. Diagnóstico precoce.

I. Título II. Prof. D.Sc. Meubles Borges Junior.

FERNANDA NUNES GAMA

**A SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO
DE CASO.**

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário de Caratinga, como parte
das exigências do Programa de Pós-
Graduação em Meio Ambiente e
Sustentabilidade, para obtenção do
título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 24 de Agosto de 2009.

Examinadores:

Prof. Dr. Amaury Paulo de Souza

Prof. Dr. Luciano José Minette

Prof. Dr. Meubles Borges Júnior
(Orientador)

Prof. Dr. Marcos Alves Magalhães
(Co-orientador)

Dedicatória

Ao meu marido Edvane meu companheiro nesta trajetória, soube compreender, como ninguém, a fase pela qual eu estava passando e a minha filha Larissa, tudo na minha vida, pela paciência compreensão e incentivo durante toda esta jornada e pela tolerância de ser muitas vezes trocados pelo trabalho. Presença constante no desenvolvimento de todas as minhas atividades. Amo vocês.

BIOGRAFIA

FERNANDA NUNES GAMA nasceu em 28 de novembro de 1969, na cidade de Cataguases, Estado de Minas Gerais.

Graduou-se em Enfermagem e Obstetrícia no ano de 1992, pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Especialista em Administração Hospitalar (2006) pela Universidade São Camilo em Belo Horizonte e em Gestão e Investimentos em Projetos de Saúde pela Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte.

Docente do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UNILESTE MG e Gerente de Atenção à Saúde no município de Coronel Fabriciano.

Em julho de 2007 iniciou o Programa de Mestrado Profissional em Meio Ambiente e Sustentabilidade, no Centro Universitário de Caratinga – UNEC, com pesquisa na linha de Sociedade, Ambiente e Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Pai, incondicional nesta jornada, por me guiar e ter me acolhido durante toda a caminhada com a oportunidade de chegar até aqui.

Agradeço especialmente a meus pais, que com seu amor me proporcionaram oportunidades e momentos importantes, que me ensinaram tudo que sei e fizeram de mim a pessoa que sou hoje. Exemplos de vida orgulho de ser sua filha.

Agradeço às minhas irmãs, Alessandra, Patrícia por acreditarem na minha capacidade e torcerem por mim.

A Solange Avelar por ser amiga acima de tudo, por rir e chorar comigo, por tentar achar uma solução para o que acaba não sendo solucionável e pela sua paciência infinita e sua crença absoluta na capacidade de realização a mim atribuída foram, os elementos propulsores desta dissertação.

A Patrícia Guedes, por sempre incentivar o meu trabalho, sempre colocando vírgulas e trocando as de lugar. Obrigada amiga.

Às minhas amigas Jussara Botto, Célia, durante as nossas idas e vindas a Caratinga, dividimos muitas vezes nossos anseios, medos, inquietudes e momentos de alegria e a Gisele, pelo apoio e carinho que demonstrou durante todo esse tempo.

As minhas amigas no trabalho sempre segurando as pontas nas minhas ausências: Juliana, Verônica e claro não poderia esquecer da Milla minha afilhada querida que sempre me incentivou.

A minha sogra Maria, sem ela eu não teria a tranquilidade de viajar e saber que minha filha estaria bem. Obrigada pela paciência e pelo carinho. A senhora foi muito importante mais uma vez.

Ao Prof. Dr. Meubles Borges Junior, orientador desta dissertação, por todo empenho, sabedoria, compreensão e, acima de tudo, exigência. Gostaria de ratificar a sua competência, participação com discussões, correções, revisões de lâminas, sugestões que fizeram com que concluíssemos este trabalho.

Agradeço ao Professor Dr. Marcos Magalhães, meu co-orientador que sempre se dispôs a me esclarecer sobre diversas questões.

Aos Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, agradeço a maneira atenciosa e dedicada que auxiliaram na coleta dos exames e na busca constante da promoção da saúde a mulher. E a todas as instituições e respectivos representantes que colaboraram para elaboração deste trabalho.

Às alunas Rayssa, Glenda, Ana Tereza, Iara, Keila, que pacientemente durante todo o período estiveram lá escutando as mulheres e coletando os dados para a concretização desta pesquisa.

A todos os meus amigos e amigas que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação.

As mulheres que participaram desta pesquisa, pois sem elas nenhuma dessas páginas estaria completa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa Tese de Mestrado.

A todos os professores, colegas e funcionários do Programa de Pós Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade do Centro Universitário de Caratinga (UNEC) que compartilharam estes dois anos de convivência.

Agradeço ao Centro Universitário do Leste de Minas Gerais UNILESTE - MG, a Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano e a Secretaria Municipal de Saúde em especial ao Secretário Municipal Rubens Almeida Castro pelo apoio no desenvolvimento do curso.

RESUMO

GAMA, FERNANDA NUNES. Centro Universitário de Caratinga, Agosto de 2009. **A saúde da mulher trabalhadora no sistema público de saúde**: um estudo de caso. Orientador: D.Sc. Meubles Borges Junior.Co-orientador: D.Sc. Marcos Alves Magalhães.

No município de Coronel Fabriciano/MG, as ações de prevenção dos cânceres de colo de útero e mama foram intensificadas com a implantação de um Programa para detecção precoce destes cânceres para mulheres trabalhadoras na rotina do atendimento de 6 Unidades Básicas de Saúde, que funcionam no horário especial de 19h às 21h, facilitando assim seus acessos, proporcionando a integralidade da assistência e a equidade, de acordo com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, usando a técnica de estudo de caso e para coleta de dados, a entrevista semiestruturada. Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar a percepção dessas mulheres atendidas pelo Programa “Viva Mulher Trabalhadora -*Um toque de saúde*” em relação a saúde e o significado em relação a prevenção dos cânceres de mama e colo de útero, e como objetivos específicos, traçar o perfil dessas mulheres, identificar a percepção dessas mulheres em relação a saúde; o que essas mulheres trabalhadoras pensam sobre o câncer de colo de útero e

mama e seus fatores de risco; analisar os sentimentos dessas mulheres trabalhadoras do município em relação ao exame de prevenção de câncer de colo de útero e mama; e verificar como essas mulheres trabalhadoras percebem o Programa de prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, implantado no município de Coronel Fabriciano. Em uma amostra de 85 mulheres trabalhadoras que participaram do Programa, a predominância de trabalhadoras situou-se na faixa etária de 25 a 59 anos (55,5%); apresentam carga horária diária de trabalho acima de 7 horas (83,3%); com renda familiar de 1 salário mínimo (54%); são casadas ou possuem união estável (72%); escolaridade de nível médio (55,3%); 81% tiveram dois ou menos partos, o sentimento das mulheres sobre o exame, onde predomina o medo e a vergonha foram abordadas. O Programa “Viva Mulher Trabalhadora – Um Toque de Saúde” pode ser avaliado como uma ação positiva na prevenção dos cânceres de colo de útero e mama.

Palavras-chave: Câncer do colo-uterino; Câncer de Mama; Prevenção de câncer; Diagnóstico precoce; Saúde da mulher.

ABSTRACT

GAMA, FERNANDA NUNES. Centro Universitário de Caratinga, of August 2009. **The health of women working in the public health system**: a case study. Advisor: DSc Meubles Borges Junior. Co-advisor DSc Marcos Magalhães Alves.

In the city of Coronel Fabriciano/MG, the actions to prevent the womb colon and breast cancer were intensified with the implantation of a program to early detection of these cancers in women working in 6 Units of Basic Health, which are open on the special time from 7p.m to 9p.m, facilitating their accesses, making possible the full assistance and the equality of it, according to the doctrinarian principles of the “*Sistema Único de Saúde*”. A descriptive reseach has been developed with a quanti-qualitative approach, using the tecnique of case studies and, in order to collect data, semi-structured interviews. The main goal of this research was to evaluate the perseption of these women towards health, what do these women think about the womb colon and the breast cancers and its risk factors, analyse the feelings of these women concearning the prevention exams of these cancers and to verify how these women see the prevention program of these cancers, installed by the City Hall in Coronel Fabriciano. In a sample of 85 women who took part in the program, most part of

them are from 25 to 59 years of age (55,5%), work more than 7 hours a day hours (83,3%), have family earnings of 1 minimum salary (54%), they are married or have a legalized union situation (72%), have high school (55,3%), 81% had two or less childbirths. The feeling of these women about the examination, where shame and fear leads, were approached. The Program “*Viva Mulher Trabalhadora – Um Toque de Saúde*” can be evaluated as a positive action in the prevention of the womb colon and breast cancers.

Key-words: womb colon cancer, breast cancer, Cancer Prevention. Early diagnostic, Women’s Health.

CONTEÚDO

RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DE LITERATURA	05
2.1.O Sistema Único de Saúde (SUS).....	
2.2. Atenção Básica.....	09
2.2.1 Implementação da atenção básica.....	11
2.3 Pacto de Saúde	16
2.4. As Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	18
2.5. Acolhimento e Humanização: Princípios para uma Política de Ação Integral da Saúde da Mulher.....	23
2.6. O Câncer e a saúde da mulher.....	25
2.6.1 Fatores de Risco de Natureza Ambiental.....	27
2.6.2. Câncer de mama.....	28
2.6.3 Câncer de Colo de útero.....	33
2.6.4. O exame papanicolaou.....	37
3 MATERIAL E MÉTODOS	40
3.1.Cenário do Estudo.....	41
3.2.Programa “Viva Mulher Trabalhadora – Um toque de Saúde”.....	43
3.3. Tipo de pesquisa.....	45
3.4. População e amostra.....	46
3.5 Estratégias para a coleta de dados.....	46

3.5.1. Entrevistas	47
3.6. Tratamento de dados	48
3.7. Aspectos éticos.....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1. Perfil das entrevistadas.....	50
4.2. Dados de saúde.....	56
4.2.1 – Conceito de Prevenção.....	57
4.2.2. Significado de câncer de colo de útero e mama.....	58
4.2.3. Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero.....	59
4.2.4. Auto-exame das mamas.....	62
4.3. Dados sobre a percepção do exame de preventivo de câncer de colo de útero.....	66
4.3.1. Periodicidade da realização do exame e qual profissional realizou.....	67
4.3.2. Sentimento das mulheres na realização do exame para prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.....	69
4.4. Dados sobre a avaliação do problema.....	75
4.4.1. Adesão das mulheres ao exame preventivo.....	75
4.4.2. Conhecimento do programa, horário de atendimento e a forma que recebeu a informação.....	77
5. CONCLUSÃO.....	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICE I – Roteiro para entrevista.....	92
APÊNDICE II – Solicitação para realização da pesquisa.....	93
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à pesquisa.....	94
ANEXO I – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Leis e normas que regulamentam o SUS.....	07
Tabela 2:	Recomendações do INCA para programas de rastreamento do câncer de mama no Brasil.....	31
Tabela 3:	População distribuída em setores regionais.....	41
Tabela 4:	Distribuição de frequência e percentagem da procura das mulheres pelo Programa Viva Mulher Trabalhadora, por mês do ano, idade e estado civil e número de filhos.....	51
Tabela 5:	Distribuição das usuárias por categoria profissional, carga horária diária, renda e escolaridade.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Anatomia da mama.....	29
Figura 2:	Exame realizado pela própria mulher com o objetivo de detecção precoce de nódulo mamário.....	32
Figura 3:	Anatomia do colo do útero.....	33
Figura 4:	Coleta de amostra de material citológico do colo de útero para exame preventivo de câncer.....	38
Figura 5:	Fachada das UBS que realizam o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – Um Toque de Saúde”.....	43

LISTA DE SIGLAS

AEM – Auto Exame das Mamas

AIMS – Atenção Integral à Saúde da Mulher

CIB's - Comissões Intergestoras Bipartites

CIT's - Comissões Intergestoras Tripartites

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

ECM – Exame Clínico das Mamas

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMS - Fundo Municipal de Saúde

GM - Gabinete do Ministério

HPV - Vírus Papiloma Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCUM - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de
Mama
PMCF - Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano
PPI - Programação Pactuada Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINAN - Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação Compulsória
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISCOLO - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A Política de Saúde da Mulher tem como primeiro objetivo indicar os recursos mínimos necessários, mas abrangentes, à saúde daquelas que, além de ser a maioria da população brasileira, cuidam, monitoram e acompanham a saúde de outros elementos da família, vizinhança e comunidade (ALEXANDRE, 2007).

Os processos saúde-doença incidentes na população feminina manifestam relação com a qualidade de vida de cada classe social e com o desenvolvimento regional diferenciado e reconhecido no Brasil. A Política de Saúde da Mulher deve, portanto, ser reeditado mediante a situação epidemiológica específica de cada região do país seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando e causando impacto no processo saúde-doença da população feminina da área (BRASIL, 2004).

Mediante a concepção sobre o que é saúde da mulher, conceberam-se políticas para proteger sua saúde e preservar sua função social. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas nacionais nas primeiras

décadas do século XX, mantendo-se limitadas até a década de 1970 somente no que tange a gravidez e parto (ALEXANDRE, 2007).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS), elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma nova forma de eleição de prioridades assistenciais à população feminina no Brasil e foi integrado aos princípios e diretrizes propostas pelo SUS. Incorporaram-se ainda ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação que englobavam o todo do ciclo de vida da mulher (BRASIL, 2004).

O alcance positivo de alguns indicadores como, aumento no número de consultas no pré-natal e nos exames cervico-uterino, só foi possível pelo estímulo e planejamento de ações inseridos no PAISM, como, o Controle de Câncer de Colo de Útero e Mama – Viva Mulher – estabelecido pelo MS/ Instituto Nacional do Câncer (INCA), que permanece atual e está de acordo com as recomendações dos principais programas internacionais. É dirigido às mulheres com idade entre 25 a 59 anos prioritamente e inclui o diagnóstico precoce, através do exame cervico-uterino, também conhecido como Papanicolaou e exames das mamas, além do tratamento adequado do tumor (ALEXANDRE, 2007; BRASIL 2006 a).

Em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuem para garantia dos direitos humanos das mulheres e para redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. O Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (PNCCUM) tem, portanto, como objetivo, reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres (COSTA, 2004).

Dentre os desafios para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica no Brasil, encontramos às ações de controle de cânceres do colo do útero e de mama. O câncer está entre as principais causas de morte na população feminina, e a mudança de hábitos,

aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência desta doença (BRASIL, 2006 a).

A morbi-mortalidade por câncer do colo de útero e mama é alta nas mulheres brasileiras. Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano (BRASIL, 2006 b).

A forma mais eficaz de controle desse tipo de tumor é diagnosticar precocemente, tratar as lesões precursoras (neoplasias intra-epiteliais) e as lesões tumorais invasivas em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos (BRASIL, 2006 b; BRASIL, 2003).

Portanto o principal desafio dos governos municipais é avançar em direção à concretização dos preceitos do SUS nos serviços e nas ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária (BRASIL, 2004).

Dentro desse contexto, a atenção básica no município de Coronel Fabriciano é garantida por meio de doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma equipe de Saúde da Família (SF) e uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O programa Viva Mulher Trabalhadora - *Um Toque de Saúde* foi implantado pela Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano (PMCF), por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e oferece exames clínicos das mamas e o exame cérvico-uterino, é destinado às mulheres trabalhadoras do município. Propõe resgatar a mulher que está inserida no mercado de trabalho, e que por muitas vezes fica impossibilitada de acessar os serviços de saúde pública por incompatibilidade de horários ocasionando uma vulnerabilidade por parte desse grupo populacional no que tange a prevenção do câncer de mama e colo de útero.

Um dos aspectos de relevância tange na busca ativa destas usuárias, sendo aqui considerada como um instrumento essencial para minimizar o quantitativo de mulheres que deixavam de realizar os referidos exames de prevenção considerando o modelo assistencial de saúde pública estabelecido pelas diretrizes nacional de saúde associada a observância das mulheres que se encontram em seus locais de trabalho, decorrente da nova estrutura familiar,

da sociedade, e por isto não realizavam seu controle anual de exames oncológicos.

Considerando a natureza do problema em estudo, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, usando a técnica de estudo de caso que teve como objetivo geral: Avaliar a percepção das mulheres atendidas pelo Programa “Viva Mulher Trabalhadora -*Um toque de saúde*” em relação a saúde e o significado em relação a prevenção dos cânceres de mama e colo de útero.

Pretende-se especificamente:

- traçar o perfil das mulheres que utilizam o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de saúde*”;
- os motivos que as levam a utilizar esse serviço;
- identificar a percepção dessas mulheres em relação a saúde;
- conhecer o que essas mulheres trabalhadoras pensam sobre o câncer de colo de útero e mama e seus fatores de risco;
- analisar os sentimentos dessas mulheres trabalhadoras do município em relação ao exame de prevenção de câncer de colo de útero e mama;
- verificar como as mulheres trabalhadoras percebem o Programa de prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, implantado no município de Coronel Fabriciano.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, o movimento da reforma sanitária e as conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, são exemplos de compreensão da saúde como resultante de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida, sendo condicionada e/ou determinada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (ALMEIDA, 1996).

O Movimento Sanitário Brasileiro, após anos de muita batalha, imprime importantes avanços na Política Nacional da Saúde, quando na década 1980, na realização da VIII CNS consegue consagrar os princípios da Reforma Sanitária como diretrizes hegemônicas para o SUS (BUENO e MERHY, 1997).

O processo de construção do SUS nada mais é do que o resultado de embates políticos e ideológicos travados ao longo dos anos sendo, portanto, fruto de uma longa trajetória de lutas. Assim, a busca do entendimento histórico da evolução das políticas de saúde no Brasil, contribui para uma melhor

compreensão do momento atual e do próprio significado do SUS (BRASIL, 2007).

Segundo Brasil (2006 b), a saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, passa a vigorar o SUS, que estabelece como diretrizes de organização o acesso universal, a equidade, o controle social, a gestão única em cada nível de governo e a responsabilidade do Estado, enquanto dever, pela saúde do cidadão (BUENO e MERHY, 1997).

Segundo Andrade, 2001 é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam.

O SUS está definido na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS), como:

“o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde. São princípios doutrinários do Sistema único de Saúde a Universalidade, Equidade e Integralidade” (BRASIL, 2006 c).

O arcabouço legal do SUS se traduz por meio de leis, normas operacionais e inúmeros decretos e resoluções, porém, se destacam algumas descritas na Tabela 1.

TABELA 1: Leis e normas que regulamentam o SUS

LEIS E NORMAS	COMPETÊNCIA	DATA
Constituição Federal	Título VIII, da Ordem Social, Capítulo I, Seção II.	05/10/1988
Lei nº 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.	19/09/1990
Lei nº 8142	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	28/12/1990
Norma Operacional Básica NOB 01/91	Cria a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM).	07/01/1991
Norma Operacional Básica – NOB 01/93	Define procedimentos e instrumentos operacionais objetivando ampliar e aprimorar as condições de gestão, no sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.	24/05/1993
Norma Operacional Básica – NOB/96	Cria: as Comissões Intergestores, formas de habilitação dos municípios. Representou um avanço no processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde na construção do SUS.	
Norma Operacional Básica – NOB/96	Vem aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, apontando, também, para uma reordenação do modelo de atenção à saúde.	06/11/1996
Norma Operacional da Assistência à Saúde SUS – NOAS 01/2001	Assegura o comando único sobre o sistema, incorpora a microregionalização a partir de uma base legal, amplia a atenção básica, resgata o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) avança na utilização do per capita como forma de repasse de recursos, instrumentaliza e regula a relação gestor-gestor e permite processos de pactuação de referências, permitindo maior controle pelos gestores.	26/01/2001

Fonte: Brasil, 2002 a.

O primeiro nível de atenção do Modelo Assistencial proposto pelo SUS é a Atenção Básica. Por isso, em tese deve ser ofertado por todos os municípios, de forma isonômica, com qualidade e suficiência para toda a sua população. Caracteriza-se por se desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Como forma de organização do sistema, a Atenção Básica se constitui como o primeiro contato de usuário com o SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2006 c).

