

MARISE GNATTA DALCUCHE

**A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Sociologia, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia

**CURITIBA
2006**

Dedico este trabalho à memória de minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Miguel Rasia que pacientemente percorreu esse caminho comigo, pelo apoio incondicional e pelas considerações precisas na elaboração desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Vinicius Milani Budel, que com seu profundo conhecimento sobre ginecologia e oncologia me orientou sobre todas as dúvidas relativas a essas questões no decorrer do trabalho.

À Prof. Dra. Marlene Tamanini que me abriu as portas para o feminismo e a feminidade relacionados à saúde das mulheres.

A Márcia Cecília Huçulak e Olga Laura Peterlini que me possibilitaram viver a experiência na coordenação do programa do câncer, o que me abriu o caminho para essa pesquisa.

De modo muito especial, agradeço a todas as mulheres que me receberam e aceitaram a realização da entrevista, expondo seus sentimentos mais profundos sobre a experiência de viver uma doença tão dolorosa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, através do Centro de Vigilância Epidemiológica que apoiou a pesquisa e forneceu todos os dados solicitados.

Aos Coordenadores de Distritos Sanitários e Chefes de Unidades de Saúde, ou seus representantes, e Agentes Comunitários de Saúde que me auxiliaram, e muito, na confirmação dos endereços das mulheres, no agendamento das entrevistas e na localização dos endereços, o que possibilitou agilidade na pesquisa de campo e facilidade no contato com as mulheres entrevistadas.

A Maria José Foltran, minha irmã, pela preciosa revisão do texto.

A meu pai, minhas irmãs e sobrinhas pelo apoio que me deram nos momentos difíceis e por compartilharem comigo os bons momentos.

*... Apesar de pensar que estamos seguindo o mapa certo,
Deus, de repente, resolve tirar a estrada do lugar,
E nos coloca – nós e a estrada – em outro lugar.
(Clarissa Pinkola Estes – O jardineiro que tinha fé)*

RESUMO

Esta dissertação é um estudo sociológico com mulheres residentes em Curitiba que receberam o resultado do exame citopatológico positivo para câncer do colo do útero. O objetivo do trabalho é estudar o que acontece com essas mulheres após receberem esse resultado; que tipo de encaminhamento, tratamento e acompanhamento recebem da Unidade de Saúde que a atendeu e que faz parte do Sistema Único de Saúde; qual é o significado que as mulheres atribuem ao câncer do colo do útero e que relação fazem da doença com a morte. E, também poder identificar possíveis alterações ou não do quadro de mortalidade por câncer do colo do útero. Foram entrevistadas vinte e sete mulheres que tinham endereço confirmado pela Unidade de Saúde e que se disponibilizaram a realizar a entrevista. Essas mulheres realizaram o exame citopatológico (Papanicolaou) que é uma das ações do Programa VIVA MULHER implantado no município de Curitiba desde 1997, cuja finalidade é o controle e prevenção do câncer de colo de útero e mama. Das mulheres entrevistadas, apenas uma não se encontrava em tratamento. As demais já tinham realizado ou estavam realizando o tratamento indicado. Observou-se que a Unidade de Saúde não realiza acompanhamento sistemático dessas mulheres que passam a fazer o tratamento geralmente em hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde. As mulheres que estavam em tratamento eram atendidas especificamente no que se refere ao tumor e o órgão afetado. Não é oferecido pelo serviço público de saúde nenhum outro tratamento de apoio, como psicoterapia, grupo de apoio ou outro que lhe dê suporte emocional para viver a experiência da doença. Essa necessidade é evidenciada em seus relatos quando se referem ao sofrimento, à solidão e ao desconhecimento sobre o que estava acontecendo com seu corpo. Isso remetia algumas das mulheres para a expressão do medo da morte. A forma de atendimento pelo serviço público evidencia a não existência de uma política de saúde voltada para a atenção integral das mulheres; o atendimento é pontual e específico sobre a doença, não considerando essas mulheres no contexto de sua vida, nem sua subjetividade.

Palavras-chave: câncer do colo do útero, atendimento de saúde, corpo feminino.

ABSTRACT

This thesis is a sociological study of women living in Curitiba who, after undergoing citopatological exams, were told they had cervix cancer. The objective of this work is to understand what happens to these women after they receive such news; the kind of guiding, treatment and accompaniment they have from the Health Unity that first attended them and which is also part of the SUS (Brazilian public health care system). The meaning these women give to the cervix cancer and the relation that they establish between the illness and death is also analyzed. Another aim of this project is to identify possible variations in the death rate by cervix cancer. Twenty seven women who had their addresses confirmed by the Health Unity, and were willing to take part in this research, were interviewed. These women underwent the citopatological exam (Papanicolaou) which is supported by VIVA MULHER, a program that was introduced in the city of Curitiba in 1997, and which has as an objective the control and prevention of cervix and mammal cancer. Among the women who were interviewed only one was not under treatment. The others had either finished the treatment or were undergoing it. The Health Unity does not provide a systematic follow-up on these women who, after the diagnosis, usually start the treatment in hospitals accredited by the SUS (Brazilian public health care system). These women are only provided with treatment in what concerns the tumor or the affected organ. The public health system does not provide any other kind of support treatment such as psychotherapy, group support and others which could offer emotional support so as to help overcome such an experience. This need is verified in their accounts of suffering, loneliness and lack of information about what was going on in their bodies. This situation led some women to express fear of death. The way they were attended by the public health units and hospitals shows the non-existence of a policy that supports the whole of women; it is restricted and specific to the illness, neither considering these women in the whole context of their lives, nor in their subjectivity.

Key words: cervix cancer, health care, female body.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE TIVERAM RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO, POR FAIXA ETÁRIA E IDADE DE MAIOR CONCENTRAÇÃO, CURITIBA 2001-2004	19
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES COM EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO, RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, 2002-2004	20
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR DISTRITO SANITÁRIO, CURITIBA/PR, 2004-2005	21
TABELA 4 -DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR FAIXA ETÁRIA, CURITIBA/PR - 2004-2005.....	26
TABELA 5 -DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR ESTADO CIVIL, NÚMERO DE UNIÕES E CONVIVÊNCIA COM COMPANHEIRO, CURITIBA/PR – 2004-2005	27
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR NÚMERO DE FILHOS, CURITIBA/PR – 2004-2005	28
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR GRAU DE ESCOLARIDADE, CURITIBA/PR – 2004-2005	29
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR PROFISSÃO/OCUPAÇÃO, CURITIBA/PR, 2004-2005.	30
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR MAIOR RENDA DA FAMÍLIA, CURITIBA/PR –2004-2005	31
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR RELIGIÃO, CURITIBA/PR – 2004-2005	31
TABELA 11: RANKING DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, BRASIL. 1980 E 2000.....	59
TABELA 12: MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS DEFINIDAS SEGUNDO OS ESTADOS PARA O SEXO FEMININO. REGIÃO SUL, 2001.....	60
TABELA 13: COEFICIENTE DE MORTALIDADE PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS, POR 100.000 BABITANTES, PARANÁ, 1980,1985,1990,1995,2000 E 2003.	61
TABELA 14: TENDÊNCIA DO RISCO DE MORTE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E REGIÕES, POR 100.000 HABITANTES, BRASIL, 1981 E 2001.....	62
TABELA 15: NÚMERO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA SEGUNDO A CAUSA E O SEXO BRASIL, 2003.	63
TABELA 16 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO POR 100.000 MULHERES, PARANÁ, 1977-2004	64
TABELA 17 - NÚMERO DE ÓBITOS POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, POR FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2002 a 2004	65
TABELA 18 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO POR 100.000 MULHERES, CURITIBA – PARANÁ – 1998-2004	66

