

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO E PARTICIPAÇÃO FEMININA NO *VIVA MULHER*

UTERINE-CERVICAL CANCER PREVENTION AND FEMALE PARTICIPATION IN THE *VIVA MULHER* PROGRAM

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y PARTICIPACIÓN FEMENINA EN EL *VIVA MUJER*

Cintia Maria Souza de Oliveira¹

Regina Lúcia Mendonça Lopes²

Pesquisa quantitativa exploratória, cujo objeto refere-se ao seguimento pelas mulheres de medidas preventivas do câncer de colo de útero, objetivando-se avaliar o impacto do *Programa Viva Mulher* no período 1998-2002. Teve como *locus* a Comunidade do Calafate, em Salvador, e como amostra mulheres que, através do Coletivo de Mulheres, realizaram o Papanicolaou durante a primeira fase de intensificação do Programa. A coleta de dados ocorreu de 05 de fevereiro a 22 de abril de 2002. Realizou-se 43 entrevistas, com a seguinte caracterização das depoentes: a maioria tinha entre 40 e 49 anos (37,2%), era solteira (34,9%), com baixo nível de escolaridade (74,4%), e, consequentemente, dona-de-casa (39,5%) ou doméstica (20,9%). Das participantes, 27,9% não receberam o resultado do exame, apontando como principais motivos o não comparecimento ao posto de saúde e a demora para que o mesmo ficasse pronto. Com relação à procura por assistência, 22,6% referiram que não a buscaram, expondo como principais obstáculos, a dificuldade de acesso aos serviços e a ausência de sintomatologia. Dentre as 74,2% que buscaram assistência, 52,2% alegaram que tiveram prescrição de tratamento, sendo que 8,7% não o efetivaram. Apenas 4,3% tiveram encaminhamentos para outros níveis de assistência. Após o Programa, 58,8% referiram que fizeram um ou nenhum preventivo, apontando como principal motivo para baixa procura, a ausência de sintomatologia. Os resultados revelam que os objetivos do Programa, quais sejam, a redução da morbi-mortalidade pelo câncer de colo de útero e o aumento de acesso ao preventivo, não foram totalmente alcançados na comunidade estudada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher. Câncer de colo uterino. Programa de prevenção.

This is a quantitative, exploratory research whose subject relates to women's follow-up preventive measures for uterine-cervical cancer. The objective is to evaluate the impact of the Viva Mulher Program during the period of 1998-2002. The study took place in the community of Calafate in the city of Salvador, with a sample of women who, through the Women's Collective, performed the pep smear during the first phase of the program. The data was collected from February 2 to April 22, 2002. 43 women were interviewed with the following characteristics: the majority, 37.2% were between the ages of 40 – 49; 34.9% were single; 74.4% had a low level of education; 39.9% were house wives; and 20.9% worked as maids. 20.9% of the participants did not receive the exam results, mainly due to not appearing at the clinic and to the lengthy wait for the results to be ready. Regarding the request for assistance, 22.6% of the women did not make any requests mainly due to difficult accessibility and absence of symptoms. From the 74.2% that requested

¹ Estudante de Graduação da EEUFB. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica – PIBIC/CNPq.

² Profª Titular do Departamento de Enfermagem Comunitária – DECOM/EEUFBA. Drª em Enfermagem UFRJ. Pesquisadora do GEM/EEUFBA. Pesquisadora do CNPq. Orientadora da pesquisa.

assistance, 52.2% had treatment prescribed, 8.7% of which did not follow through. Only 4.3% of the women advanced to other levels of assistance. Following the program, 58.8% of the women stated that had done one or no preventive measures, mainly due to the absence of symptoms. The results revealed that the objectives of the program, which were to reduce the incidence of mortality by uterine-cervical cancer and to increase accessibility to preventive measures, were not completely reached in the community studied.