O SUS enfatiza que produzir saúde implica na organização de processos de trabalho que operem em diferentes planos de cuidado, os quais co-existem num mesmo território de saúde, grupo e/ou sujeito; sem perder de vista o imperativo da integralidade para uma ação sanitária efetiva. Assim, produzir saúde numa perspectiva de construção de qualidade de vida e de emancipação dos sujeitos implica em rever os modos de organização dos serviços de atenção à saúde e na articulação com outros serviços e políticas sociais de forma a interferir nos determinantes sociais da saúde, nas condições de vida e nos comportamentos e modos de vida dos indivíduos e coletivos que podem propiciar saúde e bem-estar ou processos de dor e sofrimento que deterioram a Saúde (BRASIL, 2006 d).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual é conferido um papel importante à Promoção da Saúde no conjunto de ações sobre a responsabilidade da Atenção Básica e, em especial, da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006 a).

Mudanças ocorridas no sentido da universalização e da reorganização da rede e das ações básicas em saúde sob responsabilidade municipal podem servir indiretamente para a avaliação do processo de descentralização da rede de serviços de saúde ocorrida no Brasil nos últimos anos da década de 1990. Há que se considerar dentro do contexto de implantação da descentralização que a grande maioria dos municípios, no limiar do novo milênio, não consegue sequer organizar uma rede de Atenção Básica ou pelo menos encontra grande dificuldade para isso. Assim, qualquer sucesso na implantação ou melhoria

dessa rede de serviços parece um passo fundamental para o fortalecimento do SUS no país.

2.2. Atenção Básica

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2004; 2006 c).

Segundo Brasil 2004, a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, assim como os princípios do SUS. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2004; 2006 c).

A ESF propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2002 a).

A ESF tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2006 c).

A promoção da saúde é um componente fundamental dos projetos terapêuticos e das linhas de cuidado de patologias ou ciclos de vida. No enfoque individual ou familiar, a promoção da saúde atua no sentido de proporcionar autonomia aos sujeitos fornecendo-lhes informações, habilidades e instrumentos que os tornem aptos para escolhas de comportamentos, atitudes e relacionamentos interpessoais produtores de saúde (BRASIL, 2006 a).

Ainda segundo Brasil (2006 a), deve-se, inserir a promoção da saúde na linha de cuidado voltado para as patologias crônicas como os cânceres, a hipertensão arterial e o diabetes, entre outros, implica, necessariamente, em propiciar ao sujeito autonomia para escolha de modos de viver mais saudáveis com relação à alimentação, atividade física, uso de substâncias nocivas à saúde como o tabaco e o álcool, entre outras tantas escolhas. A promoção da saúde deve estar articulada com a Vigilância em Saúde no sentido de identificar as situações de vulnerabilidade e de dar respostas às necessidades sociais e de saúde da população.

A Vigilância em Saúde, entendida como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em

um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção (BRASIL, 2007).

Segundo Brasil (2006 c), a Vigilância em Saúde além de promover ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis que mantém importante magnitude e/ou transcendência em nosso país, é necessária para ampliar a capacidade de atuação de novas situações que se colocam sob a forma de surtos ou devido ao surgimento de doenças inusitadas.

Para a operacionalização dos serviços dentro da Atenção Básica foi necessário a criação de leis que norteassem os trabalhos e garantissem os repasses financeiros em cada nível de assistência e governo: federal, estadual e municipal.

2.2.1. Implementação da Atenção Básica

Um dos instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde foi, sem dúvida, a regulamentação da Lei nº. 8.080 e da Lei nº. 8.142, de 1990, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área. Porém, somente três anos após a criação da Lei Orgânica da Saúde é que os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os estados e os municípios tornaram-se efetivos e sistemáticos, por meio da Norma Operacional Básica (NOB) editada pela Presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), através da Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991 do SUS (BUENO e MERHY, 1997).

Segundo os mesmos autores a instituição das NOB's como instrumentos reguladores desse processo, já na sua primeira versão - a NOB/91 - apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na LOS quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convenial, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

A NOB/93 entra em vigor no ano seguinte, estabelecendo um processo flexível, gradual e negociado para assegurar viabilidade política à operacionalização da descentralização. Neste sentido, estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS, incluindo estados e municípios, sob três modalidades: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena. Instituiu ainda novas instâncias colegiadas as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) e as Comissões Intergestoras Tripartites (CIT's) que se configuravam como arenas de pactuação. Sob a regulamentação da NOB/93, a descentralização, no entanto, caminhou a passos lentos (LUCCHESI, 1996). O mesmo autor destaca que até o final de 1997, 57% dos municípios estavam enquadrados na gestão incipiente ou parcial e apenas 2% na condição de gestão semiplena. Apesar disso, um dos méritos da NOB/93 foi, sobretudo, o de tornar a descentralização atrativa para estados e municípios, configurando, enfim, uma estrutura legal montada *pari passu*¹.

O processo de descentralização se acelera a partir de 1996, quando são implementadas medidas de incentivo, sobretudo, na NOB/96, para que os municípios assumam a gestão da rede de serviços locais de saúde, numa política deliberada do governo central em prol da municipalização. A NOB/96 altera as modalidades da gestão local do SUS, que passam a ser apenas duas: plena de atenção básica e plena do sistema de saúde (MENDES, 2004).

Podemos dizer que a diferença básica entre essas duas modalidades de gestão é o fato de que, na plena de atenção básica o poder público municipal tem governabilidade apenas sobre a rede de atendimento básico; já gestão plena do sistema de saúde, o município é que gerencia todo o atendimento à saúde no seu território, inclusive a rede hospitalar pública e privada conveniada, tendo para tanto repasse direto de recursos do MS para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), sem intermediação da esfera estadual. Uma das questões nevrálgicas do ponto de vista do gestor federal foi especificar

¹ *Pari passu* é uma expressão latina que significa "ao passo de", "simultaneamente", "a par", "ao mesmo tempo", e por extensão também "verdadeiramente", "sem parcialidade" (MENDES, 2004).

mecanismos de regulação de forma a garantir não só algum controle sobre essas transferências, mas torná-las minimamente atrativas (MENDES, 2002).

A partir de 1998, ano em que a NOB/96 efetivamente entra em vigor, há uma alavancagem importante no ritmo e no alcance do processo descentralizador. De fato, no final do ano de 2000, 99% dos municípios brasileiros encontravam-se enquadrados em alguma das duas modalidades de gestão definidas pelo MS, sendo que deste total 89,50% (4.928 municípios) estavam habilitados na condição plena de atenção básica (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

A principal estratégia do governo ao enfatizar e garantir prioridade ao atendimento básico em saúde se consolida em 1998, com a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), criado pela Portaria Gabinete do Ministério/MS n.1882, de 18/12/97. O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias e se constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde (BRASIL, 1997).

A implantação do PAB traz como principal novidade a transferência regular e automática, com repasse federal feito diretamente aos municípios. A condição de habilitação ao PAB é definida pela NOB/96, e obriga a criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS), dando relativa autonomia e crescente responsabilidade ao gestor municipal. Esse novo mecanismo dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. Isto é, por meio do sistema de pagamento por serviços previamente prestados, os municípios mais pobres e, portanto, sem uma infra-estrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde vinham sendo prejudicados, que comparados aos municípios mais desenvolvidos, recebiam do SUS valores menores, porém coerentes, por um lado, com a precariedade da rede de saúde existente no local e, por outro, com a quantidade de procedimentos e atendimentos realizados (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

O antigo sistema, por meio do faturamento com base no número de atendimentos e de procedimentos realizados, perpetuava um modelo de pós-pagamento, incentivando a lógica do aumento crescente de procedimentos e

um superfaturamento dos serviços prestados. Procedimentos mais caros usualmente predominavam sobre os mais simples, atuando como um desestímulo à adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde. O PAB introduz outra lógica no financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento. Assim, as prefeituras passam a receber regular e diretamente recursos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção à saúde, consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacinas, vigilância sanitária, etc. (BRASIL, 2004; 2006 c).

Em síntese, o PAB traz algumas inovações importantes na medida em que incentiva que uma parcela dos recursos federais, ainda que muito pequena, seja diretamente alocada para o custeio de procedimentos básicos em atenção primária, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde. O resultado esperado é a capacitação das SMS para responderem pelo desenvolvimento de programas, ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde, ampliando o acesso à saúde. Assim, a expectativa é que o PAB pode alavancar uma lenta e gradual mudança no modelo assistencial, introduzindo melhorias nas condições de acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública (BRASIL, 2004).

Vale destacar que as mudanças do PAB são introduzidas *pari passu* aos incentivos ao desenvolvimento de um conjunto de outras medidas: ações de VS e da implantação SF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para os municípios mais pobres e inteiramente dependentes dos repasses federais, esses incentivos são cruciais, já que eles apresentam capacidade técnica limitada para planejar, organizar e montar uma estrutura de serviços. Os municípios maiores e com maior capacidade técnica reivindicam maior autonomia na aplicação dos recursos, mas são igualmente dependentes dos repasses federais (PIOLA e BIASOTO JR, 2001).

Observa-se, portanto que as NOB's produziram resultados positivos, com um incremento da oferta de serviços municipais, aumento da capacidade institucional nos estados e nos municípios e uma expressiva transferência de recursos federais para estados e municípios. Por outro lado, surgiram

problemas, onde destacam-se as dificuldades de gestão eficaz, a difusão das responsabilidades pela saúde dos cidadãos, o incremento dos custos de administração do SUS, a atomização dos serviços com deseconomias de escala² e de escopo³, a incorporação tecnológica irracional, a imposição de barreira de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços (BRASIL, 2001).

Para superar esses problemas instituiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2001). A macroestratégia contemplaria um planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e populações definidas e dotadas de mecanismos de comunicação que garantissem o acesso às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (LUCCHESI, 1996).

As NOAS têm sido fortemente influenciadas pelo lugar hegemônico do MS, ou seja, pelo *locus* institucional da assistência à saúde. É emblemático que a primeira, a NOB 01/91, e a última, a NOAS SUS 01/02, tenham como objeto a assistência à saúde.

Oliveira (1999) esclarece que um poderoso mecanismo de indução utilizado pelo Governo Federal para priorizar a Atenção Básica é a adoção da SF e PACS. O Governo Federal lança mão de diversos meios para tornar atraente para os governos locais a adesão a tais programas. O principal incentivo é o financeiro, decisivo para o cálculo político dos gestores municipais em prol da adesão. Ademais, dada a condição de programa estratégico, o MS

² Economia de escala nos serviços de saúde: a divisão do trabalho; a alta relação entre custos fixos/custos variáveis; a natureza singular das tecnologias de saúde, força de trabalho ou de insumos; e as economias de custo as de capital (BRASIL, 2001).

³ As economias de escopo ocorrem quando um determinado serviço de saúde aumenta a variedade dos equipamentos que podem ser utilizados numa mesma função (BRASIL, 2001).

vem empenhando esforços no sentido de fornecer suporte técnico e de gestão para a execução das ações previstas.

Os recursos públicos são escassos e finitos, é crucial determinar onde investir e o que universalizar e disponibilizar como atividade, programa e serviço, tamanhos são os descompassos e vicissitudes entre os princípios do SUS e sua execução como política pública em um país, sendo então necessário insistir e enfrentar com políticas públicas adequadas. Portanto, a pergunta-chave é em que medida a política de reorganização da atenção básica e a pequena mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização no setor tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, dado pela própria heterogeneidade e desigualdade social existente no país. Questões determinantes como o aumento dos custos e o declínio da qualidade dos serviços, características gerais (e globais) do setor saúde, remetem diretamente a centralidade da discussão para a prioridade nos investimentos em programas de promoção e de atenção básica, tendo em vista a necessidade de universalização da atenção primária em saúde (MENDES, 2002).

Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão visando alcançar uma maior eficiência e qualidade das respostas no SUS, em 2006, os Secretários de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde sentiram a necessidade de criar mecanismos ou reformulações nas políticas públicas de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde na Atenção Básica, implantando o Pacto de Saúde: possibilidades de avanço na Reforma Sanitária.

2.3. Pacto de Saúde

O Pacto de Saúde é um esforço das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. O objetivo principal deste Pacto é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil de promover inovações nos processos e instrumentos de

gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS redefinindo assim as responsabilidades de cada gestor em função de necessidades de saúde da população na busca da equidade social (FADEL *et al.*, 2009). Tanto a implantação quanto a consolidação desta nova política pública de saúde vem exigindo um esforço muito grande da sociedade organizada. Isso prova que o SUS ainda enfrenta problemas. Considerando-se que os seus princípios e diretrizes devem permanecer da forma como foram propostos na Constituição, vemos que as normatizações apresentam limites que impedem avanços estruturais.

O Pacto de Saúde define as responsabilidades sanitárias dos gestores municipais, estaduais e federal. O processo de habilitação de estados e municípios - que definia os tipos de ações de saúde que cada ente da federação estava qualificado para desempenhar - foi extinto. A partir de agora, cada um - estados, municípios, Distrito Federal e União - adere ao processo com a assinatura de um termo de compromisso de gestão, que estabelece as responsabilidades e as capacidades de cada ente na oferta das ações e dos serviços de saúde. O termo determina, ainda, o alcance de metas nacionais e regionais, segundo as prioridades do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006 e).

O Pacto de Saúde tem três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS. O primeiro estabelece um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas para a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, como a dengue e a hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS, a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Com o estabelecimento dessas metas, um compromisso comum de gestores do sistema de saúde será reforçado e isso facilitará o controle da sociedade sobre o desempenho do sistema (FADEL *et al.*, 2009).

O Pacto de Gestão do SUS defini as diretrizes e responsabilidades entre os gestores em cada eixo de ação: Descentralização, Regionalização, Financiamento do SUS, Planejamento no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial,

Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde e Educação na Saúde (BRASIL, 2006 f).

O Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Pode-se dizer que se trata de repolitizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira (SCHNEIDER *et al.*, 2007).

Sendo uma das prioridades do Pacto pela Vida, a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama e o perfil epidemiológico da população feminina em cada região do Brasil, conceberam-se políticas para proteger sua saúde e preservar sua função social. No Brasil ela foi incorporada nas primeiras décadas do século XX.

2.4. As Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A saúde depende de vários fatores, como uma boa relação com o meio ambiente em que se vive e ter boas condições de trabalho, moradia, renda, alimentação, descanso e diversão. Para as mulheres, a vida pode ser mais difícil devido às desigualdades nas relações de trabalho, já que, em geral, ganham menos do que os homens, apesar de muitas trabalharem mais do que eles. Além disso, grande parte das mulheres assume uma sobrecarga de responsabilidades com a casa e com os filhos. Essa situação se agrava frente à situação de pobreza e discriminações de raça e etnia (no caso de mulheres pobres, negras e outros grupos). Mesmo assim, as mulheres vivem mais tempo do que os homens, apesar de adoecerem também com maior frequência. As doenças nas mulheres têm maior relação com as discriminações que sofrem e com suas condições de vida, que com fatores relacionados ao seu próprio organismo (COSTA, 2004). A mulher é vista na sociedade brasileira como subordinada ao homem forte, que a protege e sustenta. As principais obrigações femininas são a maternidade, a manutenção da boa saúde e a educação da prole. O conceito mais aceito e exposto sobre o que é saúde da mulher aborda aspectos da biologia e da anatomia do corpo feminino, sendo visto apenas sob a óptica da reprodução e maternidade, seu principal atributo (PRAÇA, 2007).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) deve atender à população feminina brasileira acima de 10 anos de idade, ampliando as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades, como as mulheres trabalhadoras rurais, as negras, na menopausa, na terceira idade, com transtornos mentais, com deficiência, lésbicas, indígenas e as presidiárias (BRASIL, 1988).

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até 1983, com o surgimento do PAISM, que passou a constituir o modelo assistencial, tido como capaz de atender as necessidades globais da saúde feminina, propondo atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativas às mulheres, voltadas para o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, adolescência e terceira idade, controle de doenças de transmissão sexual, do câncer cérvico uterino e mamário e assistência para contracepção e concepção, este conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (CAVALCANTE, 2004).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS (BRASIL, 2004).

Paradoxalmente, entretanto, o PAISM constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs e implantou oficial, explicitamente, e efetivamente um programa que incluía o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, que contemplava o controle da reprodução embora de modo parcial (OSIS, 1994).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Tratava-se de revelar naquele momento as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente

transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA e BANDLER, 2000).

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se “...dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde”. O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, deixavam de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 1996 b).

No passado, as ações dirigidas à detecção precoce do câncer do colo do útero, no Brasil, caracterizaram-se, na maioria das vezes, por estratégias isoladas e pontuais, observando-se má organização e articulação dos serviços, dificuldade de acesso aos cuidados, falta de recursos materiais e humanos, desconhecimento pela usuária e pelos profissionais de saúde, crenças e atitudes desfavoráveis. Conseqüentemente, havendo ineficiência em captar o grupo alvo, não foi registrado impacto sobre o quadro de morbimortalidade (BRASIL, 2001).

O Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama foi criado em 1997 com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação. Desta forma, as diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde.

Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortaleceram e aumentaram a eficiência da rede formada para o controle do câncer (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com Brasil 2001 as principais estratégias para o controle desta doença, no Brasil, baseiam-se na disponibilização do exame cérvico-uterino (Papanicolaou) para as mulheres entre 25 e 59 anos de idade, no tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e no monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas suas diferentes etapas.

Devido a crescente necessidade por informações na área da saúde criou-se novos sistemas de informação em saúde. Ao lado de sistemas amplamente utilizados pelo MS como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação Compulsória (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e mais recentemente o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), vêm se juntando iniciativas mais recentes como o Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Esse sistema foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em parceria com o INCA, e destina-se ao armazenamento de informações do PNCCCU, reunindo dados de identificação da mulher, informações demográficas e epidemiológicas, além dos laudos padronizados dos exames citopatológicos e histopatológicos e de um módulo de monitoramento do processo de seguimento daquelas com lesões pré-neoplásicas e cânceres, sendo assim um importante aliado no gerenciamento do Programa (BRASIL, 2006 c).

Enfatizando o Programa da Saúde da Mulher na Atenção Básica, priorizando o controle, cura, prevenção e o resgate das condições saudáveis da mulher; uma das condições que possibilita esse resgate é a realização do exame ginecológico cérvico-uterino e mamas periodicamente (PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, 2007).

No Brasil, a estimativa sobre a incidência de câncer de mama e colo de útero, superam os demais tipos de câncer na população feminina, onde muitas vezes levam essas mulheres ao óbito. Apesar do conhecimento cada vez maior nesta área, a abordagem mais efetiva para o controle do câncer de mama e colo do útero continua sendo o rastreamento do exame PCCUM, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por esses dois tipos de câncer na população de risco (BRASIL, 2001).

O câncer de mama é uma doença em ascensão em todas as partes do mundo. As maiores incidências ocorrem em países industrializados. No Brasil, já representa a principal neoplasia maligna nas regiões sul, sudeste e nordeste. A frequência do câncer de mama eleva-se continuamente com o aumento da faixa etária (BRASIL/INCA, 2003).

O câncer cervical é responsável por 6% dos tumores em geral, 23,7% dos tumores ginecológicos e 471.000 casos novos no ano no mundo, sendo o terceiro em ordem de frequência tanto no Brasil quanto em Minas Gerais. Observado esses dados que comprovam a alta prevalência do câncer de mama e do colo uterino, sendo um dos principais agravos à saúde da mulher, se coloca a necessidade da elaboração de políticas de saúde mais eficientes e complementação das já existentes, e também uma melhor capacitação dos profissionais que atuam na saúde da mulher (FRANCO e MAGALHÃES, 2003).

A ampliação do papel dos governos subnacionais na formulação e implementação de políticas públicas nos últimos anos foi acompanhada pela inclusão de novos temas no campo de atuação dos governos estaduais e locais. Entre esses novos temas, inclui-se a questão de gênero (COELHO, 2003).

Tal incorporação nem sempre significa, no entanto, aderência à agenda de gênero ou incorporação da perspectiva de gênero entendido como uma ação que promove a redução de desigualdades entre homens e mulheres. Há programas que, embora focalizem as mulheres ou a elas dirijam módulos específicos, acabam por reiterar desigualdades de gênero, reafirmando uma posição tutelada e subordinada da mulher tanto no espaço público como no privado (CARRANZA, 1994).