TABELA 19 - MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, POR FAIXA ETÁRIA, CURITIBA/PR, 1998-2004	66
TABELA 20 - NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS REALIZADOS POR FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 1997 A 2004	68
TABELA 21 - NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS REALIZADOS EM CURITIBA, POR FAIXA ETÁRIA, 2002-2004	69
TABELA 22 - NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ALTERADOS REALIZADOS PELO SUS, EM MULHERES RESIDENTES EM CURITIBA, 2001-2004	71
TABELA 23 – RESULTADO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ALTERADOS, POR DIAGNÓSTICO, REALIZADOS PELO SUS, EM MULHERES RESIDENTES EM CURITIBA, 2001-2004	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. METODOLOGIA	16
1.1. DO OBJETO, OBJETIVOS E HIPÓTESES	16
1.2. DO PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS	26
1.3. DAS ENTREVISTAS EM CADA DISTRITO SANITÁRIO	32
1.4. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A PESQUISA DE CAMPO	38
2. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E A POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER	42
2.1. BREVE HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	42
2.2. A POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL	52
2.3. A MORTALIDADE POR CÂNCER	59
2.4. A MORTALIDADE POR CANCER DO COLO DO UTERO	61
2.5. ESTIMATIVAS DAS AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DO CANCER DO COLO DO UTERO.....	67
3. A SAÚDE DA MULHER	75
3.1. A SAUDE DA MULHER NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PUBLICAS DE SAUDE.....	75
3.2. O PROGRAMA VIVA MULHER EM CURITIBA	87
3.3. SAÚDE DA MULHER E SAÚDE REPRODUTIVA	95
4. AS MULHERES, A SAÚDE, A DOENÇA	100
4.1. MULHERES, DOENÇA E NORMALIDADE	100
4.2. O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES	107
4.3. A RELAÇÃO ENTRE AS MULHERES DOENTES E A EQUIPE DE SAÚDE... ..	114
5. O CORPO FEMININO, O CÂNCER E A MORTE	131
5.1. O CORPO FEMININO E A MEDICALIZAÇÃO	131
5.2. AS FORMAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER E SUA SIGNIFICAÇÃO	151
5.3. AS MULHERES E A MORTE	170
CONCLUSÃO	186
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	195
APÊNDICES	202
ANEXOS	207

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é uma análise sobre as mulheres portadoras de câncer do colo do útero, residentes no município de Curitiba, a partir de uma perspectiva sociológica. O objetivo da pesquisa é conhecer o que acontece com as mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) após receberem o resultado do exame citopatológico positivo para câncer do colo do útero.

Para chegar a esse tipo de conhecimento, precisávamos saber como elas recebiam a notícia do diagnóstico, quais os encaminhamentos que eram feitos para o seu tratamento, se faziam ou não o tratamento indicado e como foram atendidas pelos serviços de saúde. Além disso, buscamos conhecer como viviam e sobreviviam a sua doença e, das que relacionavam a doença à morte, procuramos saber como a possibilidade da morte era percebida por elas. Nesta dissertação, tomamos como objeto de estudo, portanto, o que acontece com as mulheres que recebem um diagnóstico positivo para câncer do colo do útero pelo serviço público de saúde.

Foram entrevistadas 27 mulheres com diagnóstico laboratorial de câncer do colo do útero, residentes em Curitiba. Essas mulheres foram selecionadas a partir de uma listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba¹.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), nas estatísticas dos últimos anos, identificou o câncer do colo do útero como um dos mais frequentes entre as mulheres brasileiras, responsável por um grande número de óbitos, constituindo, por isso, um tema de grande relevância para a Saúde Pública. Em 1980, as neoplasias eram a quinta causa de mortalidade no Brasil; em 2000, passaram para o segundo lugar. Dentro das neoplasias, em 2003, o câncer do colo de útero foi identificado como a segunda causa de morte nas mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama. Entre 1995 e 1999, o Paraná era o quinto Estado da Federação com maior taxa bruta de mortalidade por câncer do colo do útero (5,60/100.000 mulheres). Atualmente, no Paraná, esta é a terceira causa de mortalidade nas mulheres, dentre as neoplasias. As características biológicas do câncer do colo do útero e a existência de um método simples, barato e seguro de exame para sua detecção precoce, o exame

¹ Para tanto, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, tendo sido analisado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

citopatológico (Papanicolaou), possibilitam que essa doença tenha um elevado potencial de prevenção e cura. O rastreamento da doença através do exame Papanicolaou é de relevância para a Saúde Pública, pois pode modificar as taxas de incidência da morbidade e mortalidade para câncer do colo do útero.

Entretanto, inserir o exame citopatológico como rotina nos serviços de saúde não é suficiente. É necessário, também, organizar e articular ações de saúde para motivar as mulheres suscetíveis à doença ao tratamento, oferecendo um encaminhamento adequado àquelas que têm seus exames citopatológicos com resultados positivos. No entanto, os serviços de saúde no Brasil, até pouco tempo atrás, não estavam organizados para ações desse tipo.

Apoiando-se no compromisso assumido pelo Governo Federal durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, em setembro de 1995, o INCA, por meio de uma equipe de técnicos de organismos nacionais e internacionais, elaborou um projeto piloto com o nome Programa VIVA MULHER, que começou a subsidiar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Esse projeto piloto foi implantado a partir do 1º semestre de 1997, em seis localidades brasileiras: Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Estado de Sergipe.

A relevância deste estudo está na possibilidade de se identificar variáveis que possam redirecionar as ações do Programa VIVA MULHER de forma a possibilitar um atendimento dos serviços de saúde eficiente para a contenção da progressão da doença, reduzindo dessa forma o sofrimento das pacientes.

No Estado do Paraná, a partir de 1997, foi implantado através da Secretaria Estadual da Saúde em todas as Secretarias Municipais de Saúde do Estado, o Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, do qual participei como coordenadora no período de julho a dezembro de 2002. O Programa seguiu as diretrizes e objetivos do Programa Nacional, com algumas adaptações para adequações dentro dos serviços de saúde do Estado. É importante salientar que esse Programa foi implantado na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Estadual de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico da Secretaria Estadual da Saúde compreendia o Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero (implantado em parceria com os serviços municipais de saúde do Estado e outras instituições de saúde) e o Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama (implantado somente em 2002). Os objetivos centrais dessas

ações eram reduzir o número de casos e de mortes, disponibilizar serviços de saúde de média e alta complexidade em quantidade e qualidade necessária para atendimento das mulheres paranaenses, melhorar a qualidade de vida e aumentar o tempo de vida das mulheres portadoras de câncer ginecológico.

Quando ainda na coordenação do Programa, eu sempre indagava o que acontecia com essas mulheres depois que recebiam o resultado do seu exame citopatológico positivo para câncer do colo do útero, como elas recebiam esse resultado, ou quem lhes informava, ou, ainda, como eram encaminhadas para o tratamento, como eram acompanhadas pelas Unidades de Saúde, se conseguiam ou não ser curadas, se morriam ou não.

Nenhuma dessas perguntas era respondida pelo sistema de informação que existia até então. Os serviços de saúde preocupavam-se mais com a necessidade dos insumos para a coleta do material do exame do que com o resultado dele que, muitas vezes, levava um longo tempo para sair do laboratório e chegar até a Unidade de Saúde onde a mulher fora atendida.

No município de Curitiba, o Programa VIVA MULHER foi implantado como experiência piloto em 8 de março de 1997. O município foi escolhido como capital da região sul do país a ser implantado o projeto, após avaliação da capacidade instalada dos serviços e proposição aos gestores municipais por parte do Ministério da Saúde.

Existiam algumas dificuldades no sistema público de saúde do município, como a restrição das coletas de material para o exame citopatológico pelos profissionais médicos, pois somente esses profissionais faziam a coleta, a pouca oferta laboratorial, a limitação do rastreamento da doença que era vinculado à demanda espontânea da Unidade de Saúde (US). Estes e outros fatores limitavam a expansão da cobertura para o diagnóstico precoce do câncer cervico-uterino, dificultando a redução da mortalidade.