KEY WORDS: *Women's Health. Uterine-cervical cancer. Prevention Program.*

Investigación cuantitativa de tipo exploratoria, cuyo objetivo fue la continuidad, por parte de las mujeres, de las medidas preventivas del cáncer de cuello uterino, así como, evaluar el impacto del Programa Viva Mujer, durante el período 1998-2002. Tuvo como locus la comunidad de Calafate, en Salvador, utilizando como muestra, mujeres, que a través del Colectivo de Mujeres, realizaron el examen Papanicolau durante la primera fase de intensificación de dicho Programa. La colecta de datos fue realizada del 05 de febrero al 22 de abril de 2002. Fueron hechas 43 entrevistas con la siguiente caracterización de los entrevistados: la mayoría tenía entre 40 y 49 años (37,2%), soltera (34,9%), bajo nivel de escolaridad (74,4%), dueña de casa (39,5%) o empleada doméstica (20,9%). De las participantes 27,9% no recibieron el resultado del examen, apuntando como motivos principales la no comparecencia a los centros de salud y la demora en la ejecución del mismo. Con relación a la busca de asistencia, 22,6% declararon no haberla buscado, indicando como principales obstáculos, el difícil acceso a los centros de salud y la ausencia de síntomas. De las 74,2% que buscaron asistencia, 52,2% alegaron que recibieron prescripción de tratamiento siendo que 8,7% no lo efectivaron. Apenas 4,3% fueron encaminadas para otros niveles de asistencia. Después del Programa, 58,8% revelaron haber hecho uno o ningún preventivo, apuntando la falta de síntomas como principal motivo para esa disminución en la búsqueda de asistencia. Los resultados revelan que los objetivos del Programa, sean ellos, la reducción de la morbilidad por cáncer de cuello uterino y el aumento del acceso al preventivo, no fueron totalmente alcanzados en la comunidad en cuestión.

PALABRAS-CLAVE: *Salud de la mujer. Cáncer de cuello uterino. Programa de prevención.*

INTRODUÇÃO

Desde a década de 50, o Brasil vem apresentando um aumento, contínuo e gradativo, na expectativa de vida ao nascer, que passou de 45,9 anos, em 1950, para 65,6 anos, em 1991, sendo 62,3 anos para os homens e 69,1 anos para as mulheres. Esse processo de envelhecimento se reflète, diretamente, nos padrões de morbimortalidade, com o aumento acentuado das doenças crônico-degenerativas, particularmente as neoplasias (BARRETO; CARMO, 1994).

De acordo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, o câncer atinge nove milhões de pessoas, resultando em cerca de cinco milhões de mortes. Esses números fazem com que as neoplasias sejam a segunda maior causa de morte na maior parte dos países, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (LOPES et al., 1999).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que, no ano de 2002, serão registrados 305.330

casos novos e 117.550 óbitos por câncer. A análise por sexo revela que as maiores taxas de incidência entre as mulheres serão devidas à neoplasia maligna de mama (36,47/100.000), seguida pelo câncer de pele não melanoma (30,90/100.000), câncer de colo do útero (18,86/100.000) e neoplasias do cólon e de reto (9,65/100.000). (BRASIL, 2002g).

A análise topográfica, no tocante à mortalidade por neoplasias em mulheres, mostra que o câncer de mama (9,99/100.000) se manterá como a primeira causa de morte, seguido pelo câncer de pulmão (5,10/100.000), cólon e reto (4,44/100.000), colo do útero (4,31/100.000) e estômago (4,22/100.000). (BRASIL, 2002g).

Esses valores fazem com que o câncer de colo de útero se mantenha como um importante problema de saúde pública, atingindo todas as camadas sociais e regiões geo-econômicas do país.

As taxas de mortalidade das macrorregiões revelam que o câncer se encontra em diferentes posições, mas sempre está incluído entre as primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, afecções do período peri-natal e doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2002g).

A realidade do Estado da Bahia, semelhante ao panorama nacional, confirma esse fato, onde se estima, para o ano de 2002, em relação ao câncer de colo de útero, taxas brutas de incidência de 13,89/100.000, e de mortalidade, de 2,78/100.000, sendo que a situação da capital é ainda mais alarmante, com taxas em torno de 29,17/100.000 e 5,85/100.000, para casos novos e óbitos (BRASIL, 2002a).

Além dos aspectos epidemiológicos desta neoplasia, considera-se apropriado conceituar o câncer de colo de útero e valorizar seus aspectos preventivos.

Como afecção progressiva, o câncer de colo de útero se caracteriza por alterações intra-epiteliais cervicais, que podem se desenvolver para um estágio invasivo, ao longo de uma a duas décadas (LOPES, 1999). Como possui etapas bem definidas e tem lenta evolução, o câncer de colo de útero permite a interrupção do seu curso a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos. As medidas de prevenção, consideradas de suma importância, envolvem o rastreamento na população sintomática e assintomática de lesões, identificando o grau das mesmas e apontando tratamento adequado (DEROSSI; PAIM; AQUINO; SILVA, 2001).