Segundo o mesmo autor o alinhamento dos programas a uma das vertentes da agenda de gênero nem sempre ocorre. Por exemplo, no caso dos programas de geração de emprego e renda, a priorização das mulheres é defendida tanto pelos que enfatizam o impacto desse apoio no combate à pobreza como pelos que enfatizam a busca da autonomia das mulheres, vítimas da pauperização.

As políticas e programas analisados parecem sugerir que, entre a invisibilidade das mulheres e de suas necessidades e demandas e uma ação governamental resultante de uma consciência de gênero, que incorpore a perspectiva de gênero de forma sistemática e generalizada, há um terreno intermediário, associado a um processo incremental de transformação, em que alguns temas da agenda de gênero e algumas das abordagens propostas por movimentos e entidades de mulheres são incorporados, de forma gradual, abrindo talvez caminho para transformações mais profundas (FERREIRA, 1994).

Apesar dos avanços e das conquistas do SUS, nos últimos vinte anos, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como a usuária é acolhida nos serviços de saúde pública, o que causa uma dificuldade nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, por isso é importante trabalhar com acolhimento e humanização facilitando o acesso aos serviços de saúde.

2.5. Acolhimento e Humanização: Princípios para uma Política de Ação Integral da Saúde da Mulher

A história das mulheres na busca pelos serviços de saúde, expressa, com freqüência, discriminação e frustrações que aparecem como fonte de tensão e mal-estar psicofísico. A humanização e a qualidade da atenção, que norteiam a atual proposta, devem promover o reconhecimento e o respeito aos direitos humanos das mulheres, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar (HITA, 1998).

Humanizar e qualificar a atenção em saúde implica compartilhar os saberes e reconhecer os direitos. Qualificar a atenção em saúde significa ter

como referência um conjunto de aspectos diferenciados de indivíduo a indivíduo, como as questões psicológicas, sociais, biológicas. Sexuais, ambientais e culturais o que significa superar o biologicismo e a medicalização, e adotar o conceito de saúde integral e as práticas advindas das experiências das usuárias do serviço de saúde (ALEXANDRE, 2007).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, e não tem padrões ou características generalizáveis, pois em se tratando de seres humanos, cada profissional, cada equipe, cada instituição deverá buscar seu processo de humanização, e todas as instâncias devem estar envolvidas e motivadas no mesmo sentido: profissionais, gestores e formuladores de políticas de saúde.

Para Bedin, Ribeiro e Barreto, 2005, p.12, *“humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvido, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.”*

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006 a).

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (MERHY, *et al.*, 1999).

Matumoto (1998) apresenta o acesso aos serviços como *uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde*. A partir das relações que se estabelecem no

atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho (FERREIRA, 1994). Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência, é a construção de uma nova ótica no modo de ver a doença e o sofrimento, como responsabilidade social, novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania (MERHY, *et.al.*, 1999). Como a UBS constitui-se na porta de entrada da mulher para o programa de detecção precoce do câncer de colo de útero e mama, é importante ela estar bem preparada para a recepção e sensibilização da usuária, nos mais variados aspectos, incluindo a organização do espaço físico, sinalização da unidade e previsão do material de consumo.

2.6. O Câncer e a saúde da mulher

A relação direta do câncer com os hábitos de vida, fatores ambientais e exposição temporal justifica a coincidência de seu início com o surgimento da humanidade 400 anos a.C. Hipócrates foi o primeiro a definir a palavra câncer como algo maligno, posteriormente, há 200 anos (COELHO e KOWALSKI, 2003).

Tecidos e órgãos do corpo humano são formados por células, que se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação — o que pode provocar danos em um ou mais genes de uma única célula (BRASIL/INCA, 2003).

Câncer é uma doença que ocorre nas células quando um mecanismo normal de controle do crescimento e proliferação é inadequado, resultando em alterações morfológicas distintas nesta e em aberrações nos padrões teciduais. É o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o

crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidades de multiplicação das células e a capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases) (NETTINA, 2007).

Câncer sempre foi uma palavra assustadora para todas. Quando recebem este diagnóstico, muitos tem a reação de quem acabou de ser condenado a morte. Apesar das informações e dos grandes avanços terapêuticos obtidos na área, nos últimos anos, a primeira reação é de desespero (LIU, 2005).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas, estas podem interagir de diversas formas, aumentando com isso a probabilidade de transformações anormais (malignas) nas células normais. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (PINHO e FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, tais como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos. O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes

fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais freqüente nesses indivíduos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células (MALDONADO *et al.*, 1997).

2.6.1. Fatores de Risco de Natureza Ambiental

Os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados. A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins) o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) (PINHO e FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os 'hábitos' e o 'estilo de vida adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer. Muitos componentes da alimentação têm sido associados com o processo de desenvolvimento do câncer, principalmente câncer de mama, cólon (intestino grosso) reto, próstata, esôfago e estômago (NETTINA, 2007).

Alguns tipos de alimentos, se consumidos regularmente durante longos períodos de tempo, parecem fornecer o tipo de ambiente que uma célula cancerosa necessita para crescer, se multiplicar e se disseminar. Esses alimentos devem ser evitados ou ingeridos com moderação. Neste grupo estão incluídos os alimentos ricos em gorduras, tais como carnes vermelhas, frituras, molhos com maionese, leite integral e derivados, bacon, presuntos, salsichas, lingüiças, mortadelas, dentre outros (PINELLI, 2002).

Alguns fatores como tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefe de família – a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico da situação e doença das mulheres, entre elas, os cânceres (SMELTZER e BARE 2002).

Sabe-se que os fatores de risco são probabilidades de que um fato indesejado ocorra com isso fatores carcinogênicos atuam sobre pessoas predispostas para desenvolvimento onde há condições desencadeadoras de câncer de colo e mama. História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade. A idade é outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), a menopausa tardia (após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco para o câncer de mama (BRASIL/INCA, 2009).

Já os fatores de risco do câncer de colo de útero são os fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, tais como baixas condições socioeconômicas, a multiplicidade de parceiros, idade precoce na primeira relação sexual, multiparidade e a história de infecções sexualmente transmitidas principalmente pelo Vírus Papiloma Humano (HPV)⁴ que possui altas cargas virais e grande responsabilidade no aparecimento de novos casos. A infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer. Em situações de imunossupressão, tabagismo, corticoterapia, AIDS, entre outros a incidência está aumentada (NETTINA, 2007).

2.6.2. Câncer de mama

A mama feminina está intimamente relacionada com a essência da mulher. As mamas são marcadores físicos das transições de um estágio de vida para outros, embora a função primária das mamas seja a lactação, são consideradas um símbolo de beleza e sexualidade (RICCI, 2008).

Ainda de acordo com o mesmo autor, as mamas são formadas por um conjunto de glândulas, que tem como função principal a produção de leite.

⁴ HPV: É a sigla em inglês para papiloma vírus humano. Os HPV são vírus da família Papilomaviridae, capazes de provocar lesões de pele ou mucosa. Na maior parte dos casos, as lesões têm crescimento limitado e habitualmente regridem espontaneamente (NETTINA, 2007).

Desenvolve-se no embrião na região anterior do tórax, entre a segunda e sexta costela, na chamada “linha do leite”, que se estende da axila à região inguinal, onde podem persistir formando as chamadas mamas acessórias na idade adulta. É constituída por um conjunto de 15 a 20 unidades funcionais conhecidas como lobos mamários, representados por 20 ductos terminais que se exteriorizam pelo mamilo. Apresentam a forma cônica ou pendular, variando de acordo com as características biológicas corporais e com a idade da pessoa.

As mamas são constituídas de gordura, tecido conectivo e tecido glandular que contém lóbulos e ductos. Os lóbulos são as estruturas anatômicas onde o leite é produzido. Uma rede de ductos conecta os lóbulos ao mamilo. O tecido mamário se estende (sob a pele) até a região da axila. Um sistema de linfonodos é responsável pela drenagem linfática da mama, principalmente os linfonodos axilares e da cadeia mamária interna onde pode ser verificada na Figura 1. As mamas se localizam anteriormente aos músculos peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo (NETTINA 2007).

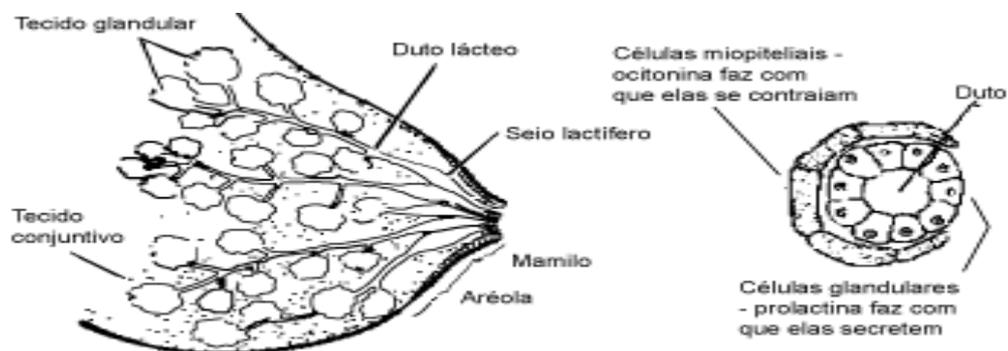


FIGURA 1: Anatomia da mama
Fonte: Brasil, 2006 g.

O câncer de mama como doença tem sua origem na Antiguidade, período em que foi inicialmente descrito pelos egípcios há quase 3 mil anos (2500 a 200 a.C.) e posteriormente relatado por gregos e romanos, com registros desde a Idade Média até os tempos modernos (BERGAMASCO e TSUNECHIRO, 2006).

Com cerca de 1 milhão de novos casos por ano, o câncer de mama representa a neoplasia mais freqüente e é a maior causa de morte entre as mulheres no Brasil. (PEREIRA, 2006). Os dados epidemiológicos disponíveis atualmente permitem considerar o câncer de mama como um problema de saúde pública no Brasil (BERGAMASCO e TSUNECHIRO, 2006).

O câncer de mama é a maior causa de morte entre as mulheres no Brasil. Esse tipo de câncer é um dos mais temidos entre as mulheres, uma vez que a mama apresenta importante significado estético, sexual e social em nossa sociedade. O câncer de mama pode ocorrer em qualquer parte da mama, mas é mais comum no quadrante superior externo, onde há mais tecido mamário. Em geral as lesões são insensíveis, fixas, rígidas e com bordas irregulares (PEREIRA, 2006).

O câncer de mama é uma das lesões malignas provavelmente mais temida pelas mulheres, devido à sua alta freqüência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (BRASIL/INCA, 2009).

O câncer de mama representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. O câncer de mama permanece como segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres (BRASIL/INCA, 2001).

O câncer de mama apresenta-se como um tumor de consistência dura, de limites mal definidos, de tamanhos que podem variar de 1 até vários centímetros de diâmetro, de acordo com o tempo de evolução. Pode estar com a mobilidade preservada ou aderido à pele, ao gradil costal ou a ambos. A pele que recobre a mama pode estar íntegra, ulcerada pelo tumor ou apresentar-se como uma casca de laranja (BERGAMASCO e TSUNECHIRO, 2006).

A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária é bem heterogênea entre estados e capitais do país; o que fica bem evidenciado ao observar-se a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de uma maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores

taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário. Na região Sudeste o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil (BRASIL/INCA 2009).

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor na mama, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante a casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (GERCK, 2007).

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o Exame Clínico das Mamas (ECM) e a mamografia. Quando realizado por médicos ou enfermeiros, o ECM pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial (BERGAMASCO e TSUNECHIRO, 2006).

A mamografia é um exame radiológico realizado com um mamógrafo, o qual comprime a mama nos eixos crânio-caudal e médio lateral que permite mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e melhor capacidade de diagnóstico (GERCK, 2007).

O INCA não estimula o Auto Exame das Mamas (AEM) como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama, devido os nódulos de tamanhos inferiores a 1 cm não serem detectados com o AEM, entretanto, os profissionais da saúde da mulher recomendam o exame das mamas pela própria mulher como parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo (BERGAMASCO e TSUNECHIRO, 2006).

Conforme pode se observar na Tabela 2 o INCA faz recomendações para os programas de rastreamento do câncer de mama no Brasil.

TABELA 2. Recomendações do INCA para programas de rastreamento do câncer de mama no Brasil

Idade	AEM	ECM	Mamografia
< 35	Mensal	a cada 2 anos	só se houver suspeita
35-39	Mensal	a cada 2 anos	só se houver suspeita
40-49	Mensal	Anual	risco alto ou suspeita
50 ou +	Mensal	1-2 vezes ao ano	risco alto ou suspeita

Fonte: BRASIL, 2004.

O AEM é realizado pela própria mulher com o objetivo de detectar precocemente nódulos mamários conforme a Figura 2. Deve ser realizado entre o 5º e o 7º dia após o fim da menstruação, afirmam Smeltzer e Bare (2002). Para aquelas mulheres que não menstruam, deve ser escolhido um dia do mês para realização deste exame. Cabe ao profissional ensinar a mulher como fazer o auto-exame (inspeção em frente ao espelho, palpação na posição ereta e supina e expressão do complexo aréolo-papilar), na primeira vez que esta procura o serviço de saúde para exames ginecológicos, para que, daí em diante, crie-se o hábito de examinar as mamas, perceber a textura normal do tecido e possíveis alterações (BARROS, 1988).

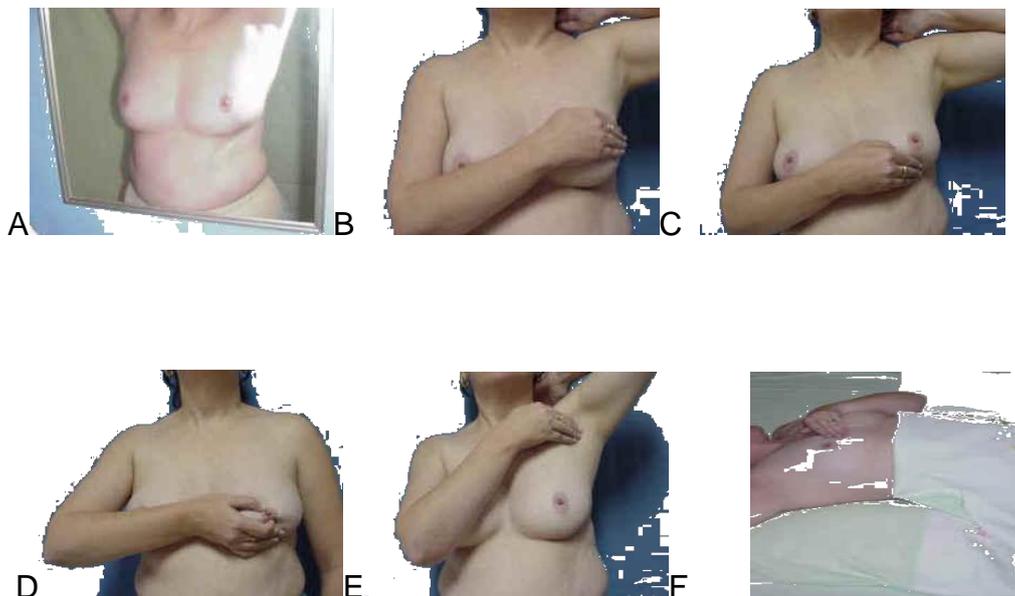


FIGURA 2: Exame realizado pela própria mulher com o objetivo de detecção precoce de nódulo mamário.

A: No espelho: coloque as mãos para o alto observe: formato, tamanho e contorno de mamas. B: Com o braço atrás da nuca, coluna reta e com a ponta dos dedos percorra todas as áreas da mama em movimentos circulares de fora para dentro, procurando por espessamentos ou caroços. Use a mão direita para examinar a mama esquerda e vice-versa. C: Movimentos circulares da parte externa superior da mama (perto da axila) em direção ao mamilo, de modo firme, mas delicado. D: Na expressão mamilar, observe a presença de secreções. E: As axilas devem ser examinadas do mesmo modo que as mamas. Realize movimentos circulares da mama para axila, observando a presença de caroços na região. F: Deitada, repita os passos.

2.6.3 Câncer de Colo de útero

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Essa última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal. O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco - epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. De acordo com Nettina (2007), entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar – JEC -, que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher Figura 3.

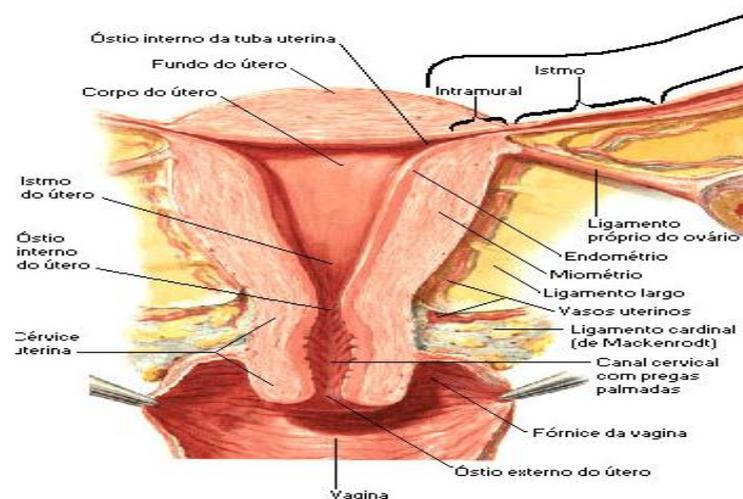


FIGURA 3: Anatomia do colo do útero

Fonte: <http://www.ginecologiaeprevencao.com.br/anatomia.htm>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2009.

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva e caracterizada por alterações intra-epiteliais cervicais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos. Possui etapas bem definidas e lenta evolução, podendo ser interrompido a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos (BRASIL, 2006 g).

O câncer cérvico-uterino vem sendo alvo de atenção da comunidade científica por ter elevadas taxas de morbimortalidade na população feminina, relacionado nos países em desenvolvimento com o perfil epidemiológico das mulheres, à frequência dos fatores de risco e, sobretudo ao grau de implementações de ações efetivas de curto e longo prazo em todos os níveis de saúde (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49% (BRASIL, 2006 g).

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparado com os mais desenvolvidos. A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. O número de casos de câncer do colo do útero no Brasil no ano de 2008 foi de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL/INCA, 2009).

A incidência do câncer de colo do útero é conseqüência da exposição das mulheres a fatores de risco, sendo os mais importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero: infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) - sendo esse o principal fator de risco; início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros sexuais; tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados; baixa condição sócio-econômica; imunossupressão; uso prolongado de contraceptivos orais e higiene íntima inadequada. Sabe-se hoje que para o surgimento do câncer do colo do útero a condição necessária é a presença de infecção pelo HPV. Aproximadamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (DOMINGOS *et al.*, 2007).

A infecção pelo HPV apresenta uma prevalência em torno de 20 a 40% entre as mulheres jovens, estando a carcinogênese associada ao tipo viral (alto risco oncogênico), à sua persistência e integração no genoma da célula hospedeira, bem como à carga viral (SANTOS *et al.*, 2003). Apenas certos tipos de HPV estão associados com câncer cervical e 4 tipos (16, 18, 31 e 45) respondem por 80% de todos os casos (BOSCH *et al.*, 1995).

A lesão precursora do câncer cervical é a displasia ou carcinoma *in situ* que pode se transformar em tumor invasivo. Esse processo, em geral, é muito lento. Estudos demonstraram que, em pacientes com carcinoma *in situ* não tratados, de 30 a 70% vão desenvolver câncer invasivo em um período de 10 a 12 anos. Em cerca de 10% dos casos, no entanto, a evolução pode se restringir a um ano. O prognóstico depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico. Com base em dados coletados em 96 centros oncológicos brasileiros, concluiu-se que entre 1995 e 2002 45,5% das pacientes com câncer de colo uterino encontravam-se nos estádios III ou IV no momento do diagnóstico inicial (THULE e MENDONÇA, 2005).