Sendo assim, é clara a necessidade de se investigar por que tantos exames citopatológicos para câncer do colo do útero são realizados e ao mesmo tempo ainda morrem mulheres com essa doença. Além disso, deve-se considerar, ainda, que a incidência do câncer do colo do útero é maior nas mulheres pertencentes à população de baixa renda, diferentemente do câncer de mama que tem maior incidência nas mulheres pertencentes a um estrato social mais elevado.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba aceitou o convite do INCA para participar como município piloto, levando em conta as grandes possibilidades de

êxito, por já contar com estrutura de serviços regionalizados e hierarquizados. Desde março de 1998, o município de Curitiba assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal, o que significa que a Secretaria Municipal de Saúde é responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde, que custeiam as ações ambulatoriais e hospitalares dos serviços públicos municipais e dos serviços privados contratados pelo SUS. Atualmente, estão em funcionamento 108 (cento e oito) Unidades de Saúde distribuídas em diferentes pontos da cidade, facilitando o acesso da população aos serviços de saúde.

O serviço público de saúde é hierarquizado de forma que a Unidade de Saúde (US) é a porta de entrada do sistema de saúde, onde as pessoas são cadastradas e recebem o atendimento básico: é chamado de nível de atendimento primário. Quando necessário, a Unidade de Saúde ou Unidade Básica de Saúde encaminha para os Centros de Especialidades – nível secundário. Encaminha também para hospitais e/ou serviços de alta complexidade contratados pelo SUS – nível terciário.

As US se agregam em Distritos Sanitários (DS), segundo sua localização geográfica no município, que estão localizados nos seguintes bairros: Bairro Novo, Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Matriz, Pinheiro, Portão e Santa Felicidade. Cada DS fica situado em uma região administrativa do município, chamada Administração Regional. O DS é uma instância técnico-administrativa, responsável por todas as Unidades de Saúde e por outros serviços de saúde localizados em seu território de abrangência. Portanto, as Unidades de Saúde estão sempre vinculadas a um Distrito Sanitário (Anexo A).

Em 1992, houve a implantação das Gerências Regionais de Saúde e instituíram-se as autoridades sanitárias locais que representam o poder público para o campo da saúde. A autoridade sanitária tem responsabilidade pelo território de abrangência da Unidade. Portanto, é muito mais do que uma chefia de Unidade de Saúde. (MOYSÉS et al, 2001).

Na realidade do dia-a-dia, o Distrito Sanitário passa a assumir um papel determinante: na condução das diretrizes gerais da Secretaria Municipal de Saúde, no apoio técnico e operacional do planejamento local, na assessoria aos projetos das Unidades de Saúde, no desenvolvimento de ações direcionadas às vigilâncias sanitária e epidemiológica e nas ações intersetoriais.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda a metodologia do trabalho: o objeto, objetivos e hipóteses; a definição dos casos a serem estudados, o tipo de entrevista realizada e a estruturação das mesmas. Está incluído nesse capítulo, também, o relato sobre o desenvolvimento da pesquisa em cada um dos Distritos Sanitários. O perfil das mulheres entrevistadas foi elaborado com base em um cadastro preenchido com cada mulher entrevistada, o que possibilitou a identificação de informações como: idade, estado civil, número de filhos, grau de instrução, profissão/ocupação, renda e religião.

O segundo capítulo apresenta inicialmente um histórico sobre o sistema de saúde pública no Brasil, desde a primeira metade do século XX, até a criação do Sistema Único de Saúde. Em seguida, vem um histórico do controle e combate ao câncer no Brasil, também desde a primeira metade do século XX, buscando entender como essa doença começa a ser considerada importante no sistema público de saúde. Apresentamos alguns dados sobre a mortalidade por câncer, a mortalidade por câncer do colo do útero, no Brasil, no Paraná e em Curitiba. E, por último, uma análise sobre as ações de detecção precoce do câncer do colo do útero utilizando dados nos níveis nacional, estadual e municipal.

No terceiro capítulo apresentamos como surgiram as primeiras preocupações com a política de saúde da mulher, incluindo a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, e como essa política está hoje inserida no SUS. Apresentamos o Programa VIVA MULHER desde sua concepção até as formas de implantação no município de Curitiba. Encerrando esse capítulo, fazemos uma rápida abordagem sobre os conceitos de saúde reprodutiva e saúde da mulher e como eles vêm influenciando a política de saúde da mulher.

O quarto capítulo apresenta uma análise sobre o doente e a doença a partir da visão de Georges Canguilhem. Posteriormente, iniciamos a análise do atendimento das mulheres entrevistadas pelas Unidades de Saúde e hospitais onde são feitos os tratamentos e acompanhamentos e uma análise da relação do doente com a equipe de saúde utilizando para isso autores como George Simmel, Gastão Wagner de Souza Campos, Norbert Elias e Pierre Bourdieu.

O quinto capítulo apresenta um breve histórico sobre o corpo feminino e medicalização, a partir do século XVII. Em seguida, abordamos a questão do câncer: como as mulheres tinham conhecimento do diagnóstico da doença e viviam o tratamento indicado. Finalmente, fazemos um histórico sobre a morte desde a Idade

Média, relacionando-a com o medo de morrer que as mulheres apresentam a partir do conhecimento da existência de uma doença grave, como o câncer, em seu corpo.

Esperamos que esse conhecimento possa contribuir, de alguma forma, para a melhoria da qualidade do atendimento dos serviços públicos de saúde direcionados às mulheres.

1. METODOLOGIA

Neste capítulo, vamos apresentar o problema que deu origem à pesquisa e as hipóteses levantadas a partir desse problema. Apresentaremos também como foram definidos os casos a serem estudados e como foram estruturadas as entrevistas. Em seguida, delineamos o perfil das mulheres que foram entrevistadas, considerando faixa etária, tipo de união, número de filhos, dentre outros. Por último, esboçamos um panorama de como foram as entrevistas em cada Distrito Sanitário e tecemos algumas considerações gerais sobre as entrevistas.

1.1. OBJETIVOS, OBJETO E HIPÓTESES

Na definição da metodologia de pesquisa, partimos das questões mais gerais, como por exemplo qual é política pública de saúde que está instituída atualmente e como ela determina o desenvolvimento de programas específicos de atenção à saúde e, nesse caso mais específico, saúde das mulheres, inserindo dentro dessa política o programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero. A partir desse contexto mais amplo, fomos nos direcionando às questões mais particulares que nos levaram às mulheres que têm ou tiveram câncer do colo do útero atendidas pelas Unidades de Saúde do município de Curitiba.

Nossa principal preocupação foi responder a perguntas como as que seguem: o que acontece com a mulher após receber um resultado de exame citopatológico que lhe informa a presença de câncer do colo do útero? Que tipo de tratamento e onde o realiza? O que acontece com seu sistema de relação familiar e profissional? Relaciona sua doença com a morte? Que tipo de apoio o sistema de saúde pública dá a essa mulher? Como ela é atendida pelo sistema de saúde?

Os objetivos do estudo se voltaram para: a) tomar conhecimento a respeito do que acontece com as mulheres portadoras de resultado do exame citopatológico positivo para câncer do colo do útero, nos serviços de saúde do SUS; b) conhecer qual o significado que as mulheres atribuem ao câncer do colo do útero; c) conhecer como é feito o encaminhamento, o tratamento e o acompanhamento por parte da Unidade de Saúde; d) identificar possíveis variáveis que contribuam para a modificação ou não do quadro de mortalidade por câncer do colo do útero.

A investigação foi realizada apenas com mulheres residentes no município de Curitiba, ainda que num primeiro momento tinha-se a intenção de investigar também mulheres residentes nos municípios da Região Metropolitana, o que não foi possível devido à inexistência de dados completos sobre essas mulheres na Secretaria Estadual de Saúde. Restringimos, também, os casos de acordo com o resultado do exame citopatológico: nós nos detemos apenas nas mulheres que recebem resultado positivo para câncer do colo de útero, o que significa basicamente trabalhar com três resultados do exame citopatológico: carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma invasor e adenocarcinoma “in situ”.