Nas últimas décadas, as possibilidades de prevenção primária e secundária do câncer têm crescido, na medida em que tem aumentado o conhecimento acerca dos fatores de risco que envolvem a doença. Há um avanço da tecnologia para o diagnóstico precoce e seu tratamento, embora, muitas vezes, uma grande parcela da população permaneça marginalizada ao acesso a esses recursos (LOPES et al., 1999).

Entende-se como risco a probabilidade de um evento indesejado acontecer. Os fatores que

o potencializam são conceituados fatores de risco, enquanto aqueles que o diminuem são denominados fatores de proteção. É a interação entre estes distintos fatores que determinará a redução da chance das pessoas adoecerem (BRASIL, 2002a).

Ao abordar a influência dos fatores de risco às neoplasias, vale ressaltar dois aspectos importantes. O primeiro é que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças, como por exemplo, o tabagismo. O segundo, denominado de multicausalidade, expõe que a gênese de uma patologia pode ser determinada por uma associação de fatores de risco (BRASIL, 2002a).

Os fatores de risco podem ser externos e internos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. Os fatores externos, ditos ambientais, englobam a influência do meio ambiente e os hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural; já os fatores internos, são, em sua maioria, geneticamente predeterminados. Em relação às neoplasias, a maioria dos fatores de risco são ambientais, correspondendo a 80 a 90% dos casos, observando-se esse fato em relação ao câncer de colo de útero (BRASIL, 2002b).

Para essa patologia têm-se determinado fatores sociais, ambientais e hábitos de vida que contribuem para sua maior incidência, tais como: baixas condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), precários hábitos de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais (BRASIL, 2002b).

Outro fator de risco de grande significância é a história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a exposição ao vírus *papiloma humano* (HPV) e ao *herpesvírus tipo II* (HSV), cujos estudos vêm demonstrando um papel importante no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas (BRASIL, 2002f).

O HPV está presente em 99% dos casos de câncer do colo do útero. A idade também é tida como fator de risco, sendo a faixa etária de maior incidência a de 35-49 anos, com destaque

para aquelas que nunca realizaram o exame de Papanicolaou (LOPES et al., 1999).

O exame internacionalmente reconhecido como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo de útero é o Papanicolaou, também denominado de colpocitologia, e mais comumente referido pela clientela como exame preventivo. O mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas de secreções vaginais e cervicais, e tem seu valor, tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais (LOPES et al., 1999).

Quando incorporado na rotina da vida adulta, o preventivo tem uma forte influência na redução da incidência do câncer de colo de útero e da morbi-mortalidade das suas portadoras (LOPES et al., 1999). O Ministério de Saúde preconiza que toda mulher dos 25 aos 59 anos, ou antes, se já houver iniciado sua vida sexual, deve submeter-se ao exame preventivo, com uma periodicidade anual, inicialmente (LOPES, 1999). Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo do útero, este adquire a periodicidade trianual, baseando-se em estudos que afirmam que após um resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes (BRASIL, 2002c).

Apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países a introduzir a colpocitologia, o percentual de mulheres beneficiadas ainda é muito reduzido (MORAES, 2000). Sua cobertura não ultrapassa 8% das mulheres com idade superior a 20 anos, ferindo a recomendação da OMS, que estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco, para obtenção de um impacto epidemiológico, com redução das taxas de mortalidade em até 90% (LOPES et al., 1999). No tocante à faixa etária de risco, observa-se ainda, no país, que a maioria das mulheres que se submete ao exame preventivo possui menos de 35 anos, o que sugere que estas têm acesso às medidas de prevenção por comparecem aos

postos de saúde para cuidados relativos à natalidade (BRASIL, 2002e).

De um modo geral, a realidade das infra-estruturas das instituições, particularmente as públicas, associada à postura dos profissionais de saúde interferem na análise da cobertura da colpocitologia e justificam, em parte, a baixa demanda das mulheres. Valorizando a afirmativa de que o exame é indolor, de baixo custo, rápido e gratuito, os profissionais o consideram como uma obrigatoriedade da mulher e exercem, desta forma, uma assistência preventiva de modo autoritário (LOPES, 1999). Não percebem que a ação de prevenir não envolve apenas a sua vontade, já que a compreensão da importância do exame é fator determinante.