A prevenção primária do câncer de colo uterino passa por cuidados e informações incentivando à mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, ou seja, estímulo à exposição aos fatores de proteção, como, o uso de preservativos, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a orientação sexual, desestimulando a promiscuidade, alimentação saudável, prática de atividade física, evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas e não fumar. Em nível secundário de prevenção, está o exame ginecológico periódico, ou preventivo (Papanicolaou), que é recomendado pela OMS para o rastreamento, reduzindo a incidência e a mortalidade da doença (BRASIL, 2006 g).

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente, um exame deve ser feito anualmente e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de 1 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito trianual (BRASIL/INCA, 2001).

Até a década de 1990, o exame Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento como

testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI) são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos (BRASIL, 2006 g).

Apesar do conhecimento cada vez maior nesta área, a abordagem mais efetiva para o controle do câncer do colo do útero, continua, sendo o rastreamento por meio do exame preventivo. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada por meio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*. Para tanto é necessário garantir a organização, integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (ROCHA e ARAÚJO, 2001).

Comparado a outras neoplasias, o câncer cérvico-uterino apresenta uma característica importante: há longo tempo já está disponível um exame para o rastreamento da doença — o teste de Papanicolaou — capaz de detectá-la em fase pré-maligna ou incipiente. A grande redução da incidência e da mortalidade, observada desde o início dos anos 60 na maioria dos países desenvolvidos, tem sido atribuída à prática de rastreamento periódico com o teste de Papanicolaou (ROCHA e ARAÚJO, 2001).

No Brasil, apesar de introduzido na rede pública de serviços, a aproximadamente 25 anos, integrando programas regionais bem sucedidos e fazer parte do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) desde 1994, o exame (Papanicolaou) ainda é oferecido às mulheres de forma oportunista, quando estas comparecem à UBS para atendimento, principalmente para cuidados materno-infantil. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, de 2002 a 2003, mostrou uma variação de 73,4% (João Pessoa, Paraíba) a 92,9% (Vitória, Espírito Santo) de mulheres com idade igual ou superior a 15 anos, relatando ter feito pelo menos um exame nos últimos três anos. A principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do

útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero; exame de Papanicolaou; citologia oncótica; PapTest. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2006 g).

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Estas taxas podem estar associadas ao aumento e a melhoria do diagnóstico que melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por sua vez, dentre as causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; a baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte; a capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega às unidades de saúde; a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção - atenção básica, média complexidade e alta complexidade – e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2006 g).

2.6.4. O exame Papanicolaou

O estudo pioneiro, realizado por Georgios Papanikolaou⁵ na década de 1930, resultou em um procedimento que possibilitou a descoberta de lesões precursoras dez anos antes da manifestação do câncer propriamente dito no tecido cervical (MOTTA, 2008).

⁵ Georgios Nicholas Papanikolaou foi o pioneiro na citologia e detecção precoce do câncer.

O exame citopatológico (Papanicolaou) é o exame preventivo do câncer do colo do útero. É uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra de células da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice conforme pode ser verificado na Figura 4.

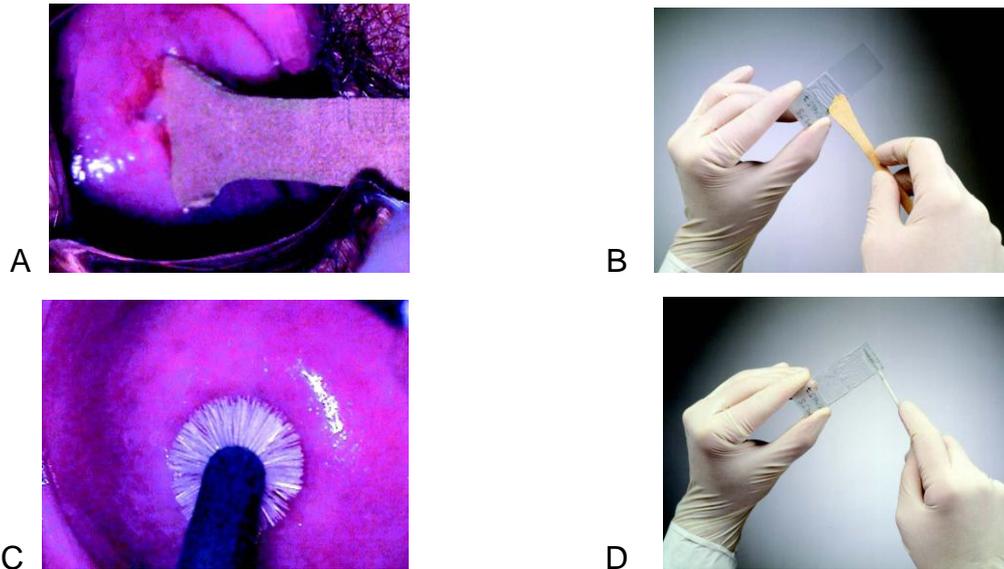


FIGURA 4: Coleta de amostra de material citológico do colo de útero para exame preventivo de câncer.

A: Coleta de material ectocérvice; B: Esfregaço ectocervical C: Coleta de material endocérvice; D: Esfregaço endocervical

Fonte: BRASIL, 2006 g

Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de Ayre⁶ e a de uma escova endocervical⁷. O objetivo do exame é detectar células cancerosas ou anormais. O exame pode também identificar condições não cancerosas como infecção ou inflamação. A evolução de uma lesão de baixo grau para um carcinoma invasivo pode levar 10 a 15 anos. É tempo suficiente para uma intervenção que poderá mudar o curso da vida da mulher (MALDONADO, *et al.*, 1997).

Normalmente o exame não é doloroso, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente. Para

⁶ Instrumento confeccionado de madeira com 18 cm de comprimento tendo uma extremidade arredondada e a outra afilada (BRASIL, 2006 g).

⁷ Escova com haste de 22 cm de comprimento e na extremidade fixado 03 cm de cerdas macias em formato cônico com ápice no pólo superior (BRASIL, 2006 g).

realização do exame preventivo do colo do útero e a fim de garantir a qualidade dos resultados recomenda-se: não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta; evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta; anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame; o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico, deve-se aguardar o 5º dia após o término da menstruação (BRASIL, 2006 g).

Após a realização do exame é importante verificar o resultado e se o exame acusou:

- Negativo para câncer: se esse for o primeiro resultado negativo, é necessário fazer novo exame preventivo após um ano. Se já houver um resultado negativo no ano anterior, o exame preventivo deverá ser realizado após 3 anos;
- Alteração Neoplasia Intra-epitelial escamosa Cervical (NIC), alterações epiteliais sugestivas de infecção por HPV. (NIC I): repetir o exame após 6 meses ;
- outras alterações (NIC II e NIC III): o profissional médico deverá decidir a melhor conduta, será necessário fazer novos exames, como a colposcopia;
- infecção pelo HPV: o exame deverá ser repetido após 6 meses (BRASIL, 2006 g).

Independente desses resultados é possível que a mulher possa ter alguma outra infecção que será tratada, devendo seguir o tratamento corretamente. Muitas vezes é preciso que o seu parceiro também receba tratamento. Nesses casos, é bom que ele vá ao serviço de saúde receber as orientações diretamente dos profissionais de saúde.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Para atingir os objetivos formulados, o trabalho foi conduzido em etapas conforme será descrito a seguir. Toda a execução foi permeada pela revisão bibliográfica.

Iniciou-se a pesquisa a partir de análise da literatura existente acerca do câncer de colo de útero e mama, formas de prevenção e fatores de risco, aproximando-se de informações que ajudaram a elaborar os instrumentos de levantamento de dados: roteiro de entrevistas. Em seguida realizou-se um levantamento da rede assistencial de saúde do município em estudo, sua localização e características socioeconômicas.

Optou-se por realizar um estudo de caso, pois, o estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa apropriada quando se pretende responder questões do tipo como ou porque, e permite o uso de diferentes formas de coleta de dados.

3.1. Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Coronel Fabriciano, que está localizado na região metropolitana do Vale do Aço, distando 198 km de Belo Horizonte, se enquadra na condição de cidade de prestação de serviços nas áreas do comércio, lazer, educação e cultura, tendo uma área de 222,08 km², uma população estimada de 105.971 habitantes, sendo 98% residente em área urbana (PREFEITURA DE CORONEL FABRICIANO, 2009).

A população está distribuída administrativamente em 7 setores regionais de acordo com a Tabela 3.

TABELA 3: População distribuída em setores regionais.

Setor	Regional	Bairros	População
1	Centro	Centro, Santa Helena, Professores, Nossa Senhora da Penha, Todos os Santos, Manoel Domingos, Nazaré, Santa Teresinha, Bom Jesus.	11.639
2	Caladinho	Caladinho, Aparecida do Norte, Jacinto das Neves, Universitário, Morada do Vale, Industrial Novo Reno, Pomar, Barbosa, Pedreira, Nova Tijuca.	17.251
3	Amaro Lanari	Amaro Lanari, Mangueiras, Santa Teresinha II, Ponte Nova, Aldeia do Lago.	11.367
4	São Domingos	Giovanini, Belvedere I, Belvedere II, Distrito Industrial, Juscelino Kubitschek, Vila Bom Jesus, Santo Eloy, Florença (Horto Cascudo), Melo Viana, Olaria, São Domingos, Recanto Verde.	21.732
5	Santa Cruz	Santa Cruz, Sílvio Pereira I, São Geraldo, Santa Rita, Sílvio Pereira II, Santa Inês, São Vicente (Xadrez), Santa Luzia, Pedra Linda, José da Silva Brito, Córrego Alto.	18.740
6	Floresta	Floresta, Surinan, Alipinho, Planalto, Santo Antônio, Gávea, Manoel Maia, Frederico Ozanan, Judith Bhering, Jardim Primavera, Tranquilão, Caladão/Potyra, Contente, São Cristóvão, Residencial Fazendinha.	14.499
7	Cocais	Cocais de Baixo, Cocais de Cima e adjacências.	2.744

Fonte: Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano, 2009.

No Município, 89,71% da população é atendida por rede de esgoto, 98,4% por rede de água e 93,1% tem o lixo coletado. Tem como forma de abastecimento de água em domicílios particulares a seguinte distribuição: água tratada (20.868); poço ou nascente (4.106); outras formas (805). O acesso à água tratada e fluoretada é um fator primordial para a redução de diversas morbidades. Nas áreas de serviços públicos, Coronel Fabriciano é sede regional de importantes órgãos do Estado, como a 9ª Superintendência Regional de Ensino, a Gerência Regional de Saúde, a 40ª Coordenadoria Regional do Departamento de Estradas de Rodagem de Minas Gerais, a Administração Fazendária, a Agência da Receita Federal. A rede municipal de saúde é garantida por doze UBS; uma equipe da Estratégia de Saúde da Família; uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; dezoito consultórios odontológicos, destes, seis instalados em UBS, doze em escolas municipais / estaduais. Em 2007, foram implantadas no município três equipes de Saúde da Família (SF) em regiões de maior vulnerabilidade social, mas ocupa o mesmo espaço físico das UBS (PREFEITURA MUNICIPAL CORONEL FABRICIANO, 2009).

As UBS são assim distribuídas: UBS Centro, UBS Santa Terezinha, UBS Mangueiras, UBS Amaro Lanari, UBS Caladinho, UBS JK, UBS São Domingos, UBS Nossa Senhora do Carmo, UBS Floresta, UBS Santa Cruz, Saúde da Família Caladão e PACS Cocais, Serviço de Fisioterapia, um Centro de Atenção Psicossocial II, um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Especialidades e Programas de Saúde, Setores de Vigilância Sanitária e Controle de Endemias, Vigilância Epidemiológica, e uma Farmácia Popular do Brasil.

Na Figura 5 destacam-se as fachadas das UBS que realizam o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um Toque de Saúde*”



FIGURA 5 - Fachada das UBS que realizam o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – Um Toque de Saúde”

A: Unidade de Saúde do bairro Centro; B: Unidade de Saúde do Bairro Caladinho; C: Unidade de Saúde do Bairro Floresta; D: Unidade de Saúde do Bairro São Domingos; E: Unidade de Saúde do Bairro Santa Cruz; F: Unidade de Saúde do Bairro Mangueiras.

Fonte: Autora.

A organização dos serviços de saúde no Município de Coronel Fabriciano está norteada nos princípios e diretrizes do SUS. O modelo técnico assistencial implantado tem como meta desenvolver ações prioritárias no Pacto pela Vida.

3.2. Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”

O Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” foi idealizado e implantado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano no ano de 2006, como estratégia para aumentar a cobertura de coleta de exame cêrvico-uterino e do ECM e, desta forma, atingir a meta pactuada com a Secretaria de Estado da Saúde por meio do Programa

Viva Mulher, que era de colher 480 exames por mês. A proposta foi apresentada, discutida com o Secretário Municipal de Saúde, Prefeito e enfermeiras responsáveis pelas UBS. Logo após a apresentação e discussão, a proposta foi aprovada e concebida como uma ação de governo.

De início, o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” funcionou, no período de fevereiro a novembro de 2006, em oito UBS, dentre as doze existentes no município. Estas UBS foram escolhidas por possuírem maior área de abrangência populacional e, além disso, ter o acesso facilitado pela localização geográfica e disponibilidade de transporte urbano nas suas proximidades. No horário de 19 às 21h, na segunda quarta-feira do mês, uma das oito UBS, escolhida iria ofertar exames de prevenção de câncer de mama e colo de útero (Papanicolaou) às mulheres trabalhadoras do município, aquelas que saem de casa para o trabalho quando a UBS inicia suas atividades e fecha antes mesmo de seu retorno à sua residência.

A cada mês, oito mulheres eram atendidas e, portanto, oito exames de detecção precoce de câncer de mama e colo de útero (Papanicolaou) realizados mensalmente somando sessenta e quatro até o final de 2006. A coleta dos exames era realizada pelas enfermeiras da rede municipal de saúde, após orientações sobre o auto-exame das mamas e a importância do retorno para buscar o resultado do Papanicolaou.

No final do ano de 2006, a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano avaliou o impacto do Programa em relação à cobertura pactuada com Programa Viva Mulher, considerando principalmente, a adesão das mulheres trabalhadoras ao Programa. Verificou-se que havia um número considerável de mulheres que saíam de diferentes bairros para procurar a UBS que estava ofertando o exame naquele mês, o que justificava a ampliação do atendimento em mais de uma UBS por mês. Então no ano de 2007 o Programa foi estruturado passando a ser desenvolvido mensalmente em seis UBS. No período de janeiro a dezembro de 2007, foram então ofertados trezentos e sessenta exames de detecção precoce de câncer de mama colo de útero (Papanicolaou), sendo que cada UBS ofertou cinco exames por mês, o que aumentou consideravelmente a cobertura do município e, conseqüentemente, possibilitou a prevenção do agravo e a promoção da

saúde da mulher, indo de encontro ao que é preconizado pelas políticas públicas de saúde.

No ano de 2008 o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” continuou sendo desenvolvido em seis UBS, com a oferta de cinco exames por mês em cada uma delas, perfazendo um total de trinta exames mensais.

Foram utilizadas como meio para divulgação do Programa, *out-door*, entrevistas em rádios e televisão local, panfletos, *folders* e carro de som.

3.3. Tipo de Pesquisa

Considerando a natureza do problema em estudo, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, usando a técnica de estudo de caso.

Bressan (2000), diz que no método de estudo de casos podem se obter evidências a partir de diferentes fontes de dados entre as quais destacam-se a entrevista e a observação.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva, têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação participante e as pesquisas quantitativas são aquelas onde os dados obtidos mediante levantamento podem ser agrupados em tabelas, possibilitando sua análise estatística podendo as variáveis do estudo ser quantificadas (GIL, 2002).

A abordagem qualitativa foi escolhida por ser a mais apropriada para analisar os relatos das mulheres que vivenciam o exame de prevenção do câncer de mama e colo de útero, de modo a atingir a realidade em que estas vivem, podendo assim conhecer suas percepções à cerca dos sentimentos vivenciados e identificando os motivos que as levam à adesão ou não da realização do exame.

3.4. População e Amostra

De acordo com a proposta deste estudo, foram informantes da pesquisa mulheres com idade entre 18 e 60 anos que procuraram o serviço de saúde por meio de um programa de prevenção de câncer de colo de útero e mama – o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”.

É importante destacar que o programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU) e de Mama é um programa já consolidado que pertence ao grupo de programas de controle de cânceres do SUS e que se enquadra no foco da prevenção primária.

O critério de seleção das entrevistadas foi tão somente o fato de estarem agendadas naquela Unidade de Saúde, no horário de 19 h para realizar o exame, entretanto, o grupo de informantes foi constituído a partir do desejo de participar da pesquisa, após a informação sobre o objetivo da mesma.

Por se tratar de um Programa voltado para mulheres trabalhadoras, foi respeitada toda e qualquer categoria profissional.

Do total de cento e vinte mulheres agendadas (100%), oitenta e cinco (70,9%) participaram da pesquisa, treze (10,8%) não concordaram e vinte e duas (18,3%) não compareceram para a realização do exame.

3.5. Estratégias para a coleta de dados

Para coleta de dados, foi utilizada como procedimentos básicos a entrevista semiestruturada.

A entrevista semi-estruturada é considerada como uma estratégia que a partir de certos questionamentos importantes para a pesquisa possibilita por meio da construção de um roteiro básico, maior liberdade de respostas pelo informante, sem perder de vista o foco colocado pelo pesquisador.

A entrevista é um instrumento básico para a coleta de dados permitindo a captação imediata e corrente da informação desejada, o aprofundamento dos dados, correções, esclarecimentos e adaptações que se tornarem necessárias, além de ser uma das fontes de dados mais importantes para o estudo de caso (BRESSAN, 2000).

Para se construir os instrumentos de coleta de dados, buscou-se determinar as variáveis mais significativas em relação à prevenção do câncer de mama e colo de útero.

3.5.1 Entrevistas

As entrevistas foram individuais, em ambiente fechado e pouco sujeito a interrupções, com duração aproximadamente de 30 minutos e para facilitar o registro dos dados, foram gravadas o que possibilitou a melhor obtenção de informações.

Durante as entrevistas utilizou-se um instrumento semi-estruturado (APÊNDICE I) com questões iniciais de identificação pessoal que incluíam idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão/ocupação, carga horária diária e renda. Esses dados foram coletados com o intuito de contextualizar o sujeito e facilitar novos contatos.

Em um segundo momento a pesquisa analisou a percepção das mulheres em relação ao significado atribuído ao conhecimento das mulheres sobre o câncer de colo de útero e mama. Em seguida o foco passa para a prevenção, destacando o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o que é e as formas de prevenção do câncer, se elas realizam exames ginecológicos periodicamente, se tem conhecimento sobre os fatores de risco, se tem o hábito de realizar o auto-exame das mamas?

Outra categoria observada nas entrevistas foi o conhecimento sobre o exame de preventivo (Papanicolaou), qual a importância e a periodicidade com que essas mulheres realizam o exame. Foi ainda abordado questões acerca dos sentimentos que as mulheres têm ao fazer o exame de preventivo.

Finalmente, as entrevistadas foram abordadas sobre o Programa “Viva Mulher Trabalhadora”, o que elas conheciam do Programa, como receberam as informações, como é o atendimento realizado fora do horário convencional das UBS e o que poderia ser feito para melhorar a adesão das mulheres ao exame ginecológico.

Os dados foram coletados na segunda quarta-feira dos meses de setembro a dezembro de 2008 no horário entre 19 às 21h, aproveitando o

momento em que as mulheres estavam aguardando o atendimento do exame ginecológico e preventivo.