A partir desses questionamentos formulamos as seguintes hipóteses:

- As mulheres com câncer do colo do útero não recebe um atendimento integral à sua saúde, por parte da Unidade de Saúde, pois o tratamento fica restrito ao câncer.

- As mulheres são encaminhadas para tratamento médico pela Unidade de Saúde, conforme a complexidade de cada caso e realizam o tratamento..

- As mulheres vivem o sofrimento de sua doença de forma solitária, não sendo acompanhadas pelo serviço de saúde.

- As escolhas das mulheres e a compreensão que elas possuem do corpo, no caso o corpo feminino, reproduzem as escolhas feitas pela equipe de saúde, mais especificamente pelo médico. Há uma assimilação nessas escolhas do conceito de saúde reprodutiva e saúde da mulher e, nesse sentido, dois conceitos tão distintos se confundem tanto na prática médica quanto no entendimento que as mulheres possuem do seu corpo e da sua doença.

O que se observou no decorrer da pesquisa é que a mulher enfrenta a dura realidade da manifestação da doença sozinha, com sofrimento e sem os esclarecimentos que lhe permitam um pouco mais de tranquilidade frente à doença. As mulheres entrevistadas, quase todas, eram submetidas ao tratamento da doença, e somente da doença. Não havia na Unidade de Saúde nenhum outro tratamento de apoio que pudesse suavizar esse sofrimento, como psicoterapia e grupo de apoio.

Após percorrer os trâmites legais do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Anexo B) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – SMS - de Curitiba, recebemos a listagem das mulheres que têm resultado do exame citopatológico

positivo para câncer do colo do útero. Essa listagem é produto do Sistema de Informações do Câncer.

1. 1. 1. FASES DA PESQUISA

1ª) Definição de casos a serem estudados

A listagem de mulheres tem início em novembro de 2001 quando foi implantado o Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero – Siscolo – na SMS de Curitiba. Portanto, vai de novembro de 2001 até novembro de 2004. A listagem é organizada por Unidade de Saúde a qual a mulher está vinculada e dela consta: nome da mulher, data de nascimento, data de exame, data de liberação do resultado, data de seguimento e diagnóstico original. Se a mulher realiza um novo exame, seu nome pode aparecer mais de uma vez, como é o caso de sete mulheres que tem seu nome repetido. É uma lista com 227 mulheres relacionadas, sendo 135 (cento e trinta e cinco) de Curitiba, 43 (quarenta e três) da Região Metropolitana e 49 (quarenta e nove) de outros municípios do Estado. Das 92 mulheres não residentes em Curitiba, uma está vinculada à Unidade de Saúde de referência secundária, duas ao Hospital de Clínicas e 89 ao Hospital Erasto Gaertner, que é especializado em tratamento de cânceres.

Das 135 mulheres residentes em Curitiba, 114 têm como diagnóstico Carcinoma Escamoso Invasor, 11 têm como diagnóstico Adenocarcinoma Invasor e 10 têm como diagnóstico Adenocarcinoma “in Situ”. Para esses diagnósticos, é utilizada no exame a expressão “alterados”. Dos exames realizados, 113 foram liberados num prazo igual ou inferior a 30 dias, 16 foram liberados num prazo igual ou inferior a 60 dias, 5 em um prazo igual ou inferior a 90 dias e um num prazo de 150 dias. Dos exames liberados após 30 dias, dois (90 e 150 dias) são de mulheres vinculadas ao Hospital de Clínicas e os outros 20, são de mulheres vinculadas ao Hospital Erasto Gaertner. Na lista, o período de exames varia de novembro de 2001 a novembro de 2004, assim distribuídos:

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE TIVERAM RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO, POR FAIXA ETÁRIA E IDADE DE MAIOR CONCENTRAÇÃO, CURITIBA 2001 a 2004

PERÍODO DE NASCIMENTO	FAIXA ETÁRIA	Nº DE MULHERES	IDADE DE MAIOR CONCENTRAÇÃO DENTRO DO PERÍODO
1922 a 1929	83 a 76 anos	10	76 anos
1930 a 1939	75 a 66 anos	21	68 e 69 anos
1940 a 1949	65 a 56 anos	34	65 e 58 anos
1950 a 1959	55 a 46 anos	30	49 anos
1960 a 1969	45 a 36 anos	31	42 e 39 anos
1970 a 1979	35 a 26 anos	7	30 anos
1980 a 1987	25 a 18 anos	2	
TOTAL		135	

FONTE: Centro de Epidemiologia/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Ainda na lista das mulheres residentes em Curitiba, sete têm o nome repetido. Dessas, cinco têm o nome vinculado a uma Unidade de Saúde e ao Hospital Erasto Gaertner e duas somente ao Hospital Erasto Gaertner. Uma das mulheres, apesar de conferir nome e endereço, tem data de nascimento com dois meses de diferença. Outra mulher tem o nome repetido três vezes. O período de tempo entre o exame realizado num serviço e o exame realizado em outro serviço é muito pequeno, na maioria dos casos. Em cinco deles, a data dos exames realizados varia de 21 dias a 37 dias. Os demais (três) variam de cinco a vinte meses.

Uma das mulheres, que tem seus exames realizados num intervalo de 37 dias, apresenta dois diagnósticos diferentes: o primeiro diagnóstico é de carcinoma escamoso invasor, e o segundo, depois de 37 dias, é adenocarcinoma invasor.

Das 135 mulheres de Curitiba, 97 tinham endereço completo, com nome de rua e número e, desses, 68 endereços foram encontrados no Guia de Endereços de Curitiba, registrados nos mapas existentes no Guia, o que dava possibilidade de acesso à residência. Das 38 sem endereço, uma está vinculada a Unidade de Saúde, duas ao Hospital de Clínicas e 35 ao Hospital Erasto Gaertner. É possível que, dentre essas, haja mais mulheres não residentes em Curitiba, principalmente as vinculadas ao Hospital Erasto Gaertner que, além de atender à demanda do Estado, atende também outros Estados e população de países circunvizinhos ao Paraná.

Portanto, havia somente 92 mulheres com endereço (nome de rua e número) nos registros do sistema de informação, com possibilidade de serem encontradas para serem entrevistadas.

Em relação às mulheres residentes na Região Metropolitana de Curitiba, após termos acesso ao sistema de busca ativa que nos foi disponibilizado, encontramos 23 com resultado do exame Papanicolaou positivo para câncer do colo do útero, ou seja, alterado, sendo que, desses exames, seis foram realizados em 2002, treze em 2003 e quatro em 2004. No quadro que segue, mostramos como essas mulheres estão distribuídas na Região Metropolitana, segundo o município em que residem.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES COM EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO, RESIDENTES EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, 2002 a 2004

MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA	Nº DE MULHERES COM EXAME CITOPATOLÓGICO ALTERADO
Araucária	8
Colombo	3
Almirante Tamandaré	2
Pinhais	2
São José dos Pinhais	2
Campo Magro	2
Campina Grande do Sul	1
Campo Largo	1
Mandirituba	1
Quitandinha	1
TOTAL	23

FONTE: SESA/ISEP

Na ficha de busca ativa dessas mulheres, não havia endereços completos; algumas estavam referenciadas a Unidade de Saúde do município, outras apenas ao município.

Quando tivemos acesso a essa listagem, já tínhamos iniciado a pesquisa de campo em Curitiba e já tínhamos verificado como o processo é moroso, pois dependia da boa vontade e disponibilidade do chefe da Unidade de Saúde, do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que geralmente era quem agendava a entrevista diretamente com a mulher a ser entrevistada, e da própria mulher a ser entrevistada. Nosso deslocamento para os municípios da Região Metropolitana dependeria de maior disponibilidade de recursos e de tempo do mestrado e da nossa disponibilidade. Para realizar as 27 entrevistas, foram necessários quase quatro meses.