À situação acima, soma-se o fato da mulher, na maioria dos casos, compreender o exame apenas como um instrumento diagnóstico, não o incorporando como de rotina preventiva, uma vez que não o julga necessário (LOPES, 1999).

Em países com programas organizados de rastreamento e com adequada cobertura, as taxas de incidência e de mortalidade pelo câncer de colo de útero têm mostrado um quadro de redução. Desse modo, esse tipo de neoplasia está sob controle nos países desenvolvidos, o que não ocorre naqueles de desenvolvimento dependente, como é o caso do Brasil (DEBROSSI; PAIM; AQUINO; SILVA, 2001). Os dados mais alarmantes são provenientes desses países, onde se encontram 80% dos óbitos por esse tipo de neoplasia, por se tratar de uma doença que acomete especialmente mulheres com baixo nível de escolaridade e com pouco acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2002d).

A preocupação com a problemática do câncer de colo de útero tornou-se presente nas políticas de saúde do país desde 1983, com a apresentação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que nasceu como resposta às reivindicações de vários segmentos da sociedade, que exigiam o atendimento de outras demandas da clientela feminina, além daquelas que englobassem sua função reprodutora (LOPES et al., 1999).

Esse programa, objeto de crítica desde sua implantação, por não conseguir efetivar a totalidade de suas ações, buscava introduzir “[...] um conjunto de ações, educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.” (BRASIL, 1984, p. 2).

As ações do PAISM não contribuíram para o esperado impacto sobre a morbi-mortalidade pelo câncer de colo de útero. Ao contrário, o quadro epidemiológico do país, nos últimos 20 anos, vem apontando um pequeno aumento nas taxas de mortalidade feminina (MORAES, 2000).

Baseado no acima referido e incentivado pelos compromissos assumidos na VI Conferência Mundial sobre a Mulher, que se deu em setembro de 1995, na China, o Governo Brasileiro, através do INCA, e sob a assessoria internacional do *Cancer Care International* (CCI) e da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer, implantou um programa de âmbito nacional, visando o rastreamento e o controle do câncer de colo de útero, denominado de *Programa Viva Mulher* (BRASIL, 2002e).

Esse programa tinha como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade pelo câncer de colo de útero por meio da ampliação do acesso das mulheres brasileiras ao exame Papanicolaou, priorizando aquelas sob maior risco e garantindo o acolhimento e o tratamento adequado da doença e das lesões precursoras na totalidade dos casos (BRASIL, 2002e). Por ser um programa de grande magnitude, muitos levantamentos e pesquisas foram feitos com o intuito de determinar a capacidade laboratorial nacional instalada, a quantidade e a disponibilidade de recursos humanos, bem como de equipamentos das unidades de atenção primária, secundária e terciária em alguns municípios amostrais (MORAES, 2000).

Consideram-se, também, estudos sobre o comportamento das mulheres brasileiras frente à prevenção e as razões por elas apontadas para não aderirem aos programas anteriores. Foram

referidas como barreiras de relevância: os problemas na organização da rede de serviços de saúde; a atitude dos profissionais de saúde frente às mulheres; a vergonha e o medo do exame; o temor ao resultado e à doença; as informações errôneas ou a falta de informação sobre o câncer de colo de útero; e a influência negativa da família, particularmente, dos maridos ou companheiros (MORAES, 2000). Outro importante obstáculo, que ficou excluído da análise do Ministério da Saúde, é a atitude da mulher frente à expressão da sua sexualidade, pela exploração e pela descoberta da área genital, que é reprimida desde as primeiras experiências da menina e se acentua a partir da menarca (LOPES, 1999).

A fase piloto do *Programa Viva Mulher* se deu no período de janeiro de 1997 a junho de 1998, englobando as seguintes localidades: Curitiba (janeiro de 1997), Brasília, Recife e Rio de Janeiro (março de 1997), Belém (abril de 1997) e Sergipe (janeiro de 1998). Esse projeto-piloto tinha como objetivo desenvolver, nacionalmente, as bases para a estruturação das etapas envolvidas na implantação de um programa de rastreamento do câncer do colo do útero (MORAES, 2000).