Por se tratar de uma pesquisa onde a coleta dos dados ocorreram nas UBS e que as mulheres tinham os mesmos horários de atendimento , não foi possível a pesquisadora coletar os dados sem colaboradores. Para suprir essa limitação foi realizada uma seleção de graduandos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas (UNILESTE MG) que já tivessem cursado as disciplinas Saúde Coletiva e Saúde da Mulher. Após a seleção de 8 graduandos foi realizada capacitação com duração de 8 horas, informando os objetivos da pesquisa, para que os mesmos realizassem a entrevista e tivessem o cuidado de não influenciar nas respostas, sabendo ouvir e a partir daí fazer os questionamentos em relação ao objetivo da pesquisa.

3.6. Tratamento de dados

Após a coleta de dados, as entrevistas foram identificadas e transcritas para posteriormente terem seu conteúdo classificado e analisado com base em categorias de análise definidas nas mesmas. Para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.

Com a transcrição do material obtido foram realizadas leituras atentas e criteriosas de cada depoimento e das descrições das observações, recorte de trechos de falas, elaborou-se os núcleos de sentido: Dados de identificação como idade, estado civil, nível de escolaridade, número de filhos, profissão, renda e carga horária para contextualizar a amostra; dados em relação a saúde onde buscou se conhecer os conceitos de prevenção, o entendimento em relação ao câncer de colo de útero e mama, o significado destas doenças e os fatores de risco para estes tipos de cânceres, e verificou-se os hábitos de saúde em relação ao AEM; sobre a percepção do exame, periodicidade do exame, conhecimento em relação ao exame preventivo, periodicidade, e sentimentos em relação ao exame; acessibilidade ao serviço; qualidade do programa em estudo. Após a organização de todos os grupamentos, procedeu-se à análise dos temas, o que, basicamente, compõe a descrição dos

resultados obtidos, confrontando-os com revisão bibliográfica facilitando o entendimento e a interpretação dos mesmos.

3.7. Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos).

À Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano foi encaminhada em Fevereiro de 2009 uma carta para a autorização da pesquisa nas UBS (APÊNDICE II), às participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III), que constava de informações sobre a pesquisa, seus objetivos, sigilo das informações, uso do gravador, assegurado o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento em que o desejassem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos no Centro Universitário de Caratinga (ANEXO I). E para garantir o anonimato das mulheres que participaram da pesquisa, as mesmas foram denominadas por nome de flores e pedras preciosas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente tópico, apresentam-se os resultados obtidos mediante as análises dos dados, de acordo com os objetivos propostos nesta investigação. Os resultados referem-se às entrevistas semi-estruturadas realizadas junto a mulheres que procuram o serviço público de saúde por meio do programa para prevenção de câncer de colo de útero e mama – “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”.

4.1. Perfil das entrevistadas

Com a intenção de favorecer a contextualização dos sujeitos, os dados serão apresentados distribuídos por frequência e percentagem da procura das mulheres pelo Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”, por atendimentos mensais, idade, estado civil, número de filhos, profissão, carga horária, renda, objetivando uma leitura ampla, possibilitando assim a utilização de diferentes viés e pilares do tema abordado.

Observou-se que no decorrer da pesquisa de campo a adesão das usuárias ao programa, foi maior nos meses de setembro e outubro, totalizando

62,3% da amostra (Tabela 4) e decrescente, nos meses subsequentes como novembro e dezembro, totalizando 33,7%. A redução da procura ao programa nos meses de novembro a dezembro pode ser atribuída à priorização da utilização desse tempo, antes disponível para o cuidado com saúde, com atividades complementares de serviços para o aumento da renda familiar, uma vez que com a chegada das festas natalinas e de confraternização do final do ano, existe uma necessidade criada pelo capitalismo de compras de presentes, bens de consumo, alimentos, ornamentos para a festa, entre outros.

TABELA 4: Distribuição de frequência e percentagem da procura das mulheres pelo Programa Viva Mulher Trabalhadora, por mês do ano, idade e estado civil e número de filhos.

Mês	Frequência	Percentagem
Setembro	27	31,8
Outubro	26	30,5
Novembro	21	24,7
Dezembro	11	13,0
Total	85	100,0
Faixa etária	Frequência	Percentagem
≤ 24	22	25,5
25 - 59	47	55,5
≥60	16	19,0
Total	85	100,0
Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	17	20,0
Casada/unida	61	72,0
Divorciada/separada	6	7,0
Viúva	1	1,0
Total	85	100,0
Número de filhos	Frequência	Percentagem
0 a 2	69	81,2
3 a 6	13	15,3
Sem filhos	3	3,5
Total	85	100,0

A faixa etária mais prevalente entre as entrevistadas foi entre 25 a 59 anos (55,5%), seguida pela faixa etária menor ou igual a 24 anos (25,5%).

Destaca-se que o Programa Nacional de Prevenção do Câncer de Colo de Útero preconiza a faixa etária entre 25 e 59 anos para realização do exame, uma vez que o pico de incidência de câncer invasor ocorre na faixa etária entre 35 anos e 49 anos de idade e o do carcinoma *in situ* situa-se entre 25 e 40 anos (BRASIL, 2001a).

Apesar disso, o INCA e o Ministério da Saúde preconizam que toda mulher, independente da sua idade, que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo do câncer do colo uterino periodicamente, conduta ratificada pela OMS (WHO, 2007).

O câncer de colo uterino é tido como afecção progressiva e caracterizado por alterações intraepiteliais cervicais que podem se desenvolver para um estágio invasivo ao longo de uma a duas décadas. Possuindo etapas bem definidas e de lenta evolução, o câncer de colo de útero pode ser interrompido a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos. Mesmo assim, os índices são alarmantes. A cada ano, são diagnosticados 500.000 casos desse câncer, que, mundialmente, consiste na segunda principal causa de morte por câncer em mulheres (BRISTOW e TRIMBLE, 2006).

Ressalta-se ainda que, indiferente da idade, todas as mulheres que agendam o exame preventivo são submetidas ao ECM, que é realizado com a finalidade de detectar anormalidades na mama ou avaliar sintomas referidos por pacientes visando à detecção de câncer de mama palpável num estágio precoce de evolução, bem como se constitui em uma oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre este tipo de câncer, seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal. Segundo Brasil (2006 g), 5% dos cânceres da mama são detectados por ECM em pacientes com mamografia negativa, benigna ou provavelmente benigna. As técnicas do ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas elas preconizam a inspeção visual (estática e dinâmica), a palpação das mamas e dos linfonodos e a expressão mamilar.

A amostra constituiu-se por 72% de mulheres casadas ou que mantêm união estável, correspondendo aos dados apresentados para a região em estudo segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002).

Esse dado pode ser considerado relevante, uma vez que na ocorrência da doença, pode haver comprometimento da qualidade de vida das mulheres e de seus familiares, levando-se em conta ainda, que poderá ser essa mulher a mantenedora do sustento e esteio das relações familiares e seu parceiro dividir com ela dificuldades financeiras, emocional, psicológica e mesmo os trabalhos domésticos.

As mulheres sem parceiros fixos, geralmente solteiras, divorciadas, viúvas, e sem vivência familiar, corresponde a 28% da amostra. Constituem fator de risco aumentado a predisposição para o surgimento do câncer de colo de útero, por favorecer a multiplicidade de parceiros. Além disso, sem o uso adequado de preservativos propiciam o aumento de doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, não se pode concluir como verdadeiro que mulheres casadas tenham um só parceiro.

Ainda de acordo com as informações contidas na Tabela. 4, mais de 80% das entrevistadas possuem até 2 filhos, sendo que o total de mulheres sem filhos corresponde a menos de 4% da amostra. Apesar de sentir-se mais responsável do que o homem pelo cuidado com a casa e os filhos, a mulher de hoje, diferente da mulher de décadas passadas, deseja ou precisa trabalhar, ao mesmo tempo em que deseja ser mãe. Esse novo cenário reflete no número de filhos, ou seja, a mulher que trabalha fora passa a ter menos filhos que a mulher dona de casa. Por outro lado, nos últimos tempos, cada vez mais a mulher foi ampliando suas fronteiras para além do espaço doméstico no qual se limitava a cumprir as funções da casa. A mulher vem cada vez mais conquistando o espaço público ao sair para trabalhar, para estudar, para se divertir, tendo que se reorganizar, para enfrentar cobranças em relação ao seu papel na família como 'mulher-esposa' e 'mulher-mãe'.

É importante conhecer a ocupação, carga horária diária de trabalho, renda e escolaridade das mulheres submetidas a entrevista (Tabela 5), relacionando com o nível socioeconômico.

TABELA 5: Distribuição das usuárias por categoria profissional, carga horária diária, renda escolaridade.

Profissão	Frequência	Porcentagem
Artesã	3	3,6
Auxiliar de serviços gerais	11	12,9
Atividades domésticas	19	22,3
Auxiliar de escritório	4	4,7
Balconistas	17	20,1
Cabeleireira	4	4,7
Comerciante	11	12,9
Costureiras	4	4,7
Do lar	10	11,8
Estudantes	2	2,3
Total	85	100,0
Carga horária	Frequência	Porcentagem
4 a 6	10	11,7
7 a 8	47	55,3
≥ 9	28	33,0
Total	85	100,0
Renda	Frequência	Porcentagem
0 a 1	48	54,0
2 a 3	33	39,0
≥ 4	4	7,0
Total	85	100,0
Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Ensino Fundamental	36	42,4
Ensino Médio	47	55,3
Graduação	2	2,3
Total	85	100,0

De acordo com os resultados apresentados Tabela 5, 55,3% das mulheres trabalham de 7 a 8 horas diárias, e as atividades que mais se destacaram foram as atividades domésticas representando 22,3%, balconista 20,1%, serviços gerais e comerciantes, juntas totalizaram 25,8%. Destaca-se ainda que 33% das entrevistadas apresentam carga horária maior ou igual a 9 horas e apenas 11% carga horária entre 4 a 6 horas.

A mulher chega então ao século XXI com um acúmulo de tarefas e, entre as conquistas aparentes, ainda é a responsável pelo bom andamento das

relações familiares, dificultando-lhes, quase sempre, o desempenho profissional. Quando se trata da conciliação entre carreira e família, a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos pesa sobre as mulheres, a dupla jornada de trabalho (no emprego e em casa), em muitos casos torna difícil o acesso às unidades de saúde em razão da falta de tempo, ou seja, em muitas situações o horário de trabalho dessas mulheres é incompatível com o horário de funcionamento das UBS.

Quanto à renda familiar, o grupo estudado recebe, em média, um salário mínimo, representando 54,0% das entrevistadas, este dado evidencia, ainda, que a renda dessas mulheres encontra-se abaixo da média brasileira per capita, uma vez que as principais características da distribuição do rendimento das pessoas economicamente ativas no Brasil, de 2007 para 2008, eram correspondentes a 2,32 salários mínimos, conforme revelado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)-2009, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009).

A situação socioeconômica das mulheres é destacada como um dos fatores mais importantes a influenciar o comportamento preventivo. Entretanto apesar de vários trabalhos relacionarem a baixa renda com o aumento significativo da prevalência da não realização do exame preventivo, o Programa é destinado prioritariamente as mulheres de baixa renda.

As mulheres que integram seguimentos de maior renda e com maior escolaridade apresentam maior probabilidade de realizarem os exames preventivos e a medida que diminui o nível socioeconômico, aumenta significativamente a prevalência de mulheres sem cobertura pelo exame Papanicolaou (CÉSAR *et al.*, 2003). Em um estudo realizado por França Jr. (2003) sobre os motivos para a realização ou não do exame preventivo, na cidade de São Paulo, detectou que o baixo nível sócio econômico pode dificultar o acesso ao serviço de saúde devido às barreiras geográficas, tais como: distância ao serviço de saúde, dificuldade de transporte, burocracia e tempo gasto no agendamento dos exames E existia uma associação muito íntima entre o baixo nível de escolaridade e renda familiar, fazendo com que essas mulheres sejam mais suscetíveis ao acometimento do câncer de colo de útero.

Questionadas sobre a escolaridade 42,4% das mulheres entrevistadas, afirmaram menos de 4 anos de estudo, correspondendo ao Ensino Fundamental incompleto. A baixa escolaridade pode estar associada ao baixo poder aquisitivo das participantes do estudo. Todavia, no estudo, 2,3% das entrevistadas apresentaram curso superior. Ressalta-se que, o público alvo atendido no Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” é composto, em sua maioria, por mulheres trabalhadoras que tem acesso exclusivamente ao serviço de saúde público e que mulheres com nível de escolaridade superior, geralmente possuem um poder aquisitivo melhor, procurando desse modo serviços particulares ou convênios de seguro saúde.

A baixa escolaridade, assim como, os baixos salários não contradizem os estudos que afirmam que a procura por exames preventivos se dá por pessoas com maior escolaridade e com maior nível de renda, pois aqui se trata de um estudo de caso que busca atender as mulheres trabalhadoras, que tem acesso exclusivamente ao serviço público de saúde.

Por se tratar de um estudo de caso, específico de um programa voltado exclusivamente para usuárias que utilizam os serviços de saúde pública, este trabalho não pode inferir sobre a renda e a escolaridade. O Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”, funciona exclusivamente no período noturno, as UBS são próximas de suas residências para contemplar as mulheres que trabalham durante o dia, contribuindo assim, para a prevenção das doenças, favorecendo o auto-cuidado, pois, muitas vezes, a mulher não procura os serviços durante o dia não por desinteresse, mas por falta de tempo devido as atividades de trabalho, dificultando assim o acesso dessas mulheres nas ações de prevenção dos cânceres de mama e colo de útero.

4.2. Dados de saúde

A prevenção e os riscos do câncer de colo de útero e de mama foram discutidos junto às entrevistadas, por se considerar que é necessário conhecer como as ações envolvidas no Programa Viva Mulher, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, são percebidas pelas mulheres; qual o entendimento da lógica de praticarem e buscarem por as ações de prevenção,

enfim entender em que nível de necessidade se encontram as práticas de prevenção, entre elas o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”, para as mulheres entrevistadas:

4.2.1 – Conceito de Prevenção

Percebe-se nos relatos expressos pelas entrevistadas que, a prevenção, significa para elas algo que impeça a doença de aparecer, ou seja, alguma ação que evite, interceda, até mesmo estacione o processo de adoecimento.

Eu acho que significa uma coisa super grande como diz o próprio nome prevenir... às vezes começa com uma infecção e quando vai ver o negócio já se expandiu... tem que estar fazendo, acho que é super importante. (Brilhante, 35 anos, casada)

Importante e necessário. Todas as mulheres deveriam fazer... acho que é uma satisfação, mesmo porque eu gosto de cuidar da minha saúde.... (Acácia, 29 anos, solteira)

Para mim é uma segurança, é uma forma de ficar atenta se tiver algum problema. Para mim é segurança mesmo... (Rubi 32 anos, casada)

Acho que é um cuidado que toda mulher deve ter porque o câncer, ou qualquer outra doença infecciosa ta aí, pode acontecer com qualquer pessoa... acho que é um procedimento necessário para prevenir.... (Topázio, 33 anos, solteira)

Prevenir é, sei lá é tanta coisa que a gente vê... Diz que tem que fazer exame, não beber, não fuma... para o câncer de útero e esse exame aí... e de mama tem também a mamografia, aquela que a gente faz em outro lugar no posto não faz não... (Turmalina, 34 anos, casada)
... eu acho que tem que fazer prevenção sim é necessário. Inclusive amigas minhas que não fizeram, tiveram até que arrancar o útero, por um descuido bobo às vezes... aí começa com dor, com problemas e aí foi se agravando... eu acho importante fazer mesmo. Eu sou a favor de prevenir a saúde... (Safira, 27 anos, solteira)

Pode-se observar pela resposta das entrevistadas que o conceito de prevenção vai de encontro ao apresentado por Rouquayrol e Goldbaum (1999), que definem prevenção em Saúde Pública como uma ação antecipada, que

tem por objetivo, interceptar ou anular a evolução da doença. Apresentam também a prevenção como ações abrangentes e antes de serem técnicas, educativas, deveriam se dar no palco das decisões político-econômicas, por entenderem que as ações dos profissionais de saúde se tornam mais eficientes a partir do momento em que estas situações estejam de acordo com as necessidades das comunidades envolvidas. Segundo, Nutbean (1996), em se tratando de enfermidades específicas, a prevenção é uma estratégia para reduzir os fatores de risco ou reforçar fatores pessoais que diminuem a sua suscetibilidade à enfermidade.

Quando se pensa no processo saúde/doença, prevenção e comportamento preventivo de saúde, no que se refere ao cuidado individual concorda-se que a apropriação pelos indivíduos dos saberes sobre saúde como risco e danos, exames, terapias e práticas voltadas à preservação e recuperação da saúde, valendo-se dos veículos de comunicação, torna o próprio sujeito responsável por decisões e ações que, direta ou indiretamente, afetam sua saúde, e um dos privilégios para prevenção é poder intervir a fim de evitar um mal maior (BATISTA *et al.*, 2006).

4.2.2. Significado de câncer de colo de útero e mama

Percebe-se que as entrevistadas não são vazias de conteúdo sobre o conceito de doenças, pelo contrário, as pessoas constroem seus conhecimentos, chegando senão junto, mas muito próximas da essência do significado delas, conseguindo, inclusive, dar exemplos pertinentes e concretos do conhecimento.

Acho que o câncer éna mama começa com um caroço que pode doer ou não, ele mexe ou também pode não mexer, e do colo do útero é quando a gente começa apresentar sangue na vagina ou então “escorrimento”, não sei muito bem explicar só sei que não quero ter.(Topázio, 33 anos, solteira)

Câncer na mama eu sei explicar agora de útero acho que não sei vou tentar...na mama é quando aparece um carocinho que dói e sai secreção no bico do seio agora do útero acho que são feridas na vagina.... não gosto nem de falar nisso. (Safira, 27 anos, solteira)

O câncer de útero pode começar a aparecer quando a gente começa a sentir dor no pé da barriga, corrimento e infecção, na mama começa com um caroço. (Diamante, 30 anos, solteira)

Quando começa aparecer ferida na vagina, e essa ferida vai aumentando se a gente não cuidar. O câncer da mama também aparece com um carocinho e vai aumentando. (Pérola, 55 anos, separada)

Eu acho que o câncer de colo de útero aparece junto com verrugas na vagina, acho que é causada por um vírus esqueci o nome, mas já ouvi falar, fala até que tem vacina é verdade? De mama é um carocinho que vai aumentando. (Orquídea, 44 anos, separada)

Eu não sei falar, só sei que se descobrir no início tem cura os dois, por isso faço o exame sempre, tenho pavor até de falar esse nome. (Papoula, 26 anos, solteira)

As mulheres entrevistadas demonstraram em seus relatos que elas tem conhecimento da forma mais simples sobre o que é o câncer, e fica evidenciado também o medo que as mesmas tem destas doenças.

Essas falas exigem uma reflexão maior. As mulheres que procuram os serviços de saúde, ou seja, as que efetivamente acreditam na prevenção, sabem pouco sobre o câncer de mama e colo de útero. A participação dos profissionais de saúde na atividade de informar e educar a comunidade em e para a saúde mostra-se extremamente importante. As ações educativas, para serem eficazes e provocadoras de mudança de atitudes precisam ser envolventes e ter comprometimento do profissional.

O saber sobre o câncer, o que é, como se desenvolve, os fatores de risco e a importância da realização de exames preventivos e a detecção precoce da doença e o poder discutirem e refletir sobre essas informações são ações que instrumentalizam a mulher para tomar decisões sobre sua vida e sua saúde.

4.2.3. Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero e mama

Questionadas sobre o conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero e mama, todas as entrevistadas relataram ter informação

sobre esses fatores de risco, contudo, ao serem analisadas as falas, observou-se a desinformação acerca dos fatores de risco, tratamento, recidivas, e sobre a relação do papilomavírus humano (HPV) com o câncer de colo de útero.