Da lista de 135 mulheres residentes em Curitiba, selecionamos apenas as que tinham endereço completo, totalizando 97 mulheres. Dessas 97, selecionamos as que poderiam ser encontradas. Começamos então a separar os endereços e Unidades de Saúde por Distritos Sanitários e identificamos que, pela listagem, o maior número de mulheres concentrava-se no Distrito Sanitário do Bairro Novo, seguindo-se os Distritos Sanitários do Portão, Pinheirinho, Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Santa Felicidade e Matriz.

Do total de 97 mulheres com endereços completos, entrevistei 27, ou seja, 28%, distribuídos em cinco Distritos Sanitários, conforme quadro abaixo. O critério de seleção foi a possibilidade de a mulher ser encontrada pela Unidade de Saúde e o fato de se dispor a dar a entrevista.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS
POR DISTRITO SANITÁRIO, CURITIBA/PR, 2004/2005

DISTRITO SANITÁRIO	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
Bairro Novo	11
Portão	3
Boqueirão	1
Pinheirinho	6
Boa Vista	6
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

2ª) Preparação das Entrevistas

A investigação propriamente dita foi pautada nas concepções sobre entrevista não diretiva que foram o meio de interação entre pesquisador/pesquisado.

Segundo Thiolent (1980), o pesquisador não pode realizar entrevista na base da intuição, ou sem um objetivo definido. A entrevista não diretiva vai explorar, através de verbalizações racionais ou afetivas, o objeto pesquisado. Mesmo com a possibilidade de explorar conteúdos afetivos, a entrevista não diretiva é desprovida de caráter terapêutico:

... a entrevista não diretiva como instrumento da pesquisa sociológica é indispensável para podermos avaliar se (sic) 'a priori' seus mecanismos, possibilidades, limitações e implicações. Para isso, uma problematização é

necessária. O pesquisador não pode realizar entrevistas não diretas na base da intuição, nem do bom senso, do tato ou da típica ingenuidade das entrevistas comuns. (THIOLENT, 1980, p. 81)

Ainda para o autor, a partir da instrução de um roteiro transmitido pelo investigador, “o entrevistado define como quiser o ‘campo a explorar’ sem se submeter a uma estruturação pré-determinada. A entrevista não-diretiva favorece a captação de uma informação ‘profunda’ ou menos ‘censurada’ do que no caso de outros procedimentos.” (THIOLENT, 1980, p. 85).

O autor apresenta também a necessidade se tomar as seguintes providências:

1) da escolha de um pequeno número de pessoas diversificadas representativas do assunto estudado, não é uma amostragem mas sim uma seleção de indivíduos em função dos critérios do investigador; 2) gravação das entrevistas sem imposição da problemática. O ponto de partida é dado pela instrução do pesquisador, que no decorrer da entrevista, permanece numa situação de ‘atenção flutuante’ que permite estimular o entrevistado a explorar seu universo cultural sem questionamento forçado; 3) análise do conjunto das entrevistas; o todo é analisado em referência aos dados básicos das pessoas: idade, sexo, religião, profissão, nível de instrução, etc; cada entrevista é analisada para tentar encontrar os sintomas relativos aos sistemas de representações, de valorizações afetivas, de regras sociais, de códigos simbólicos interiorizados pelo indivíduo no decorrer de sua socialização e sua relação... (THIOLENT, 1980, p. 86)

Com base nesses pressupostos teóricos, estruturamos a entrevista em três eixos, a saber:

Eixo 1. - Apresentação da entrevista como parte de uma pesquisa relacionada à saúde das mulheres que realizam exames preventivos de câncer do colo do útero.

- Solicitação do consentimento da entrevista através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

- Preenchimento do Cadastro da Entrevistada (Apêndice B).

Eixo 2. – Saber das entrevistadas dados sobre seus cuidados em relação a sua saúde: os cuidados que tem em relação a sua saúde, descrição das rotinas de visita ao médico, motivos por que foi buscar atendimento médico, como é o atendimento na Unidade de Saúde, quem e como lhe atende, descrição dos tipos de exames que já fez, conhecimento ou não do exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou) e número de vezes que já tinha feito, o recebimento dos resultados, a forma como a Unidade de Saúde entrega os resultados, se tem ou não

conhecimento do resultado do seu último exame, como interpreta esse resultado, se faz ou não algum tratamento, que tipo de tratamento, para onde e quem encaminhou.

A questão da doença somente foi abordada após a entrevistada mencioná-la. Quando indagávamos sobre a doença, utilizávamos o mesmo termo utilizado pela entrevistada ao referir-se ao problema.

Eixo 3. – O atual estado de saúde da entrevistada. Saber dela se continua em tratamento e por quanto tempo terá de fazê-lo. Saber, ainda, onde é o atual tratamento, qual o especialista que a atende, se o tratamento foi dado por encerrado pelo médico ou não.

Foi elaborado, portanto, um roteiro de entrevista, que deve ser o facilitador para a obtenção de dados. Seriam realizadas tantas entrevistas quantas fossem necessárias com as mulheres e sempre que possível foram gravadas. Apenas uma delas não permitiu a gravação.

3ª) Pesquisa de Campo

Segundo Minayo (1992), a pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo.

No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimento.” (MINAYO, 1992, p.105).

Foi na fase do trabalho de campo que foram realizadas as entrevistas não diretivas, onde o pesquisado falou livremente sobre o tema que lhe foi proposto.

O trabalho de campo, apesar de ter um caráter de informalidade, também tem que ser pensado a partir de referenciais teóricos e de cuidados práticos que podem fazer avançar ou então prejudicar o conhecimento da realidade. Da Matta (1978), afirma a importância de o pesquisador se colocar por inteiro no momento da pesquisa, inclusive com suas emoções, sentimentos, dificuldades práticas que teve para chegar até o campo. E, sobretudo, de se estabelecer um processo de empatia

de ambas as partes, pois é só desta maneira que haverá informação. Sobre a relação pesquisador/pesquisado, refere-se ainda à importância de se identificar nessa relação aspectos extraordinários que sempre podem estar se apresentando nos relacionamentos humanos: “Se este é o lado rotineiro e o mais difícil de ser apanhado da situação antropológica, é certamente porque ele se constitui no aspecto mais humano da nossa rotina.” (DA MATA, 1978, p. 35).

O trabalho de campo consistiu na seguinte sistemática:

- relacionar as mulheres residentes no Distrito Sanitário escolhido;
- fazer um contato pessoal com o Coordenador do Distrito ou seu representante para nos apresentarmos e podermos solicitar a confirmação dos endereços das mulheres e das Unidades de Saúde às quais as mulheres estão vinculadas;
- fazer contato com os chefes das Unidades de Saúde (ou autoridades sanitárias), explicar o objetivo da pesquisa e solicitar o agendamento da entrevista;
- aguardar retorno do chefe da Unidade de Saúde ou de seu representante;
- dirigir-se à Unidade de Saúde na data da entrevista, um pouco antes do horário marcado para apanhar o agente comunitário de saúde responsável pela área de residência da mulher que nos acompanhava até a casa da entrevistada;
- realizar a entrevista na casa da mulher ou na Unidade de Saúde, quando isso era solicitado pelo representante da Unidade de Saúde com quem mantínhamos contato.

Por iniciativa própria, dois Distritos Sanitários fizeram o agendamento das entrevistas diretamente, junto às Unidades de Saúde. Sempre que chegávamos às Unidades de Saúde, apresentávamo-nos ao chefe da Unidade ou a funcionário designado por ele. O Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba deu-nos uma Carta de Apresentação que facilitou nosso acesso junto às Unidades, principalmente naquelas em que nós mesmos solicitamos o agendamento da entrevista. Nos locais onde as entrevistas não foram agendadas pelo Distrito Sanitário, nós mesmos o fizemos via telefone, ou pessoalmente. O Distrito Sanitário comprometia-se em informar às chefias das Unidades de Saúde sobre a realização da pesquisa.