Durante seus 18 meses de existência, 124.440 mulheres na faixa etária de 35-49 anos se cadastraram no projeto-piloto, sendo que, destas, 5,7% realizaram o preventivo pela primeira vez, e 3,7% apresentaram algum tipo de alteração no resultado do exame. Belém foi a localidade com menor taxa de abandono (6,2%), enquanto o Rio de Janeiro apresentou o maior percentual (60,5%). (BRASIL, 2002e).

No período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, foi realizada a expansão nacional do referido programa, com base na experiência do projeto-piloto, mantendo a mesma faixa etária, o que alcançava aproximadamente 12 milhões. Estimava-se que cerca de 48% nunca haviam feito o exame (BRASIL, 2002e; MORAES, 2000).

Durante esta fase de intensificação, o Ministério da Saúde esperava realizar 4 milhões de exames nesse grupo de mulheres. Para

alcançar esses objetivos, foram traçadas cinco etapas: o recrutamento da população-alvo, a coleta de material para o exame de Papanicolaou, o processamento do material colhido em laboratório, o tratamento dos casos diagnosticados e a avaliação, dividida em duas partes, devido à sua importância, uma vez que a falta de avaliação foi apontada como uma das principais falhas dos programas anteriores (BRASIL, 2002e; MORAES, 2000).

Para o recrutamento das mulheres e sua sensibilização em torno da problemática, a estratégia adotada foi a de utilizar diversos meios de comunicação, agregando a mídia televisiva com ações de publicidade indireta (*merchandising*), em programas de auditório e telenovelas (MORAES, 2000). Em relação à coleta e ao processamento do material, o Ministério da Saúde, buscando uma padronização, recomendou a dupla coleta, qual seja, a tomada da ectocérvice e a da endocérvice, distribuindo o material, separadamente, numa única lâmina. Para a coleta endocervical, convencionou-se o uso da escovinha (MORAES, 2000).

No tocante ao processamento do material, houve a uniformização das terminologias utilizadas, preconizando-se o sistema Bethesda, no qual as lesões cervicais precursoras são classificadas como neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de graus I, II e III, cuja classificação orienta o protocolo de tratamento (BRASIL, 2000; MORAES, 2000).

O programa recomenda a cirurgia de alta frequência (CAF) para o tratamento laboratorial das lesões cervicais pré-invasivas (NIC I). Quanto às demais lesões, após colposcopia para confirmação do diagnóstico, emprega-se desde a conização até a intervenção cirúrgica com histerectomia abdominal ou vaginal (BRASIL, 2002e).

Ao final dessa fase, que envolveu a participação de 97,9% dos municípios brasileiros, computou-se a realização de 3.177.740 exames citopatológicos, abrangendo, entretanto, apenas 55,7% da população-alvo (BRASIL, 2002d). Na Bahia, 245.512 mulheres aderiram ao Programa, sendo que aproximadamente 60% encontravam-

se na faixa etária previamente determinada. Dos mais de 3 milhões de exames realizados, 2,8% apresentaram alguma alteração no resultado, sendo que somente 22,75% não deram seguimento ao tratamento (BRASIL, 2002e).

A fase de consolidação, que teve início em abril de 1999, abrangeu 23 localidades e foi baseada na análise e na reestruturação das estratégias das fases anteriores. Ocorreu, então, a inclusão das ações de controle do câncer de mama (BRASIL, 2002e).

Para tal fase, visando estabelecer formas de atuação que procurassem sistematizar o processo, foram elaboradas as seguintes diretrizes: 1. articular e integrar uma rede nacional para controle do câncer do colo do útero e de mama; 2. motivar a mulher brasileira a cuidar da sua saúde; 3. reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde; 4. melhorar a qualidade de atendimento à mulher; e, 5. aumentar a eficiência da rede de atenção ao câncer (BRASIL, 2002e).

Como ganhos durante o período de consolidação, o Ministério da Saúde aponta o aumento da demanda de exames citopatológicos, ressaltando que, nos 12 meses que antecederam à fase de intensificação, foram realizados cerca de 544.000 exames por mês, enquanto que no ano de 1999 foram realizados aproximadamente 600.000 exames por mês, e em 2000, este número esteve em torno de 575.582, o que representa um incremento de 10% e 5,8%, respectivamente. A meta do Governo, ao final de cinco anos, é a adesão de cerca de 12 milhões de mulheres, tentando, dessa forma, reverter o sombrio quadro de morbi-mortalidade pelo câncer de colo de útero no país (BRASIL, 2002e).