Não sei quase nada sobre essa doença, a não ser que é uma DST.
(Begônia, 37 anos, casada)

Já tinha ouvido falar em condiloma, mas não sabia que era uma DST, hoje só sei isso. (Gardênia, 32 anos, casada)

É uma doença de rua, pode dar complicações, mas não sei quais, se previne usando camisinha. (Hortência, 39 anos, casada)

Se pega com sabonete, toalha, no nascimento e em relações sexuais sem preservativo. Sei que é necessário fazer cauterização ao perceber as verrugas. (Brilhante, 35 anos, casada)

É uma doença que se transmite por via sexual, o tratamento é por cauterização, será que volta? (Ágata, 33 anos, casada)

Anticoncepcional, por isso que não tomo, prefiro usar camisinha.
(Diamante, 30 anos, solteira)

Quando a gente não tem filhos e não dá de mamá.... (Opala, 27 anos, solteira)

A história natural do câncer de colo de útero também está fortemente relacionada à presença de infecção, sendo a associação deste com o HPV. Além disso, há outros fatores de risco para esta doença, como o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, a exposição às doenças sexualmente transmissíveis, o tabagismo, a baixa condição socioeconômica, a higiene íntima inadequada e o uso prolongado de contraceptivos orais.

Ao se perguntar sobre os fatores de risco para o câncer de mama, percebeu-se na fala das mulheres na faixa etária entre 39 a 59 anos, de modo geral, dificuldade em expressar, ou desconhecimento, fato este constatado nas falas das entrevistadas:

...fator de risco, o que é isso mesmo... ah, você não pode me ajudar né, acho que é quando aparece um carocinho.....é isso mesmo né ? (Pérola, 55 anos, separada)

Sei sim, é quando a gente faz o exame em casa e aí acha um nódulo ou então quando sai um líquido no bico do seio. (Berilo, 49 anos casada)

...bem não sei explicar muito bem não, acho que é quando a mulher não tem filhos, não amamenta e toma remédio para não engravidar....aí fica mais fácil pegar a doença. (Esmeralda, 42 anos, casada)

Quando uma pessoa na família tem a outra também vai ter.... (Orquídea, 44 anos, separada)

Porém, na faixa etária entre 29 e 38 anos, onde a incidência de câncer de mama é menor, as mulheres estudadas demonstraram maior conhecimento do sobre os fatores de risco, destacando-se as seguintes falas:

Um dos fatores de risco que conheço é quando a mulher não amamenta, fuma, tem uma vida sem fazer atividade física e também na mulher mais velha que o risco é maior. (Sempre Viva, 25 anos, casada)

Cigarro, bebida, não ficar grávida e não dar de mamar e também quando tem alguém na família com essa doença. (Rosa, 23 anos, solteira)

Muitos eu não sei te informar, mas acho que o fator de herança..... aquilo que passa de uma pessoa da família para outra... e também cigarro, uso de anticoncepcional durante muito tempo, não ter filhos e não amamentar. (Papoula, 26 anos, solteira)

Mulheres com história de menarca precoce, primeiro filho em idade avançada, obesidade na pós-menopausa, câncer de ovário, densidade mamária elevada, doença mamária benigna, exposição ao tabaco, a radiações ionizantes e pesticidas / organoclorados apresentam aumento no risco de desenvolver câncer de mama. Além disso, mulheres que tiveram câncer em

uma das mamas apresentam um elevado risco de desenvolver a doença na mama contra-lateral (FLETCHER, 2002).

Vários fatores de risco são identificados para o câncer de mama e do colo do útero e a grande maioria deles está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Dentre eles destacam-se os sociais, ambientais e os hábitos de vida. O conhecimento das mulheres em relação aos fatores de risco favorece comportamentos satisfatórios frente à realização de exame Papanicolau e ao ECM, contrapondo-se à falta de informação, o que torna as mulheres mais distanciadas do serviço de saúde bem como à adoção de hábitos saudáveis de vida.

4.2.4. Auto-exame das mamas

A maioria das entrevistadas, ou seja, 70,5% (60 mulheres) referiram que fazem o auto-exame das mamas; enquanto 29,5% (25 mulheres) relataram que não realizam esse exame.

Visto o medo que essas mulheres têm de ter um câncer da mama, muitas vêem como finalidade do auto-exame das mamas a possibilidade de evitar o aparecimento do câncer e de outros problemas. Quando questionadas sobre o que é auto-exame das mamas e se tem o hábito de realizá-lo as entrevistadas se manifestaram da seguinte forma:

Encalca o peito para saber se tem caroço, faço 2 vezes por mês.
(Margarida, 42 anos casada)

Exame para procurar doença, faço quando lembro, assim de 3 em 3 meses com certeza, mas acho que tem que ser todo mês. (Orquídea, 44 anos, separada)

Através do exame, saber se tem nódulo, câncer, alguma coisa, o dia certo pra fazer é quando termina a menstruação, faço todo mês.
(Copo de Leite, 35 anos, solteira)

É a procura de alguma coisa diferente, um caroço, uma coisa dolorida, faço sim, não sei se faço certo, mas tenho muito medo de ter a doença. (Berilo, 49 anos casada)

Fico caçando no peito se acho alguma glândula, como ensinam na televisão, no posto e pra falar a verdade eu não faço não, nem lembro é tanta coisa que tenho que fazer....quando lembro é só quando sinto alguma coisa me incomodando. (Turquesa, 40 anos, casada)

Eu já ouvi falar que pode nascer um caroço e ser um câncer. Muita gente diz que não dói e quando vem saber, já é tarde. O auto-exame deve levantar o braço, ficar apalpando, até procurar alguma coisa. Eu sempre faço auto-exame. Faço de mês em mês, mas não tem dia certo. Faço no dia que me lembro ou quando a mama está mais doída...Eu acho ruim tocar o seio, porque eu tenho medo. Medo de encontrar alguma coisa. (Jade, 33 anos, casada)

Pode-se notar através das falas das entrevistadas dúvidas relacionadas a periodicidade e à realização do auto-exame das mamas. A periodicidade na realização para o exame para Ferreira e Oliveira (2006) está relacionada a fatores do cotidiano, como afazeres socialmente necessários realizados pelas mulheres como funções de serem mães, donas de casa e trabalhadoras.

É importante destacar que o AEM não deve ser visto como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. Ele deve fazer parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. Afinal, o diagnóstico precoce é a maior garantia e sucesso no tratamento do câncer de mama, e a mulher presta relevante contribuição na detecção precoce, quando realiza o auto-exame sistematicamente (ARAÚJO, OLIVEIRA e BARBOSA, 2004).

Um das entrevistas destacou-se ao citar, corretamente, as três etapas do AEM, que consiste em inspeção, palpação e expressão mamilar, ao declarar:

É um exame de toque na mama que eu posso tá fazendo em casa. Agora que minha menstruação não vem mais, eu costumo fazer sempre no início de cada mês. Primeiro, eu olho meus seios no espelho, depois palpo debaixo do chuveiro e deitada na cama. Por último, espremo os bicos pra ver se sai algum líquido, lá de dentro. Sei também que nesse exame eu posso encontrar caroço, mas isso não quer dizer que seja câncer de mama. caroços grandes, sem dor e que não se mexem, algumas manchas de cor avermelhadas e pele do seio áspera, tipo podem ser sinais de que eu já esteja com a doença. (Água Marinha, 52 anos, casada)

Nota-se que a entrevistada possui bom conhecimento em relação ao AEM, pois em sua fala, relatou os tempos do mesmo, além de escolher um dia fixo no mês para realizar o auto-exame, corroborando com Bergamasco e Tsunechiro (2006) que afirmaram que as mulheres que não menstruam, menopausadas ou submetidas à histerectomia, ou ainda gestantes e nutrízes devem realizar a escolha arbitrária de um dia do mês para realização mensal do AEM.

Observa-se ainda que, a entrevistada destaca possíveis achados durante a realização do AEM. Alguns achados anormais são encontrados nas mamas ao realizar-se o auto-exame como: o mamilo invertido; a proeminência venosa aumentada; o fibroadenoma (nodosidade mamária benigna) e o aspecto de casca de laranja apresentado pela pele da mama. (SMELTZER e BARE, 2006).

Segundo Brasil (2006 g), apesar do AEM, quando utilizado isoladamente, não ser efetivo para a redução da mortalidade pelo câncer de mama, este exame ajuda a mulher a conhecer melhor o seu próprio corpo e uma vez observada alguma alteração, auxilia na procura pelo serviço de saúde para avaliação por um profissional de saúde para rastreamento e diagnóstico.

As mulheres pesquisadas relataram ainda, o medo da instalação de uma doença degenerativa e mutilante, como o câncer de mama:

Prevenir contra o câncer é muito bom, principalmente das mamas, porque já vi falar que tem que tirar se tiver alguma doença aí acho que eu ia ficar muito triste, quase sem vontade de viver, todo mundo me olhando, acho que não agüentaria, faço mensalmente. (Jade, 33 anos, casada)

É uma doença no seio, devido a um caroçinho que aparece e a gente tem que ter o cuidado de fazer o exame do toque e procurar um especialista, caso encontre alguma coisa estranha. Eu imagino assim, porque senão posso até ter que fazer cirurgia e acho que ficar sem uma parte do corpo... meu seio acho que não ia conseguir me olhar no espelho e nem sair mais de casa. (Jaspe, 45 anos, casada)

Os relatos das mulheres entrevistadas validam Bergamasco e Tsunechiro (2006) ao afirmarem que a percepção das primeiras evidências da doença (câncer de mama), bem como sua constatação, são etapas iniciais

experimentadas pela mulher e a interpretação desta experiência é determinante de seus sentimentos, comportamentos e atitudes ante a doença e suas interações com a família e com as pessoas de seu convívio.

Observa-se que o medo e a idéia de mutilação permeiam o universo dos sentimentos destas mulheres em relação ao câncer de mama, visto o valor que é dado por nossa sociedade ao corpo e para a mulher significa mais que uma amputação, repercute em todo o seu ser, sua auto-estima, seus relacionamentos e em sua imagem corporal.

As técnicas de tratamento do câncer de mama sofreram grandes mudanças nos últimos 20 anos, as cirurgias estão mais conservadoras e as terapias complementares procuram causar o menor efeito secundário possível. Também se tornou imprescindível uma abordagem multidisciplinar destas pacientes buscando não somente à cura do câncer mas, à recuperação das pacientes em âmbito físico, psicológico e social, visando à melhora da qualidade de vida (GIMENES e FÁVERO, 2000).

O câncer ainda tem conotações negativas e é representado pelas suas conseqüências trágicas como a iminência presente do medo de morrer, carregada de estigmas de discriminação e rejeição social, desde o meio familiar até as perdas de atividades produtivas no nível físico, afetivo, familiar, econômico, social, cultural (LINARD *et al.*, 2002). Mantive, pois ainda existe conotação negativa.

O diagnóstico de câncer é muitas vezes vivenciado com tamanha intensidade que se assemelha à dor da perda de um ente querido. A ameaça de mutilação pode ser devastadora, principalmente porque a mama é considerada um símbolo da vida, do erotismo, da sedução e da beleza (BOFF, 1999). Porém, de acordo com Gimenes e Fávero (2000), as técnicas de tratamento do câncer de mama sofreram grandes mudanças nos últimos 20 anos, com cirurgias mais conservadoras, terapias complementares que buscam causar o menor efeito secundário possível e abordagem multidisciplinar das pacientes, buscando não somente à cura do câncer, mas à recuperação dessas mulheres em âmbito físico, psicológico e social, visando à melhoria da qualidade de vida.

Diante desses fatos, o profissional de saúde deve incorporar à sua prática ações para o controle do câncer de mama, por meio do encorajamento das mulheres na realização mensal do AEM.

4.3. Percepção do exame de preventivo de câncer de colo de útero

Quando questionadas sobre o conhecimento do exame preventivo – Papanicolaou e o ECM, 100% das entrevistadas relataram ter conhecimento, que viram falar em televisão, entrevistas, receberam informações de profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde, inclusive ressaltaram sobre a importância da realização dos mesmos, destacando-se as seguintes falas:

Eu tenho visto na TV. Acho que foi muito importante o Ministério da Saúde ter bancado este tipo de propaganda na TV, que é um meio de comunicação de massa. Além disso, parece que tem camisetas que aparecem com a divulgação; a gente sempre encontra folhetos nas unidades de saúde. Acho que tem havido esforço de divulgar. Eu acho que as campanhas lembram as mulheres para a prevenção. (Alexandrita, 36 anos, casada)

Sim já ouvi falar na TV, significa que antes prevenir do que remediar já tem aquele ditado que diz isso! Remediar sai muito mais caro do que prevenir ... esse exame que eu fiz é uma maneira de prevenir, que é o Papanicolaou, e também da mama agora tem campanhas, porque antes não tinha, o Papanicolaou é uma prevenção do câncer, se já tem começo da doença. (Jade, 33 anos, casada)

As últimas campanhas têm focado a questão do acesso aos exames ... no começo, quando surgiram as campanhas, esta parte do serviço público era deixada um pouco de lado...mas, nas últimas duas campanhas, a gente tem notado melhora... (Camélia, 52 anos, casada)

A realização do exame preventivo ou Papanicolaou é o primeiro passo para o diagnóstico do câncer do colo do útero. A realização desse exame é uma atividade implantada em todas as Unidades de Saúde, que é a porta de entrada do Sistema de Saúde. Todas as mulheres que vão às UBS podem realizar o exame na própria Unidade. Como já foi descrito anteriormente, a

coleta do material é feita por um profissional de saúde treinado para essa atividade e não é necessariamente o médico. O resultado do exame também é entregue na própria Unidade de Saúde, pelo profissional que realizou o exame. Ressalta ainda que em uma pesquisa realizada em uma UBS na cidade de Natal/RN, com 120 mulheres a respeito do conhecimento sobre o exame preventivo, identificou-se que sentimentos como o medo e a vergonha foram às principais causas atribuídas por 35 mulheres (42%) para a não realização do exame papanicolaou (DAVIM, *et al.* 2005).

De acordo com Sant'Anna (2000), quebrar o tabu, romper a vergonha e falar sobre o câncer tornaram-se experiências bem vistas pela mídia. Nesta época de desenvolvimento de campanhas, do despertar perante as vantagens das atitudes preventivas, o paciente de câncer que se dispõe a falar sobre como ele enfrenta a própria doença tende a ganhar um valor novo, antes pouco conhecido.

4.3.1. Periodicidade da realização do exame preventivo e qual profissional realizou.

Ao serem interrogadas sobre a periodicidade da realização do exame de prevenção, das 85 entrevistadas, 55% das entrevistadas informaram realizá-lo anualmente e 45% a cada 2 anos. Deste contingente, nove mulheres (33%) procuram atendimento a partir de sintomas, conforme relatos de Azaléia e Jasmim:

Um pouco é porque fazia cinco anos que não fazia o exame, quero saber se está tudo bem. O certo tem que fazer todo ano. Aí eu fui deixando, deixando e agora tive que fazer. Não tenho medo que tenha alguma coisa errada, porque eu não sinto nada, nada. Eu fiz para ficar mais tranqüila. (Azaléia, 37 anos, casada)

Eu vim fazer por causa da dor que eu tenho 'no pé da barriga e corria por baixo'... e também senti um caroço na minha mama.... e fazia dois anos que não fazia ... Ah, sem dor não tinha feito. Eu vim ver se tem alguma coisa errada. (Jasmim, 33 anos, solteira)

Em contrapartida, houve associação entre a realização anual do exame de prevenção, bem como a ida ao ginecologista/enfermeiro, como um ato de

responsabilidade e compromisso com a saúde da mulher conforme depoimentos:

Considero sim o exame importante, eu tenho que fazer, porque se eu não fizer esse exame eu nunca vou saber o que eu tenho ... Aí todos os anos eu faço. (Violeta, 28 anos, casada)

Fiz exame em 2008... Tem mais ou menos um mês que a gente falou (com vizinha) que tava na época da gente fazer, aí ela, marcou né ... Aí viemos juntos hoje fazer o exame... (Petúnia, 37 anos, casada)

Pode-se observar na pesquisa, portanto, adesão de 55% das usuárias na realização anual do exame de prevenção, mesmo após recomendação do Ministério da Saúde que o mesmo deve ser realizado criteriosamente com intervalo trianual após a obtenção de dois resultados negativos consecutivos realizados anualmente (BRASIL, 2006 g).

Para Rodrigues *et al.*, (2001), a mulher também é motivada à realização do exame de prevenção pela presença de supostos fatores de risco devido à identificação de problemas, sentindo o câncer ginecológico como uma patologia temível e ameaçadora pela qual pode ser vitimada.

Domingos *et al.*, (2007), ressaltam que a manifestação de sintomas indica intranqüilidade, e sua ausência, a possibilidade de ser saudável. Talvez esteja aí um dos pontos importantes para construir caminhos que visem aumentar a consciência da prevenção.

Eu tava bem nervosa, porque tava com corrimento, mais aí a enfermeira ficou conversando comigo sobre o exame, que aquilo poderia não ser nada, foi explicando como funciona ... Senti um pouquinho de dor, uma ardência. A gente segura, mas não é tão confortável assim, mas é preciso e a doutora pareceu saber o que estava fazendo. (Água Marinha, 52 anos, casada)

Eu fui fazer o exame porque estava com dor debaixo da barriga. A enfermeira falou: A gente vai colher o exame, ah! mais eu não estou preparada não, aí ela falou assim: não adianta você ficar assim porque de um jeito ou de outro você vai ter que fazer, não precisa ter vergonha, toda mulher passa por isso. (Sempre Viva 25 anos, casada)

Foi bom, eu fui bem atendida, fiz o exame de prevenção, a enfermeira conversou comigo, me explicou o porquê desse exame, que a gente tem que estar fazendo, passou assim confiança, conversa, te deixando assim à vontade, então foi uma coisa muito boa. (Flor de Laranjeira, 37 anos, solteira)

A periodicidade da realização do exame Papanicolaou é indispensável para a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, pois quando se deixa de realizá-lo com a frequência preconizada pelo MS, a mulher compromete a prevenção da doença e diminui a possibilidade do diagnóstico precoce. A efetividade da detecção precoce do câncer de colo uterino por meio do exame Papanicolaou, se associada ao tratamento desse câncer em seus estágios iniciais, tem resultado na redução das taxas de incidência da doença, e juntamente à detecção precoce do nódulo da mama por meio do ECM (BRASIL/INCA, 2002).

4.3.2. Sentimento das mulheres na realização do exame para prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama

Observou-se durante a pesquisa que, apesar 73,5% das mulheres relatarem aspectos negativos em relação ao exame, estas verbalizaram reconhecer a importância de sua realização para a prevenção de doenças:

Todo mundo tem pudor. É uma coisa assim ... Ah sei lá! Eu to com vergonha. A pessoa ta me vendo sem roupa tá me vendo ali, 'daquele jeito' mas ... Aí acaba e pronto. (Pérola, 55 anos, separada)

Eu ficava com vergonha de ficar com as pernas abertas pro médico. (Onix, 27 anos, solteira)

... Fui recebida pela enfermeira muito bem, aí ela falou para mim que eu iria precisar fazer isso daí aí veio logo na minha cabeça, porque as minhas colegas que fizeram falavam ... nossa, que era muito ruim e se pudesse nunca iria para fazer, mas no momento que ela falou que eu tinha que fazer, que era para ver se estava tudo bem, por dentro, eu falei para ela, tudo bem! eu que comecei a passar pelo ginecologista tarde, então gostei de ficar sabendo pelos exames, quando chegaram, que estava tudo bem... (Água Marinha, 52 anos, casada)

Eu tenho em casa um folheto com as explicações para diagnóstico do câncer de mama, mas não sabia como descobrir sobre câncer de útero... (Citrino, 39 anos, casada)

Na primeira vez, eu olhei o médico, acho que foi onde eu me descontroliei, o nervoso é tanto que batia a perna, eu não conseguia, aí depois, eu falei, mas eu tenho que conseguir, mas depois o médico conversou comigo, me explicou para o porquê era bom o exame e foi me explicando tudo ... eu não me lembro se eu tampei o rosto com o braço, acho que eu pus o braço em cima do olho, acho que foi aí eu consegui me controlar ... daí então para mim foi normal, eu acho que na hora da gente fazer o exame a gente fica ... nervosa, apreensiva ... medo de ter alguma coisa horrível dentro da gente ... (Petúnia, 37 anos, casada)

Eu tinha certa idéia sobre a doença, que era fatal, mas que se descoberta ainda no início era fácil de tratar, que era uma inflamação, que doía muito... (Flor de Laranjeira, 37 anos, solteira)

Eu tenho medo, né, de fazer, eu fico com vergonha pra olhar pra cara do médico depois e também tem uns aí que pode ser até meu filho. (Ametista, 33 anos, casada)

... ah! medo assim de estar doente, porque o povo conta histórias de gente doente, de como é horrível, e realmente é horrível mesmo, mas, para mim, foi tudo bem ... porque eu fiquei sabendo como que estava por dentro de mim, e sabendo que eu não tenho nada, então valeu à pena. (Quartzo, 37 anos, casada)

O sentimento mais identificado no relato das mulheres da amostra, que se submetem ao exame de prevenção de forma regular é a vergonha. A mulher expõe seu corpo, aflorando este sentimento, podendo ser justificado pelo tabu do sexo, proveniente da educação recebida, bem como da falta de informação.