Na data agendada da entrevista comparecíamos na Unidade de Saúde onde sempre havia um agente comunitário de saúde, ou outro funcionário se fosse o caso, nos aguardando para acompanhar-nos até a casa da entrevistada. Na maioria dos

casos, as entrevistas foram agendadas pelos agentes comunitários de saúde e, em alguns casos, pela chefia ou enfermeira da Unidade de Saúde. Sempre informávamos que a entrevista era sobre a saúde da mulher e sobre a realização dos exames preventivos, para não correremos o risco de criar problemas éticos.

O agendamento da entrevista por parte do agente comunitário de saúde ou de um representante da Unidade de Saúde foi de fundamental importância. Nosso acesso às residências foi facilitado e muito por conta dessa abordagem. Essa mediação certamente possibilitou uma grande aceitação da entrevista por parte das mulheres, que não se sentiram ameaçadas por uma presença estranha e desconhecida, uma vez que chegávamos as suas casas junto com o agente comunitário. Houve apenas duas situações em que fomos direto à casa das mulheres, por sugestão da própria Unidade de Saúde, após ter feito contato prévio com a entrevistada.

Para Bourdieu (1997) é importante o pesquisador escolher os entrevistados entre pessoas conhecidas, ou ser apresentado por pessoas conhecidas.

Tomou-se por isso a decisão de deixar aos pesquisadores a liberdade de escolher entre pessoas conhecidas ou pessoas às quais eles pudessem ser apresentados pelas pessoas conhecidas. A proximidade social e a familiaridade asseguram efetivamente duas das condições principais de uma comunicação “não violenta”. De um lado quando o interrogador está muito próximo daquele que ele interroga, ele lhe dá, por sua permutabilidade com ele, garantias contra a ameaça de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas; suas escolhas vividas como livres, reduzidas aos determinismos objetivos revelados pela análise. Por outro lado encontra-se também assegurado neste caso um acordo imediato e continuamente confirmado sobre os pressupostos concernentes aos conteúdos e às formas de comunicação: esse acordo se afirma na emissão apropriada, sempre difícil de ser produzida de maneira consciente e intencional, de todos os sinais não verbais, coordenados com os sinais verbais, que indicam quer como tal o qual enunciado deve ser interpretado, quer como ele foi interpretado pelo locutor. (BOURDIEU, 1997, p.697).

Se as entrevistas não tivessem sido agendadas com essa mediação, o trabalho de campo teria sido, sem dúvidas, mais lento, ou seja, levaríamos muito mais tempo do que os quase quatro meses que levamos para entrevistar 27 mulheres. Para essas mulheres, acreditamos ter sido muito mais fácil receber uma pessoa de quem elas tinham sido informadas da presença, do que receber um estranho à sua porta que chegaria perguntando por ela e ela nem saberia como essa pessoa havia conseguido seu nome. Em algumas situações, o agente comunitário da área não nos acompanhou por estar em período de férias. Nesse caso, outro agente

comunitário acompanhou a entrevista. Em outra situação, a entrevistada não conhecia o agente comunitário. Houve uma única situação em que a entrevistada foi hostil conosco e relatou durante a entrevista revolta e mágoa em relação à Unidade de Saúde. Em alguns casos, o agente comunitário nos apresentava às mulheres e seguia o seu rumo ao trabalho cotidiano; em outros, solicitamos ficar a sós com a entrevistada; em outros casos, eles participaram da entrevista. Essas situações se davam principalmente quando existia um grande vínculo entre o ACS e a paciente. Houve algumas situações em que achamos importante terem participado, principalmente nos casos em que as mulheres não relataram ter câncer – essa situação se deu por duas vezes. Em outra situação, a presença do agente foi importante porque ele ficou conhecendo a situação de saúde da mulher e, ao final da entrevista, comprometeu-se, por iniciativa própria, a passar uma vez por mês em sua casa para saber como estaria passando. A partir do momento em que ficou conhecendo mais a fundo a situação da paciente, passou a ter um vínculo maior com ela.

1.2. DO PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS

As mulheres entrevistadas, que tiveram seu exame Papanicolaou positivo para câncer do colo do útero, no período de 2001 a 2004, são todas residentes no município de Curitiba.

A idade das mulheres entrevistadas variou de 18 a 80 anos (tabela 4), sendo que o maior número concentrou-se na faixa acima dos 50 anos. Nas idades limites (18 e 80 anos) houve apenas uma entrevistada de cada idade.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR FAIXA ETÁRIA, CURITIBA/PR – 2004/2005

FAIXA ETÁRIA	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
Abaixo 19 anos	1
20 a 29 anos	0
30 a 34 anos	1
35 a 39 anos	2
40 a 49 anos	10
50 a 59 anos	4
Acima 60 anos	9
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

No Brasil há uma redução dos mais jovens na estrutura etária do país. Na década de 80, o percentual de menores de 15 anos passou de 38,2% para 29,6%. A composição de pessoas entre 15 e 64 anos passou de 57,7% para 64,6%, e as pessoas com 65 anos e mais, de 6,1% passou para 8,6%. O grupo de menores apresentou uma redução de 22% e a população com 65 anos e mais aumentou em 47% no mesmo período. (BRASIL, 2004b). Desde a década de 80 a população idosa vem crescendo consideravelmente no país. Outro fator que nos permitiu traçar o perfil das entrevistadas foi o seu estado civil, como se pode ver na tabela 5.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR ESTADO CIVIL, NÚMERO DE UNIÕES E CONVIVÊNCIA COM COMPANHEIRO, CURITIBA/PR – 2004/2005

ESTADO CIVIL/ SITUAÇÃO ATUAL	Nº DE UNIÕES	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS POR ESTADO CIVIL
Casada			
com companheiro	1	12	13
com companheiro	2	1	
Divorciada/separada			
sem companheiro	1	3	4
sem companheiro	2	1	
Viúva			
com companheiro	3	1	7
com companheiro	2	2	
sem companheiro	1	2	
sem companheiro	2	2	
Solteira			
sem companheiro	sem união	1	3
sem companheiro	1	1	
sem companheiro	3	1	
TOTAL		27	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

Das mulheres entrevistadas, 17 tiveram apenas uma união, 6 tiveram duas uniões, duas tiveram 3 uniões e duas relataram que não tiveram união formal. Das 27 mulheres, atualmente, 16 têm companheiro e 11 não estão convivendo com companheiro. Em relação ao estado civil, 17 são casadas, 4 são separadas/divorciadas, 7 são viúvas e três são solteiras. Das solteiras apenas uma não tem filhos, as outras duas têm filhos e tiveram convivência com companheiros.

Nos últimos anos, tem aumentado o número de mulheres chefes de família: em 1993 as mulheres comandavam 22,3% do total de residências do país, sendo que

em 2002 esse percentual aumenta para mais de 25% de mulheres chefes de família. (BRUSCHINI, LOMBARDI e UNBEHAUM, 2006).

Em relação ao número de filhos, praticamente metade das mulheres entrevistadas tem entre 1 e 3 filhos, mas o número de filhos varia de um a onze.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS
POR NÚMERO DE FILHOS, CURITIBA/PR – 2004/2005

Nº DE FILHOS	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
0	1
1	3
2	6
3	8
4	2
8	2
9	2
10	1
11	2
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

A taxa de fecundidade total no Brasil passou de 4,4 em 1980, para 2,3 em 2000. Na região Sul passou de 3,6 em 1980, para 2,2 filhos por mulher, em 2000. (BRASIL, 2004b).