Apesar das críticas, não há estudos, em Salvador, que analisem a situação do impacto do Programa, tendo como fonte dados fornecidos por mulheres que dele participaram, o que aponta uma lacuna.

O presente estudo tem como objeto o seguimento de medidas preventivas do câncer de colo do útero, por mulheres que participaram do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero – *Programa Viva Mulher* –, em 1998.

Foi determinado como objetivo geral: avaliar o impacto do referido programa, para o seguimento de medidas preventivas, no período 1998-2002, por moradoras do Calafate. Como objetivos específicos tem-se: identificar o quantitativo de mulheres da Comunidade que participaram do Programa; verificar o índice de recebimento de resultados do exame; analisar os motivos apontados para o não recebimento; identificar o índice de mulheres que buscaram atendimento médico/enfermagem para avaliação do resultado; verificar os fatores apresentados como justificativas para não buscar atendimento; identificar o índice de indicações de tratamento e/ou encaminhamento e de sua efetivação; e verificar a continuidade de acompanhamento preventivo no período 1998-2002, em Serviços de Prevenção.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa quantitativa, de natureza exploratória, teve como *locus* o Coletivo de Mulheres do Calafate (CMC), instituição sem fins lucrativos, localizada no bairro soteropolitano de San Martins, fundada em 1992, pela necessidade das mulheres dessa comunidade discutirem a problemática da violência conjugal e outros assuntos relacionados à mulher.

A escolha do Coletivo como local de coleta de dados se justificou por este já ter sido campo de outros estudos e atividades de extensão do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM), além do que, no período de 1998, quando seu deu a primeira fase de intensificação do *Programa Viva Mulher*, a coleta de material para o exame citopatológico foi realizada por docentes e discentes desse grupo.

Segundo o CMC, no período já mencionado, foram atendidas 264 mulheres, das quais, 134 eram moradoras da comunidade, e constituiriam a população desta pesquisa. Entretanto, o extravio da relação nominal dessas mulheres, com seus respectivos endereços, ocasionou grande dificuldade para encontrá-las. Embora tivessem sido feitas tentativas de contato, através de visitas domiciliares com as agentes

multiplicadoras de saúde, verificou-se a grande incidência de mudança de logradouro.

Nesse sentido, trabalhou-se com um quantitativo de 43 mulheres, correspondendo a 32,1% da meta anteriormente estabelecida, considerando o longo período para a coleta de dados, qual seja, de 5 de fevereiro a 22 de abril de 2002, e as frustradas tentativas de localizar cópia do documento através da Secretaria Municipal de Saúde da Bahia.

Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada com o preenchimento de um formulário composto de perguntas abertas e fechadas, que tinha como variável dependente o seguimento de medidas preventivas para o câncer de colo de útero a partir do *Programa Viva Mulher*, e como variáveis independentes os dados sócio-econômicos das depoentes.

Vale esclarecer que durante todo o estudo foram considerados os aspectos éticos referentes a apresentação e discussão do projeto pela coordenação da entidade. Assim como foram garantidos às entrevistadas, durante a coleta de dados, o sigilo e o anonimato (BRASIL, 1996).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A maioria das mulheres, ou seja, 18,6%, encontra-se nas faixas etárias de 40 a 44 e 45 a 49 anos. Considerando-se que a campanha foi realizada em 1998, a tal época, essas mulheres tinham entre 36 e 45 anos, encontrando-se, pois, dentro da faixa de idade estabelecida como meta de cobertura governamental (BRASIL, 2002e).

Tomando como referência a média estabelecida pelo Ministério da Saúde para adesão nessa faixa etária, os resultados encontrados, que somam 37,2%, estão abaixo do esperado nacionalmente, que foi de 55,7% (BRASIL, 2002e).

Em relação ao estado civil das depoentes, ocorreu uma maior participação de mulheres solteiras (34,9%) e casadas (32,6%).

Observou-se um baixo nível de escolaridade das depoentes, já que 74,4% das mulheres

cursaram até o primeiro grau incompleto e 7,0% eram analfabetas. Valores semelhantes foram encontrados por Carvalho (1996), ao analisar o perfil das mulheres que demandam os serviços públicos de saúde.