D'Oliveira e Senna (1996) referem que, o modo como são realizados os exames, a explicação do seu sentido, da sua necessidade e da sua importância, e a descoberta dos obstáculos ao exame são fundamentais na reprodução ou transformação desta realidade e de seus simbolismos, haja vista, que o exame, muitas vezes, representa para algumas mulheres, uma espécie de ritual de sacrifício purificador para o corpo sempre imperfeito e pecador, por isso o surgimento de sentimentos como a vergonha e o medo, resultantes da pouca ou nenhuma autonomia da própria mulher sobre seu corpo.

La Taille (2002) não estabelece o lugar que a vergonha ocuparia na lista de sentimentos, porém afirma que se trata de um sentimento de maior importância tanto para se entender o ser humano de forma geral, quanto para compreender seu juízo e comportamento morais. A quantidade de palavras que se relacionam à vergonha e a riqueza de significado destas relações, por si só, depõem a favor da importância deste sentimento na vida de cada indivíduo e nas relações que mantêm com os outros membros da sociedade.

A vergonha pode ser estruturada no nível corporal, no social e no existencial. A questão da vergonha, de acordo com autores como Lopes (1998) é resultante de uma educação familiar formal e religiosa desenvolvida em uma cultura patriarcal que restringiu e ainda restringe muitas mulheres, unicamente a preocuparem-se com a reprodução e cuidado com os filhos e a família. Essa educação repressora que a mulher recebeu ao longo dos tempos reprimiu sua sexualidade e o seu encontro com a descoberta e exploração da genitália, e isso de certa forma contribui em muito na questão da percepção que a mulher tem sobre essa parte do seu corpo, criando assim sentimentos negativos em relação ao seu corpo e à sua exposição que por muito tempo lhe foi negado.

Lopes (1998) pontua, em seu estudo, que os possíveis fatores para as mulheres não realizarem o exame Papanicolau seriam: a vergonha; o sentimento de que o exame não lhes é adequado; o seu não reconhecimento como integrante do grupo de risco; o medo do exame; o desconhecimento da importância do exame; a omissão dos profissionais da área da saúde em estimular as mulheres para realização do exame; a objeção do companheiro; o temor da doença; a inatividade sexual e o nível socioeconômico e cultural.

Compreende-se, a partir do autor, que a não realização do exame pelas mulheres está marcada por determinações de diferentes naturezas (cultural, social e econômica), sendo que a ação de saúde poderá não ter resolução, nessas três dimensões. Contudo, mesmo considerando as limitações presentes no contexto socioeconômico e sanitário atual, é importante evidenciar o papel de ações preventivas e resolutivas que, efetivamente, proporcionem à mulher a possibilidade de um cuidado, mas que, prioritariamente, lhe garantam o entendimento de sua relevância, e de como e porque se prevenir do câncer de colo uterino e mama.

Conforme constatado por Souza e Borba (2008), em um estudo de caso realizado com 24 mulheres entre 18 e 60 anos, nas UBS de Fortaleza – CE, além da vergonha de mostrar o corpo, as mulheres manifestaram desconforto durante a posição ginecológica, referendo-se ao fato de não ficarem despidas nem mesmo para seu cônjuge.

Assim, buscou-se discutir a percepção das mulheres desta pesquisa, sobre a experiência na realização do exame preventivo, bem como as dificuldades que permeiam o campo da realização do exame Papanicolaou. Entre os depoimentos, o exame preventivo foi avaliado como um exame constrangedor, manifestado pelo desconforto devido à posição ginecológica e também pela colocação do espéculo utilizado para coletar o material para avaliação citopatológica, evidenciado nas seguintes falas:

É porque é uma posição constrangedora, eu acho horrível. (Petúnia, 37 anos, casada)

Sabe eu tenho nervoso do aparelho que colocam na gente, parece um bico de pato, gelado, incomoda na hora de colocar, depois tudo bem, mas até fazer o exame....não gosto muito da posição também, a gente fica ali deitada e a pessoa lá embaixo, não sei nem o que tá acontecendo. (Ametista, 33 anos, casada)

Para mim é um exame terrível. Por isso, eu passo um tempão sem fazer eu não gosto mesmo, venho obrigada. Não vejo a hora de acabar aquilo ali... A gente vem né, é obrigado todo ano é a mesma coisa, mesmo sensação ruim... (Citrino, 39 anos, casada).

Por mais que você vê que é uma coisa importante, eu acho super desagradável, principalmente a posição, o lençol que finge que tampa, a perna dói, aquela cama é muito esquisita. (Zircão, 41 anos, casada).

É incomodo, né? Eu não gosto não! É muito ruim mesmo, ficar com as pernas abertas, não gosto. Mas a minha ginecologista é mulher... faz tempo que eu faço com ela, agora vou fazer com enfermeira mas se fosse uma pessoa assim, um médico ou enfermeiro, eu não ia ficar meio tranquila, ia achar incomodo... ah, eu não gosto... (Azaléia, 37 anos, casada)

Moreira (1995) afirma que, os profissionais de saúde devem expor somente a parte do corpo necessário para a realização do exame, utilizando

uma camisola confortável e lençol sobre as pernas para proporcionar uma sensação de que a mulher não esteja exposta, evitar o trânsito desrespeitoso de outros profissionais na sala de exame e encorajar a paciente tentando evitar o medo e a vergonha. Ressalta ainda, a importância da apresentação dos instrumentos a serem utilizados durante o exame, bem como a demonstração da inserção do espécuro, compatível com a de seu genital, explicando que irá expor somente a área necessária, familiarizando a mulher com a técnica realizada e o ambiente da sala.

Estas afirmações corroboram com Maldonato *et al.* (1997) ao declarar que a ciência e a arte são mescladas de modo que se distingue o bom profissional daquele que é simplesmente um técnico competente. Uma boa assistência só se torna possível quando o profissional atua não só com preparo técnico, mas também, com intuição e empatia.

Apesar de não ter sido questionado sobre a preferência do sexo do profissional para a realização do exame, em seus relatos pode-se destacar que as mulheres preferem se submeter ao exame com profissionais do sexo feminino, conforme observado nas falas abaixo:

Para mim é um exame muito difícil de fazer, principalmente com homem, né? Agora com mulher parece que é mais tranquilo, a gente fica mais a vontade... uma vez sim um médico tava conversando com estagiário e aí começaram a falar de uma festa que eles foram e aí fiquei imaginando eu daquele jeito, eles olhando pra mim....e eu ficava imaginando o que eles estavam pensando de mim né?

(Citrino, 39 anos, casada).

É uma sensação muito constrangedora para a mulher, ficar ali naquela posição, então quando eu faço com enfermeira e eu só faço se for com ela, porque se for médico homem nem pensar...

(Ametista, 33 anos, casada).

É incomodo, né? Eu não gosto não! É uma situação bem chata mesmo, ficar com as pernas abertas, perto de um homem, ainda mais estes estudantes que ficam fazendo estágio aí, eles são muito novinhos, tem cara de bebê, prefiro fazer com enfermeira ou médica né quando tem....se for pra fazer com homem, vou embora de fininho e só volto nas férias da escola... ah, eu não gosto mesmo... .

(Amarilis, 38 anos, casada)

Estes dados confirmam o estudo de Lopes *et al.* (1999), que constataram que as mulheres preferem ser atendidas por profissionais de sexo feminino, justificando a necessidade de serem ouvidas, entendidas desvelando a possibilidade de diálogo, se sentindo mais à vontade para perguntar e conversar com alguém da sua identificação. A mulher necessita receber atenção integral, e ver a saúde como algo positivo, e assim a prática do exame. Acredita-se que a realização do exame, por mulheres, se torne mais humanizado para a mulher, por isso ser um desejo dela. Não se deve passar a idéia que somente mulheres realizem este exame, mas que seja oferecido à mulher que irá se submeter ao exame, a possibilidade de escolher com quem deseja realizar e que independente de quem realize que respeite a mulher enquanto ser integral.

É necessário que o profissional que assiste à mulher durante o exame preventivo do câncer uterino seja possuidor de atributos como a empatia, calor humano, simplicidade além de ser capaz de transmitir segurança e confiança à cliente; devendo este imaginar-se como se fosse ela mesma (MOREIRA 1995).

Na pesquisa, outro sentimento manifestado pelas mulheres foi a insegurança em relação ao resultado do exame e os motivos desta, destacado nas seguintes falas:

... Sei que é importante, faz parte, mas ainda fico ansiosa com o resultado...(Azaléia, 37 anos, casada)

É mais com o resultado que a gente preocupa... fora isso acho que tem que fazer mesmo, até para gente é uma segurança... ...(Dália, 28 anos, separada)

Fico mais preocupada com o resultado que vai chegar , do que com a posição na mesa (Ametista, 33 anos, casada)

Fico preocupada com o resultado, de ter alguma doença grave e não ter com quem deixar meus filhos se precisar fazer tratamento (Jade, 33 anos, casada)

Tenho medo de ter um resultado ruim. É esse o meu medo agora, eu vim nervosa ..., eu tenho medo de ter alguma coisa. (Quartzo , 37 anos, casada)

O câncer é uma doença crônico-degenerativa que provoca muito pavor nas mulheres. Assim, as mulheres também relataram que se sentem tranquilas após a realização do exame preventivo, por saber que não possuem essa doença tão temida por todos. Os relatos que se seguem esclarecem esse significado:

Fico tranqüila quando faço o exame e chega o resultado, pois fico sabendo o que está acontecendo comigo. (Flor de Liz, 29 anos, casada)

... A gente sente-se aliviada depois, fica menos preocupada, pois é um problema que está dando tanto, tanta mulher ta morrendo por causa dessa doença... (Amor-Perfeito, 43 anos, separada)

Lopes *et al.* (1998), em seus estudos realizados com mulheres sobre prevenção de câncer cérvico-uterino afirmam que o medo da doença é um dos principais motivos que levam as mulheres a não buscarem o resultado do exame citológico.

4.4. Dados sobre a avaliação do problema

As mulheres entrevistadas foram questionadas sobre o que conheciam sobre o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” que funcionava nas UBS, seu horário de funcionamento e a forma de atendimento e como as mesmas percebiam o Programa.

4.4.1. Adesão das mulheres ao exame preventivo

Observou-se na pesquisa que, a adesão das mulheres ao exame está relacionada aos profissionais, identificada nos depoimentos por meio de expressões como a educação, a simpatia, a confiança e a humanização e também aos fatores como o preconceito, as crenças e os tabus que ainda permeiam a prática do exame e podem dificultar a adesão destas mulheres ao exame:

Ah! dessa última vez que eu fiz o exame, eu me lembro muito bem dela sim, ela era uma pessoa humana, te deixava descontraída (Petúnia, 37 anos, casada).

Elas me atendem maravilhosamente bem! A atenção, a educação, o respeito, a gente chega e elas já vêm com o maior carinho, vêm sorrindo, porque tem lugares, a pessoa te fala: oi fulana, elas já chegam: oi tudo bem, vem com brincadeira, com elas se pode brincar! (Amor-Perfeito, 43 anos, separada)

Venho fazer o exame com pessoas que tem educação, eles não são brutos, eles atendem com paciência e põe paciência nisso, eles escuta o que a gente fala (Pérola, 55 anos, separada)

Quando chego para fazer o exame sempre me levam para uma sala confortável, passam um filme, explicando o exame e depois me chama pelo nome aí dá vontade de fazer o exame, mas quando você não é bem tratada passa muito tempo sem realizar o exame (Brilhante, 35 anos, casada)

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é considerar e construir projetos sobre eles é empenhar matéria, espírito, corpo e mente, a atitude cuidadora precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e ações no campo da saúde (AYRES, 2001).

Merighi *et al.* (2002), referem que uma prática humanizada de cuidar da saúde é aquela que desenvolva a capacidade de interação, agindo não só com preparo técnico, mas, também com a intuição e sensibilidade, condição que certamente contribuiria para a qualidade da assistência prestada à mulher durante a realização do exame e para a adesão ao mesmo.

A prevenção do câncer do colo de útero e de mama é uma atividade inerente aos profissionais que atuam na Atenção Básica, definida como estratégica no Pacto pela Vida, pelo Ministério da Saúde e assumida formalmente por gestores municipais (BRASIL, 2006 g). A meta estabelecida pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero é de que pelo menos 80% das mulheres brasileiras com idade entre 25 e 59 anos realizem anualmente o exame de Papanicolau. (BRASIL/INCA, 2009). Assim, os profissionais responsáveis pela realização desse exame, além do preparo técnico, têm que agir com intuição e sensibilidade para maior adesão do público alvo.

Como ressaltado por Campos (1997), o trabalho em saúde assenta-se a todo o tempo sobre relações interpessoais, por isso as pessoas devem ser respeitadas como a outra parte essencial da relação, uma vez que sem a existência de usuários com necessidades, não existiriam profissionais de saúde.

4.4.2. Conhecimento do programa, horário de atendimento, e a forma que recebeu a informação

As mulheres trabalhadoras entrevistadas quando questionadas sobre o conhecimento do Programa “Viva Mulher Trabalhadora - *Um toque de Saúde*”, 91,3% das entrevistadas relatou que a mídia escrita e falada representou o principal meio de conhecimento sobre o programa, direta ou indiretamente, ou seja, ou viram por si mesmas informações sobre o exame de prevenção ou receberam informações de parentes, amigas, colegas de trabalho que tiveram acesso aos mesmos por meio de panfletos municipais, escutaram entrevistas em rádios locais e também assistiram a palestras nas próprias UBS, conforme pode ser observado nos relatos:

Minha prima comentou sobre o exame e sobre a importância do mesmo e que estão se esforçando para que as mulheres se cuidem, inclusive trabalhando durante a noite ... achei legal. (Amor-Perfeito, 43 anos, separada)

Vi um cartaz grande nas ruas, chamando as mulheres para realizar o exame preventivo de câncer, achei que era só no meu bairro, aí um dia, fui no centro e a cidade estava cheia desses cartazes. (Brilhante, 35 anos, casada)

Escutei a entrevista de uma enfermeira no rádio, ela explicou que as unidades de saúde estavam funcionando a noite para fazer o exame preventivo das mulheres que trabalham e não tem como ir durante o dia, ela explicou também os cuidados antes do exame e a importância de fazer o exame 1 vez por ano, achei muito importante. (Água Marinha, 52 anos, casada)

Quando começou a unidade a funcionar a noite no meu bairro passou um estudante de enfermagem, acho que o nome dele é...ele entregou um folheto explicando o dia que ia ter no meu bairro, aí eu vim. (Pérola, 55 anos, separada)

Vi um folheto com as informações sobre o exame e sobre o atendimento durante a noite. (Ametista, 33 anos, casada)

Quando fui no culto lá na minha igreja, o pastor falou que as unidades de saúde iam funcionar a noite para exame da mulher e que era pra gente comparecer pois, senão não ia funcionar mais. (Citrino, 39 anos, casada)

Sei que este programa funciona para fazer exame preventivo de colo de útero e mama. É porque as unidades de saúde funcionam quando a gente ta trabalhando aí quase não dá tempo de fazer nada, ficou muito mais fácil cuidar da minha saúde, acho até que tinha que dar vacina nas crianças, porque o cartão de vacina do meu filho ta atrasado, só vacino quando tem campanha. (Petúnia, 37 anos, casada)

O horário especial de atendimento entre 19 e 21 horas é apontado por 100% das entrevistadas como um fator decisivo para a realização do exame, já que se o horário não fosse esse, não teriam como deixar o trabalho ou as tarefas de casa para realizá-lo, conforme pode ser observado nos relatos:

Este horário que o Posto funciona a noite foi muito bom, porque se não fosse assim eu não ia fazer o exame esse ano, comecei a trabalhar e não posso pedir para faltar no serviço. (Petúnia, 37 anos, casada)

Eu queria pedir para não deixar acabar esse horário que o posto funciona, queria também pedir para colocar vacina, tenho um filho de 2 anos e se tivesse vacina a noite, o cartão do meu filho não ia ficar atrasado, "ce" acredita que não dei a vacina que tinha que tomar com 1 ano e 3 meses. (Pérola, 55 anos, separada)

Quando me falaram que tava tendo exame a noite, eu não acreditei, precisei vim aqui para confirmar, agora já é a segunda vez que faço exame, o ano passado foi do mesmo jeito, to muito satisfeita. (Jade, 33 anos, casada)

No bairro onde minha irmã mora não tem esse exame a noite, por isso falei com ela e ela hoje também veio fazer o exame. Ela até falou que vai pedir lá pra fazer também, a gente não pode deixar o serviço que a gente custa tanto pra conseguir para fazer exame, lá só tenho patrão e eles não entendem muito essas coisas de mulher, então venho fazer de noite, é muito bom. (Acácia, 29 anos, solteira)

Na segunda metade do século XIX, começam a ocorrer mudanças no papel das mulheres. Suas condições de vida vão se modificando e contradizendo a definição de papéis exclusivos de mãe e esposa. Começavam a fazer parte do número de trabalhadores empregados nas fábricas. As mulheres das classes sociais mais altas mostravam vontade de ter atividades fora do lar, começavam a trocar a vida fechada do mundo doméstico e estavam cada vez mais presentes na vida pública, ter acesso à educação, aos debates públicos, a se juntar à força de trabalho masculino. Casam-se mais tarde, reduzem o número de filhos contrariando a posição de passividade, modéstia e domesticidade (ROHDEN, 2001).

A mulher muda o seu comportamento a cada década, tornando-se cada vez mais moderna e desafiadora para as leis culturais da sociedade. A mulher conquistou seu lugar de destaque na sociedade, papel este que cada segmento deve tornar concreto através da valorização e igualdade de direitos nos variados aspectos. A figura feminina que antes era tão fragilizada foi tomando consciência de sua força e capacidade, vencendo seus medos, suas inseguranças e ocupando um espaço que antes não lhe era permitido.

Para a implantação do Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” as enfermeiras das UBS foram contactadas, no ano de 2006 pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, passaram por um processo de informação e sensibilização, enfatizando a importância da captação de mulheres trabalhadoras que não utilizavam o serviço de saúde através de ações externas como visitas domiciliares, escolas e reuniões com a comunidade; realização de exames de prevenção dos cânceres de mama e colo de útero em horário noturno entre 19 e 21h, fora do período normal de funcionamento das UBS que é de 7 às 19h; divulgação e distribuição de material próprio para o chamamento das mulheres: cartazes, folders, cartilhas; apoio comunitário através da utilização de rádios locais e jornais locais, confecção de faixas, cartazes, panfletos, filipetas, permitindo o repasse de informações quanto ao horário alternativos para a realização dos exames.

5. CONCLUSÃO

O Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”, a partir das condições dos meios sociais, econômicos, culturais, desenvolve nas usuárias do programa atitudes de promoção de sua saúde, da sua família e também da comunidade a qual pertence.

A pesquisa mostrou que por meio de um exame de detecção precoce dos cânceres de mama e colo de útero significa para as mulheres algo que impeça a doença de acontecer, ou até mesmo estacione o processo do adoecimento.

Os dados desta pesquisa mostram que 55,5% das mulheres pesquisadas foi composta por jovens em plena fase reprodutiva, casadas, trabalhadoras, com carga horária de até 8 horas diárias, com renda familiar predominante de 1 salário mínimo e realizam o exame preventivo de câncer de mama e colo de útero anualmente.