A escolaridade das mulheres varia de analfabeta até o segundo grau completo. Não foi entrevistada nenhuma mulher com nível de escolaridade superior. Das entrevistadas, sete são analfabetas – um número bastante significativo – com idade entre 63 e 80 anos. Apenas uma das mulheres tem segundo grau completo.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR GRAU DE ESCOLARIDADE, CURITIBA/PR – 2004/2005

GRAU DE ESCOLARIDADE	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
Analfabeta	7
1º Grau	
1ª série	1
2ª série	1
3ª série	3
4ª série	2
5ª série	2
6ª série	4
8ª série	4
2º Grau	
2ª série	2
3ª série	1
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

O índice de escolaridade é um importante indicador na área da saúde, pois pode afetar negativamente a formulação de auto-cuidado e cuidado com os outros. O Brasil tem um baixo nível de escolaridade e elevado índice de analfabetismo, apesar de ter aumentado o acesso de crianças e adolescentes à escola, na última década. O estado que tem maior índice de analfabetismo é Alagoas: 31,90%. As desigualdades tanto no nível nacional como regional são grandes. Nenhum Estado pode ser enquadrado nos níveis ideais de instrução internacionalmente aceitáveis, estando mais próximo deste nível apenas o Distrito Federal e alguns Estados da região Sul e Sudeste, como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e o Paraná em quinto lugar (BRASIL, 2004b).

Estudo recente demonstra que 37% das mulheres e apenas 26% dos homens tinham mais de 11 anos de estudos no Brasil, em 2002. O predomínio feminino acontece a partir do ensino médio. (BRUSCHINI, LOMBARDI e UNBEHAUM, 2006).

Em relação à profissão (tabela 8), 13 mulheres não têm profissão, sendo que destas seis têm algum tipo de renda por auxílio doença, aposentadoria, salário desemprego, pensão de ex-marido. Das mulheres entrevistadas, nove estavam trabalhando no período da pesquisa.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS POR
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO, CURITIBA/PR, 2004/2005

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
Não tem	13
Aposentada	4
Doméstica	2
Zeladora	1
Manicure	1
Costureira	1
Digitadora	1
Autônoma	1
Operadora de máquina	1
Balconista	1
Desempregada	1
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

Nas três últimas décadas, a participação feminina no mercado de trabalho tem sido cada vez maior. Isso se dá pelo maior acesso às instituições de ensino. Estudos demonstraram que, em 1985, a taxa de atividade feminina foi de 62,06% para as mulheres com 9 anos ou mais de estudo e de apenas 36,55 % para as mulheres com 5 a 8 anos de estudo. No período de 1976 a 1985, a taxa de atividade feminina passa de 28,7% para 36,9% (MÉDICI, 1989).

Entre 1992-2002, a população economicamente ativa feminina passou de 28 milhões para 36,5 milhões; a taxa de atividade aumentou de 47% para 50,3% e a porcentagem de mulheres no conjunto de trabalhadores foi de 39,6% para 42,5%. Em 2002, entre as mulheres empregadas, 63% eram brancas e 37% eram negras, o que evidencia que as mulheres negras sofrem maior discriminação no mercado de trabalho. O emprego doméstico remunerado é o nicho feminino: 90% dos trabalhadores são mulheres, o que absorve 17% da força de trabalho do país. No emprego doméstico, 59% das mulheres são negras e destas 19 têm carteira assinada diante de 24% das mulheres brancas na mesma situação. (BRUSCHINI, LOMBARDI e UNBEHAUM, 2006).

A renda da grande maioria das mulheres entrevistadas variava entre R\$ 260,00 (salário mínimo em 2004) a R\$ 440,00. Apenas uma relatou ganhar R\$ 1.200,00. Na comparação da renda de cada uma delas com a renda do marido/companheiro, 12 apresentaram a renda deles como sendo maior que a sua.

Considerando que 13 delas são casadas, a renda do homem ainda prevalece como sendo a maior; 10 mulheres têm na sua renda a única renda da casa.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS
POR MAIOR RENDA DA FAMÍLIA, CURITIBA/PR – 2004/2005

MAIOR RENDA NA FAMÍLIAR	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
Do marido	12
Da mulher – única renda	10
Dos filhos	3
Da mulher	1
Igual	1
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

Historicamente o salário das mulheres tem sido menor que dos homens. Também tem se identificado que as mulheres são maioria absoluta em dois ramos de atividades: o setor de prestação de serviços e hoje grande parte desses serviços são terceirizados e nas atividades sociais ligadas ao setor saúde e educação.

Em 1993, 48% dos homens recebiam até dois salários mínimos e, em 2002, essa porcentagem era de 51%. Em relação às mulheres, em 1993, 55% recebiam até dois salários mínimos e, em 2002, esse percentual passa para 58% de mulheres. (BRUSCHINI, LOMBARDI e UNBEHAUM, 2006).

Em relação à religião, metade disse ser católica, as demais dividiram-se em outras religiões (tabela 10). Todas disseram ser praticantes.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS
POR RELIGIÃO, CURITIBA/PR – 2004/2005

RELIGIÃO	Nº DE MULHERES ENTREVISTADAS
Católica	14
Evangélica	8
Congregação Cristã	2
Assembléia de Deus	1
Adventista do 7º Dia	1
Igreja Quadrangular	1
TOTAL	27

FONTE: Pesquisa de campo, 2004/2005.

Em relação à cor das mulheres entrevistadas, apenas uma era negra.

Todos os nomes utilizados nessa dissertação, das mulheres, de familiares e dos profissionais de saúde a quem as mulheres entrevistadas se referiram, são fictícios.

1. 3.DAS ENTREVISTAS EM CADA DISTRITO SANITÁRIO

Distrito Sanitário do Bairro Novo

Elegemos o DS do Bairro Novo para dar início às entrevistas, uma vez que era o Distrito que tinha o maior número de mulheres: chegamos a esse local com uma lista de 20 mulheres. Após análise da lista com a confirmação de endereços, verificou-se que destas cinco não pertenciam a esse DS, uma tinha falecido por câncer do colo do útero, segundo informações do próprio DS, uma não morava em Curitiba, uma não quis dar a entrevista, e uma não foi localizada pela US para o agendamento. Portanto, nesse DS foram realizadas onze entrevistas. As entrevistas foram agendadas pelo próprio Distrito junto às US. No dia e hora marcados, comparecíamos a US, onde um ACS nos aguardava e nos conduzia até a casa da mulher a ser entrevistada. Nesse DS, numa entrevista em que o ACS estava presente, houve uma mulher que no decorrer da entrevista, ainda no início, disse estar muito bem, que não tinha nada, que o resultado de seu preventivo tinha dado bom. Neste caso, a presença do ACS foi fundamental. Posteriormente, solicitamos informação do DS sobre essa situação e foi confirmado que no prontuário dessa mulher nada constava sobre câncer do colo do útero, que seu retorno ao hospital estava já agendado e que a US passaria a acompanhá-la nesse processo. No caso dessa entrevista, como das outras em que isso ocorreu, encaminhamos a conversa para o final e, ao mesmo tempo, fomos falando de outras situações de saúde e da vida da mulher para não infringir o compromisso ético que assumimos de que não poderíamos ser nós a dar essa informação para a entrevistada. O diagnóstico laboratorial dessa mulher era adenocarcinoma “in situ”. Pela questão ética, não poderíamos aprofundar essa questão com a entrevistada; mas, entramos em contato com o DS que junto com a equipe da US tomaria as providências cabíveis para essa situação.

Quanto à mulher que recusou a dar a entrevista, como estava agendada pela US, fomos até sua casa junto com a ACS. Ela veio nos receber no portão de sua

casa – ela de um lado do portão e nós do outro – e se pôs a falar de vários problemas de saúde. Tivemos de interferir e explicamos-lhe o objetivo da entrevista, falamos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se ela aceitasse fazer a entrevista teria que assinar esse Termo e a entrevista não poderia ser daquela forma, no portão da casa. Ela nos disse então que preferia não conceder a entrevista. Agradecemos e nos retiramos.

Uma outra mulher desse DS não quis nos receber em sua casa e concedeu a entrevista no salão de reuniões de seu condomínio.