A baixa escolaridade se reflete também na análise da profissão/ocupação, uma vez que 53,5% das mulheres que possuem até o primeiro grau incompleto são donas-de-casa ou domésticas, categorias que, somadas, abrangem 60,4% das depoentes. A responsabilidade pela execução de afazeres domésticos e pela criação e educação dos filhos são tarefas socialmente atribuídas às mulheres e, muitas vezes, não são reconhecidas por elas como sendo trabalho (CARVALHO, 1996).

Do total de entrevistadas, 72,1% informaram ter recebido o resultado do exame citopatológico. Este valor aproxima-se do encontrado por Carvalho (1996), ao estudar o comportamento preventivo em relação ao câncer de colo de útero em serviços públicos. A autora considera esse percentual como um relevante indicativo de que as mulheres percebem a importância do Papanicolaou, embora o considerem apenas como um instrumento de detecção de afecções ginecológicas, e não como um método de rastreamento, que deve ser realizado, também, por aquelas assintomáticas.

Os dois principais motivos apontados para o não recebimento do resultado foram: o não comparecimento ao posto de saúde para buscá-lo (41,7%) e a demora para que o mesmo ficasse pronto (33,3%). Essa alegação se mostrou presente também nos relatos daquelas que o receberam, com queixas freqüentes de que tiveram que retornar ao posto diversas vezes, até terem êxito.

Como fatores que contribuíram para o não comparecimento ao posto de saúde, as mulheres referiram o medo do resultado e a distância de suas residências até o mesmo. Esses motivos são assinalados, também, como obstáculos que justificam, em parte, a baixa demanda por esses serviços nas instituições públicas (LOPES, 1999).

Observou-se que a maior parte das mulheres procurou assistência após o recebimento do

resultado (74,2%), com predominância de mulheres com mais de 35 anos. Considerando-se que a grande parte da clientela que tem acesso às medidas de prevenção do câncer de colo de útero nos serviços públicos são jovens (BRASIL, 2002e), o *Programa Viva Mulher* refletiu na aproximação dessas mulheres às instituições.

Quando as depoentes recordavam-se de qual profissional procuraram, identificou-se a assistência médica na totalidade dos casos.

A dificuldade de acesso ao serviço (28,6%) e a ausência de sintomatologia (42,8%) foram os dois principais motivos apontados para a não procura por assistência. Em relação ao primeiro obstáculo destacam-se as filas e a restrição de atendimentos, situações que as mesmas contornam, buscando os serviços na madrugada, fato que as leva à exposição de diversos perigos (FERREIRA, 1996; LOPES, 1999).

Quanto ao segundo motivo, qual seja, a ausência de sintomatologia, vale ressaltar a falta de conhecimento por parte da clientela acerca dos sintomas do câncer de colo de útero e de quando estes começam a se manifestar (CARVALHO, 1996).

Entre as 23 mulheres que procuraram assistência após o recebimento do resultado, em pouco mais da metade dos casos (52,2%) houve prescrição de tratamento, com indicação de uso de cremes para infecções e inflamações vulvo-vaginais. Duas entrevistadas (8,7%) relataram que não efetivaram o tratamento prescrito, alegando ausência de sintomatologia, bem como o custo do medicamento. Apenas uma depoente (4,3%) afirma que teve prescrição de encaminhamento para outros níveis de assistência, mas não procurou tais serviços, devido a problemas de saúde. Considerando-se esse caso como sendo o único no qual se observou alteração no resultado, tem-se um percentual de 2,3%, próximo àquele registrado pelo INCA (2,8%). (BRASIL, 2002e).

Ao serem questionadas sobre o número de preventivos por elas realizados após o *Programa Viva Mulher*, 27,9% das mulheres afirmam que não fizeram nenhum exame e 30,2% fizeram apenas um e, portanto, não estariam observando a periodicidade estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Observa-se que, embora as mulheres expõem a importância e, muitas vezes, a obrigatoriedade do exame de Papanicolaou, a maioria ainda não o introduziu como rotina em suas vidas, e grande parte desconhece a aplicabilidade do mesmo no diagnóstico de infecções cervico-vaginais e de lesões pré-neoplásicas (CARVALHO, 1996).