Sentimentos destacados pelas mulheres entrevistadas em relação ao exame preventivo de câncer de mama e colo de útero como vergonha, desconforto e medo além da insegurança quanto aos resultados deste exame, ainda permeiam o universo das emoções femininas, porém, a adesão ao programa, verificado na pesquisa, demonstra a possibilidade de modificação

deste perfil por meio de acessibilidade e ações de educação em saúde voltadas para grupos específicos, com profissionais capacitados que devem ser orientadas a respeito de sua saúde e de seu comportamento, propiciando dessa forma o auto-cuidado e o conhecimento de seu corpo.

Quanto ao acesso a consulta para realização do Papanicolaou, essa dificuldade foi minimizada com a implantação do Programa “Viva Mulher Trabalhadora – Um toque de Saúde” onde a percepção de 100% das mulheres atendidas pelo Programa foi positiva, uma vez que mostraram-se satisfeitas com os atendimentos recebidos, pois o programa beneficia as mulheres trabalhadoras que não encontram tempo para a realização do exame dentro dos horários convencionais de atendimento das UBS

O Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de saúde*” facilita o acesso, realiza ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, indo ao encontro dos princípios do SUS e da Atenção Básica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*” foi indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano para concorrer ao prêmio ODM Brasil, patrocinado pelo Banco do Brasil, que incentiva ações, programas e projetos que contribuem efetivamente para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, do Governo Federal, que será avaliado em Fevereiro de 2010. Além de desenvolver práticas bem-sucedidas, que seja referência de política pública para sociedade e governos; reconhecer publicamente os esforços em favor dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Sugere-se que este Programa seja implementado nas demais UBS do município, juntamente com a adoção de outras ações de promoção de saúde como imunização e pré-natal, e que as campanhas de divulgação sejam mais intensificadas, juntamente com a sensibilização dos gestores envolvidos nesta prática.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e políticas sociais. *In*: AFFONSO, R.B.A.; SILVA, P.L. B. **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. p.13-41.

ALEXANDRE, L.B.S. Políticas públicas de saúde da mulher. *In*: FERNADES R.A.Q.;NARCHI,N.Z. (orgs.). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. São Paulo: Manole, 2007. p.1-28

ANDRADE, L.O.M. de. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva. 2001.

ARAÚJO, C.A.A.; OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R. M. Auto- exame das mamas entre freiras: o toque que falta. **Acta Paul. Enferm**, v. 17, n. 2, p.157-163, abr./jun. 2004.

ÁVILA, M.B.E.; BANDLER, R. A. **Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo. BANCADA Feminina no Congresso Nacional. Informativo. Edição 7, mai. 2000.

AYRES, B.R.C. Os centros de voluntários brasileiros vistos como uma rede organizacional baseada no fluxo de informações. **Revista de Ciência da Informação**, v.2, n.1, fev./2001.

BARROS, A.C.S.D. *et al.*, **Mastologia: condutas**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

BATISTA, F.L.R.; JORGE, M.S.B.; SANTOS, J.B.F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2006; 17(4): 73-81.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L.B. M.; BARRETO, R.A.S.S. Humanização da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 118-127, set/dez. 2005.

BERGAMASCO, R.B.; GUALDA, D.M.R. Modelos teóricos de doença crônica. *In*: GUALDA D.M.R.; BERGAMASCO R.B. (org.). **Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença**. São Paulo: Ícone, 2004, p. 39-48.

BERGAMASCO, R.B.; TSUNECHIRO, M.A. Câncer de mama e auto-exame. *In*: FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI N.Z. (orgs.). **Enfermagem e saúde da mulher**. 1 ed. Barueri: Manole, 2006, p. 1- 323.

BOFF, R.A. **Repercussões psicossociais associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-infantil. Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Texto promulgado em 05 de Outubro de 1988. Disponível em <
<http://www.al.ma.gov.br/arquivos/CON1988.pdf>> acesso em 12 de fevereiro de 2009.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59. Brasília, 1990 a.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990 a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 545. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93**. Diário Oficial da União, 24 maio 1993. Brasília, 1993.

Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 16 out. 1996.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996. Brasília, 1996.

Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**, Rio de Janeiro, dezembro. Editora MS, 1996. Brasília, 1996.

_____ Ministério da Saúde **Portaria no 1882/GM** - 18 de dezembro de 1997 Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília, 1997.

_____ Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Editora MS, 1998. Brasília, 1998.

_____ Ministério da Saúde. Portaria nº 95. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01**. Diário Oficial da União, 26 jan. 2001. Brasília, 2001.

_____ Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer -INCA, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS, **Conhecendo o Viva Mulher**, p. 8, Brasília: Editora MS, 2001a.

_____ Ministério da Saúde. Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde. *In: Cadernos de Economia da Saúde 1*, Brasília: Editora MS, 2001b.

_____ Ministério da Saúde. Portaria nº 373. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. Diário Oficial da União, 28 fev. 2002. Brasília, 2002.

_____ Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer- INCA. **Coordenação de Programas de controle de câncer**: Pró-Onco. Rio de Janeiro: 2003.

_____ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à saúde da mulher**: plano de ação 2004 a 2007 - Brasília: Editora MS, 2004.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Editora MS, 2006 a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2006 b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Política Nacional de Promoção à Saúde e Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2006 c.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2006 d.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora MS, 2006 e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: Editora MS, 2006 f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de útero e mama. **Caderno de Atenção Básica** nº. 13. Brasília: Editora MS, 2006 g.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006 h.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 28 mar. 2006 i.

BRESSAN, F. **O método do estudo de caso**. *Revista de Administração on line* São Paulo, v. 1, n.1, jan./mar 2000. Disponível em: <http://fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm. Acesso em 12 de agosto de 2008.

BRISTOW, R.E.; TRIMBLE, E.L.; GARG, R.; ZAHURAK, M.L.; ARMSTRONG, D.K. Carcinomatose abdominal, em mulheres com história de câncer de mama. **Gynecologic Oncology**. 2006; 99 (1): 65-70.

BOSCH, F.X.; MANOS, M.M.; MUNOZ, N.; SHERMAN, M.; JANSEN, A.M.; PETO, J.; SCHIFFMAN, M.H.; MORENO, V.; KURMAN, R. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. **Journal of the National Cancer Institute**, 1995, 87 (11), 796-802.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. 1997. Disponível em: <uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos> Acesso em 12 de mar. de 2009. p 1-17

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARRANZA, M. Saúde reprodutiva da mulher brasileira. *In*: SAFFIOTI, HIB.; MUÑOZ-VARGAS, M. (orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro/Brasília: Rosa dos Tempos - NIPAS/UNICEF, 1994. p. 95-150.

CAVALCANTE, M.M.B. **A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico - uterino**. Sobral: Universidade Estadual do Vale do Aracajú, 2004, 66f. Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/downloads/monografias/michelebispo.pdf#search>>. Acesso em: 24 de março de 2009.

COELHO, M.R.S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COELHO, F.R.G.; KOWALSKI, L.P. O controle do câncer. **Bases da Oncologia**. 2. ed. São Paulo: Marina e Tecmedd, 2003. p. 3-25.

COSTA, A.M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999. Mimeo.

COSTA, A.M. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS?** Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. 2004. 194 f. Tese (Doutorado - Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2004.

CÉSAR, J. *et al.* Fatores associados à não realização de exames citopatológicos de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.5, 2003.

DALVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; SILVA, R.A.R.; SILVA, D.A.R. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolau. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2005; 39(3):296-302.

D'OLIVEIRA, N.L.S.; SENNA, J. **Educação em saúde**: a saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec, 1996.

DOMINGOS, A.C.P.; MURATA, I.M.; PELLOSO S.M.; SCHIIRMER J.; CARVALHO M.D.B. Câncer de colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2007; 6 (suplem. 2): 397-403.

FADEL, C.B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N.A. Administração Pública: o Pacto pela Saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **RAP. Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 43, p. 445-456, 2009.

FERREIRA, S.L. **A mulher e os serviços públicos de saúde**. 1994. 207 p. Tese (Doutorado - Saúde Pública) – Interunidades, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

FLETCHER S. Screening average risk women for breast cancer. *In*: Hayes. D., Sokol H, editors.: UpToDate Online 16.2.; 2002. Disponível em: <http://www.uptodateonline.com> Acesso em 22 de Abr. 2009.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, J.R. Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado *In*: Merhy *et al.* **“O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”**; São Paulo, HUCITEC, 2003.

FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

GERK, M.A.S. Consulta de enfermagem à mulher. *In*: FERNADES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. (orgs.) **Enfermagem e Saúde da Mulher** São Paulo: Manole, 2007.p.92-115

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES, M.G.; FÁVERO, M.H. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Leitura Dinâmica, 2000.

HITA, M.G. **Gênero, ação e sistema**: a reinvenção dos sujeitos. Lua Nova, n. 43, p.109-131, 1998.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde – 2009** [CD-ROM]. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LA TAILLEI. **Vergonha, a ferida moral**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEVCOVITZ, E. ; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas 2001. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LINARD, A.G.; AMORIM, F.C.; MACHADO, F.A.Z. **Detecção Precoce do Câncer de Mama na Cidade do Crato-CE**.Crato, 2002. Disponível em:<http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v16/artigo1.pdf>. Acesso em: 30 de mar. de 2009.

LIU, E.T. Oncogenes e Genes Supressores: controle genético do câncer. *In*: CECIL, R.L.F.; GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 1282-1296.

LOPES R.M.L. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvicouterino. **Rev. Enferm. UERJ**. 1998; 2(2): 165-170.

LOPES, R.L.M. DINIZ, N.M.F. MATOS, M.E.C.; ARGÔLL, S.L.S.; SANTOS, A.S.M.; REIS, O.R. O. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico uterino: relações de gênero expressas pela clientela. **Rev. Bras. Cancerologia**. v.4, n. 45.1999. p.35-43.

LUCCHESI, P.T.R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde –

retrospectiva 1990/1995. *In: Planejamento e Políticas Públicas*, n.14, 1996, p. 75-152.

MALDONADO, P.R.M.; MANNARINO, M.B.; COSTA, C.M. *et al.* **Lesões precursoras do carcinoma escamoso do colo uterino**. *Inst. Ginecol. UFRJ*, p.10-11, nov. 1997. Ed. Especial.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento**: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MENDES, E.V. **Sistema Nacional de Saúde no Brasil**: SUS e sistema complementar. *Sanare*, p. 97-103, 2002.

MENDES, E.V. **A gestão da saúde baseada em evidências**. Mimeo, 2004.

MERIGHI, M. A. B.; HAMANO, L.; CAVALCANTE, L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma Escola de enfermagem de uma instituição pública. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.3, p. 289-296, set. 2002.

MERHY, E.E.;FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ). Rio de Janeiro - RJ, v. 15, n. 12, p. 345-353, 1999.

MOREIRA, R.M. Exame ginecológico: testes corados. *In: Anais do 442 Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia*: 1991 nov. 16-20; Brasília: Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia 1995. p.20.

NARCHI, N.Z.; JANICAS, R.C.S.V.; FERNANDES R.A.Q. Prevenção e Controle do câncer cérvico-uterino *In: FERNANDES R.A.Q.; NARCHI,N.Z. (orgs.) Enfermagem e Saúde da Mulher*. São Paulo: Manole, 2007.p.127-149

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. Traduzido por José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NUTBEAM, D. Glosario de promoción de la salud. *In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS, 1996. p. 383-403

OLIVEIRA, F.A. **Determinantes e Dinâmica do Gasto Social no Brasil**: 1980/1996. Texto para Discussão n^o 649. Brasília: IPEA, 1999.

OSIS, M.J.D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa**: História de uma Intervenção. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. 1994.

PEREA, S.A. **Câncer da mama**: Estudo retrospectivo e comparativo do perfil epidemiológico das pacientes em três diferentes faixas etárias São José do Rio Preto, FAMERP, 1998. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=26>. Acessado em 27 de jul. de 2009.

PEREIRA, S.G. *et al.* Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.** v.59, Brasília nov./dez. 2006.

PINELLI, F. das G. S. Promovendo a saúde. *In*: BARROS, S.M.O.; MARIN, A.C.F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**, São Paulo: Roca, 2002.

PINHO, A.A. FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil.** v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PIOLA, SF; BIASOTO JÚNIOR, G. Financiamento do SUS nos Anos 90. *In*: NEGRI, B.D.I. GIOVANNI, G. (orgs.). **Brasil: Radiografia da Saúde.** Campinas: UNICAMP: Instituto de Economia, 2001.

PRAÇA, N.S. Saúde da mulher e HIV/AIDS: Aspectos preventivos. *In*: FERNADES R.A.Q.; NARCHI, N.Z. (orgs.) **Enfermagem e Saúde da Mulher** São Paulo: Manole, 2007.p.150-170

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. Saúde Pública: Legislação. Betim: Minas Concursos, 2006. 76 p. Apostila.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CEL. FABRICIANO. Site oficial do município de Cel. Fabriciano. Disponível em: <<http://www.fabriciano.mg.gov.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1995.

ROCHA, M.I.B.; ARAÚJO, M.J.O. **Saúde da Mulher e direitos Reprodutivos.** São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

RODRIGUES D.P., FERNANDES A.F.C., SILVA R.M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolaou. **Rev. Enferm.** [on line] Abr. 2001. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/on line>> Acesso em: 16 jan. 2009.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. *In*: ROUQUAYROL, M. Z, ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.15-30.

SANT'ANNA, S.C. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. **Ver. Latino-am Enfermagem**. março-abril; 2000. 14(2):170-4.

SANTOS, A.L.F.; DERCHAIN, S.F.M.; CALVERT, E.B.; MARTINS, M.R.; DUFLOTH, R.M.; MARTINEZ, E.Z. Desempenho do exame colpocitológico com revisão por diferentes observadores e da captura híbrida II no diagnóstico da neoplasia intra-epitelial cervical graus 2 e 3. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003, 19(4): 1029-1037.

SCHNEIDER, A.; MIRANDA, A.M.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; BOTH V.; BRUTSCHER, V. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo. IFIBE/CEAP. 2007, 48p.

Silva Jr. J.A.G. Programa saúde da família: bom para a população e para a enfermagem. **Revista Nursing**, Barueri, v. 62, n. 6, p. 16-17, jul., 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

SOUZA, A.B.; BORBA, P.C. **Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na Estratégia Saúde da Família do município de Assaré Ceará**, 2008. Disponível em: < <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/17> />. Acesso em: 15 jan. 2009.

THULER, L.C.S.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2005. *In press*: UNIÃO DAS MULHERES DE SÃO PAULO. **A violência contra a mulher e a impunidade: uma questão política**. São Paulo: União das Mulheres de São Paulo, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to essential practice**. Geneva: WHO; 2007.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

APÊNDICE I - Roteiro para entrevista

Projeto de pesquisa: Promovendo a saúde da mulher trabalhadora no sistema público de saúde: um estudo de caso.

Pesquisadora: Fernanda Nunes Gama

Mês da entrevista _____ UBS _____

I – DADOS SOCIOECONÔMICOS

Nome (iniciais) _____ Idade: _____

Estado civil: () Solteira () Casada/Unida () Divorciada/Separada () Viúva

Nível escolar: () Ensino fundamental () Ensino médio () Graduação

Número de filhos: () 0 a 3 () 4 a 7 () Sem filhos

Profissão: _____ Você trabalha quantas horas por dia? _____

Faixa salarial: () 0 a 1 () 2 a 3 () acima de 4

II- DADOS DE SAÚDE

O que você sabe sobre o câncer de colo de útero e mama? Você sabe o significado destas doenças?

Tem conhecimento dos fatores de risco para o câncer uterino e de mama? Sim () Não ()
Quais?

Você tem o hábito de realizar o auto exame das mamas?

III – DADOS SOBRE A PERCEPÇÃO DO EXAME

Como você explica o conceito de prevenção?

E as formas de prevenção do câncer de colo de útero e de mama?

Conhece o exame preventivo (Papanicolaou) () Sim () Não

Se sim, qual a importância da realização do mesmo?

Já realizou o exame preventivo? () Sim () Não

Com qual periodicidade? () Anual () 3 em 3 anos () 5 em 5 anos () Nunca se submeteu

Você poderia descrever quais sentimentos levam as mulheres a não realização do exame preventivo?

IV – DADOS SOBRE A AVALIAÇÃO DO PROBLEMA

O que você conhece sobre o programa “Viva Mulher Trabalhadora – Um Toque de Saúde”?
Como recebeu as informações?

Como considera o atendimento realizado no Programa “Viva Mulher Trabalhadora”?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

Você acha que este horário de funcionamento das Unidades de Saúde favoreceu o atendimento /coleta de exames? Por quê?



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

APÊNDICE II

De: **Fernanda Nunes Gama**

Para: **Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano**

Assunto: Solicitação para realização de Pesquisa

Prezado Senhor Secretário,

Na condição de pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade Mestrado Profissional do Centro Universitário de Caratinga, venho por meio desta, solicitar a autorização de V.S.^a para desenvolver a pesquisa com título provisório: Promovendo a saúde da mulher trabalhadora no sistema público de saúde: um estudo de caso sob minha responsabilidade. A escolha por desenvolver a pesquisa na referida instituição, deve-se ao fato de já ter sido implantado no município o Programa “Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de Saúde*”.

Para operacionalizar a pesquisa, pretendo aplicar um questionário padronizado às mulheres residentes na cidade e que irão se submeter ao exame durante o horário de atendimento do referido Programa.

Cabe ressaltar que se trata de um Trabalho de Conclusão de Curso, sendo exigência parcial para a obtenção do título de Mestre.

Sendo para o momento, coloco-me à disposição para o que for necessário.

Obs.: contatos pelos telefones (31)3847.3648 (residencial) ou (31)9966.9867 (celular) e pelo e-mail: **fernandagam@uol.com.br**

Fernanda Nunes Gama Mestranda

Autorizado por: _____

Data: __/__/____.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO À PESQUISA

Eu,....., autorizo a pesquisadora Fernanda Nunes Gama , pesquisadora responsável, do Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade, do Centro Universitário de Caratinga, a incluir-me como elemento da pesquisa Promovendo a saúde da mulher trabalhadora no sistema público de saúde: um estudo de caso.

Estou ciente do conteúdo do projeto dessa pesquisa, o qual tem como objetivos: conhecer o conceito de prevenção, a percepção sobre o entendimento em relação ao câncer de colo de útero e mama, seus fatores de risco e a realização do auto-exame das mamas, dados sobre o exame de preventivo do câncer de colo de útero e mama a periodicidade e a importância da realização da mesma, enfatizando os sentimentos em relação ao exame e analisar a adesão das usuárias à prevenção do câncer do colo do útero e de mama, no programa Viva Mulher Trabalhadora, nas Unidades Básicas de Saúde, do município de Coronel Fabriciano - Minas Gerais.

Também me foi informado que nessa investigação será aplicado, um questionário semi-estruturado, no período de setembro à dezembro do corrente ano, estes serão aplicados a 120 mulheres residentes na cidade de Coronel Fabriciano que irão se submeter ao exame de preventivo de câncer de colo de útero e mama nos diversos setores, durante o atendimento no Programa Viva Mulher Trabalhadora – *Um toque de saúde*.

O pesquisador me assegurou que o material por mim fornecido será utilizado apenas para fins dessa pesquisa e para a publicação de seu resultado e que posso interromper, a qualquer momento, a minha participação sem qualquer prejuízo, bem como impedir a utilização desse material.

Além disso, me foi garantido que minha identidade será mantida em sigilo e que minha participação não envolve qualquer custo financeiro, mas, caso ocorra, será ressarcido pelo pesquisador.

Coronel Fabriciano – Minas Gerais, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) participante

RG

Termo de compromisso:

Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas na entrevista obedecendo aos termos do presente consentimento informado. Garanto ainda que os resultados sejam apresentados aos (às) participantes que manifestarem o interesse na forma de entrega do artigo científico.

Data: ____/____/____

Fernanda Nunes Gama – Coren MG 58497