Dentre os motivos apontados para a não realização do exame citopatológico, destacam-se: a ausência de sintomatologia (33,3%), a falta de tempo, o descaso com a própria saúde e a dificuldade de acesso ao serviço (16,7%).

Os obstáculos citados neste estudo também se constituíram em fonte de preocupação governamental, já que o Ministério da Saúde os considerou preliminarmente à fase do projeto-piloto. Tais situações também se encontram citadas em Carvalho (1996), Lopes (1999) e Moraes (2000).

CONCLUSÃO

Ao implantar o *Programa Viva Mulher*, o Ministério da Saúde tinha como objetivo ampliar o acesso das mulheres à colpocitologia, garantindo-lhes o acolhimento, bem como a continuidade de tratamento para as portadoras de lesões, visando uma redução na morbimortalidade pelo câncer de colo de útero. Entretanto a presente investigação revela que, na comunidade estudada, esses objetivos não foram totalmente alcançados.

Houve um aumento de demanda de exames citopatológicos, porém muito aquém da meta governamental, que estimava uma adesão de 12 milhões de mulheres ao Programa até o ano 2000. A falta de continuidade de motivação pelas usuárias aparece como um dos motivos para que essa meta não tenha sido alcançada. A tal fato soma-se o descrédito da clientela, expresso pelos significativos percentuais de não recebimento de resultado e pela inexistência de garantia de assistência às portadoras de lesões.

Conclui-se que, se por um lado, nos últimos quatro anos, o impacto do *Programa Viva*

Mulher sobre a morbi-mortalidade pelo câncer de colo de útero foi muito pequena, menor ainda foi sua repercussão para o seguimento de medidas preventivas entre as mulheres da referida comunidade, que aderiram à primeira fase de intensificação.

Ao final da pesquisa, é válido, ainda, ressaltar a importância do papel dos profissionais da área de saúde, incluindo-se os de enfermagem, na motivação das mulheres em buscar medidas preventivas para o câncer de colo de útero. Ao acreditar que estão cumprindo seu dever, executando o exame e repetindo o mesmo discurso a todas as mulheres em suas consultas, esses profissionais exercem uma assistência autoritária e descomprometida, não garantindo a adesão ao Programa.

Como a redução do risco à referida neoplasia implica em mudanças no comportamento e reforço de condutas, os profissionais não devem se limitar à mera transmissão de informações, pois, quando isso acontece, tal atitude transforma-se numa barreira à ação preventiva, ao invés de fator de motivação.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, M.L.; CARMO, H. E. Situação da população brasileira: tendências, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, ano 3, n. 3/4, p. 7-34, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo grupos humanos. **Bioética**, Brasília, v.4, n.2, p.15-25, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Neoplasia Intra-Epitelial Cervical (NIC). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.46, n.4, p.355-357, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. **O problema do câncer no Brasil**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer>>. Acesso em: 13 abr. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/prevencao/fatores.html>>. Acesso em: 13 abr. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino: A estratégia brasileira**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama: Segunda fase de intensificação**. Disponível em: <http://www.inca.org.br/viva_mulher/documentos/passoa_passo.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama**. Disponível em: <http://www.inca.org.br/viva_mulher/documentos/vivamulher_faseI.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2002e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O câncer de colo de útero**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer/tipos/utero.html>>. Acesso em: 13 abr. 2002f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer.

Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2001. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em 13 abr.2002g.

CARVALHO, Iára Cedraz Guimarães de. **Comportamento preventivo em saúde em relação ao câncer cérvico-uterino**. 1996. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1996.

DEROSSI, Susanne Andrade; PAIM, Jairnilson Silva; AQUINO, Estela; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (Ba), 1979-1997. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.73, n.2, p. 163-170, 2001.

FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulher e serviços de saúde: O processo de trabalho em Distritos Sanitários**. Salvador: ULTRAGraph,1996.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça et al. **Programa integrado de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama: Universidade Federal da Bahia / Centro Integrado de Controle do Câncer. Relatório do Projeto Integrado**. Salvador, 1999. (Digitado).

LOPES, Regina Lúcia Mendonça. **Prevenindo o câncer cérvico-uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Salvador: ULTRAGraph, 1999.

MORAES, Marcos F. Editorial: Programa Viva Mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n.2, 2000.