Distrito Sanitário do Portão

A lista do DS Portão era de 12 mulheres, sendo que, destas, três não constavam do cadastro, duas eram de outro Estado (Tratamento Fora de Domicílio), duas não moravam mais no local, outra não mora em Curitiba, uma tinha falecido e uma não foi agendada pela US. Portanto, desse Distrito foram entrevistadas três mulheres. Somente numa dessas entrevistas, fomos acompanhados pela ACS que nos apresentou e foi embora. Noutra entrevista, a US agendou e nos forneceu o telefone da mulher para a confirmação da entrevista e o contato direto com a entrevistada. A terceira, a US nos informou que a mulher trabalhava e tinha uma consulta na US num determinado dia, solicitando que fôssemos à US para entrevistá-la. A chefe da US cedeu uma sala e a entrevista foi realizada nesse local. Fizemos o primeiro contato com esse DS no final de dezembro de 2004, sendo que só recebemos a confirmação da lista de endereços em janeiro de 2005 e tivemos ainda que aguardar alguns dias para dar início às entrevistas, devido a mudanças que ocorreriam na gerência do Distrito devido à nova gestão municipal que estava assumindo. Aqui também as entrevistas foram agendadas pelo próprio Distrito.

Distrito Sanitário do Boqueirão

A listagem do DS Boqueirão continha o nome de onze mulheres. Esse DS confirmou os endereços na hora, na nossa presença. Uma das mulheres não foi encontrada no cadastro, quatro pertenciam ao DS Cajuru, uma ao DS Santa Felicidade, uma ao DS Matriz e uma ao DS Portão. Das onze mulheres, somente três pertenciam ao DS Boqueirão. O Distrito sugeriu que entrássemos em contato direto com as Unidades de Saúde para o agendamento. Quando fizemos isso, uma não foi agendada, outra não foi encontrada – segundo o chefe da Unidade, ele fez várias

tentativas de encontrar essa mulher – e, finalmente, outra foi agendada pela Unidade. Portanto, nesse DS foi entrevistada apenas uma mulher: a única que conseguimos encontrar. Estava acamada.

Distrito Sanitário do Pinheirinho

No DS Pinheirinho, não houve possibilidade de confirmação dos endereços, justificaram estar em período de férias e não ter pessoal para fazê-lo. A confirmação de endereços, nesse caso, foi feito pelo Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde. Da listagem, constavam 22 mulheres. Nessa listagem, foram colocadas todas as moradoras da região chamada Cidade Industrial de Curitiba (CIC), pois uma parte dessa região pertence ao Bairro Pinheirinho e outra ao Bairro Portão. O Distrito solicitou que entrássemos em contato direto com as chefias das Unidades e que estas seriam informadas em reunião da equipe sobre a realização da pesquisa. Dessa relação, duas eram do DS Portão, duas do DS Santa Felicidade, uma do DS Bairro Novo, três tinham falecido, três não foram agendadas pela US, três não foram agendadas por nós por não localizarmos o endereço da US no Guia de Endereços, uma não foi localizada pela Unidade de Saúde apesar de várias tentativas relatadas pelo chefe da Unidade. Portanto, foram realizadas seis entrevistas nesse Distrito.

Dois entrevistas foram realizadas nas dependências das Unidades de Saúde: uma por sugestão do próprio chefe da Unidade, pois a mulher viria naquele dia para consulta e outra porque, quando chegamos à US e localizamos a ACS, ela nos informou não tinha feito o agendamento. Quando estávamos nos dirigindo à casa da mulher, a ACS encontrou-a sentada na sala de espera da US aguardando consulta para as duas filhas que a acompanhavam. Explicamos-lhe sobre a pesquisa e ela concordou em dar a entrevista. A ACS providenciou uma sala para que pudéssemos dar andamento à atividade.

Em outra US, havia três ACS nos aguardando, pois lá havia três mulheres a serem entrevistadas. Elas disseram que na primeira entrevista iríamos a pé, pois a casa ficava próxima à US. Fizemos as três a pé. Nesse dia, peregrinamos durante toda tarde pela comunidade junto com as agentes comunitárias.

Distrito Sanitário da Boa Vista

A listagem do DS Boa Vista era de 12 mulheres. Uma era do DS Cajuru, outra do DS Matriz, uma não foi localizada, uma não foi agendada por nós, duas foram agendadas na Unidade de Saúde em dois horários seguidos sendo que a primeira não compareceu e o chefe da Unidade queria saber se ela agendaria novamente. Propusemos que a entrevista fosse reagendada se a mulher procurasse a Unidade e se justificasse de seu não comparecimento. Caso contrário, deixaríamos dessa forma, pois a atitude da mulher poderia ser uma estratégia para fugir da entrevista. Pouco antes do segundo horário agendado, a ACS que agendou essa segunda entrevista, apareceu dizendo que a mulher a ser entrevistada tinha sido internada no dia anterior, já estava em casa, mas não podia se dirigir até a Unidade. Perguntou se concordávamos em ir até sua casa e entrevistá-la lá. Fizemos isso. Já havíamos feito uma entrevista com uma mulher acamada. Dirigimo-nos à casa dessa mulher e, quando lá chegamos, percebemos que ela não apresentava nenhuma condição de dar entrevista: sua doença estava num estágio avançado, estava prostrada na cama. Sua nora nos contou que ela tinha tido uma crise hemorrágica no início da manhã, um pouco antes de chegarmos. Suspendemos a entrevista na hora dizendo que poderia ficar para outra ocasião, para um momento em que ela estivesse um pouco mais disposta. Ela achou ótimo, pois disse que também não tinha condições de conversar. Percebemos que não havia condições de realizar a entrevista devido ao estado de sofrimento em que se encontrava. Na verdade, não nos sentimos à vontade, pois poderíamos estimular seus sentimentos num momento de tamanha fragilidade. Conversamos algumas palavras com ela e nos retiramos. A nora também concordou que ela não tinha condições. A ACS queria saber se reagendava a entrevista. Dissemos que o fizesse apenas se observasse melhora e condições da entrevista ser realizada, mas que se o quadro permanecesse dessa forma não reagendasse. Portanto, foram realizadas seis entrevistas nesse Distrito.

Nesse local houve algumas situações interessantes. Uma US liberou que fizéssemos contato direto com a mulher a ser entrevistada. Fomos a sua casa. Ela nos informou que seu preventivo tinha dado bom, que existia uma suspeita de algum problema no útero, mas que não tinha nada. Disse que estava fazendo acompanhamento com consulta de retorno agendada. Apesar disso seu nome constava na lista com diagnóstico laboratorial positivo para câncer do colo do útero.

Outra, que foi entrevistada na casa da patroa e com a presença do ACS, disse que há um ano não vai à US, que haviam ligado e pedido para ir lá, mas que não tem tempo de ir por causa do trabalho. Esta mulher está sem atendimento e sem tratamento desde que fez seu preventivo em fevereiro de 2004. O diagnóstico foi de carcinoma escamoso invasor. Conforme nosso compromisso ético, de não informar o diagnóstico, orientamos para que ela voltasse à US e pedimos ao ACS que lhe desse atenção especial e solicitasse que ela fosse à US fazer seus exames. Essa foi a única situação em que a mulher não estava fazendo nenhum tratamento e/ou acompanhamento. Informamos o caso também ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Em outro agendamento, fomos informados pela US que a mulher não queria que a entrevista fosse na sua casa pois sua família não sabia sobre seu tratamento. Realizamos então a entrevista na US, onde foi providenciada uma sala para isso. Na verdade, durante a entrevista a mulher relatou que sua família sabia de sua doença. Em outra entrevista, além da ACS, outra profissional de saúde nos acompanhou à casa da mulher a ser entrevistada. Percebemos que ela era levada pela curiosidade em relação à entrevista, pois não havia necessidade de mais um profissional de saúde ir junto. No início da entrevista havia seis pessoas presentes. A situação era muito delicada, pois estávamos na casa dela e não podíamos pedir para as pessoas se retirarem e, ao mesmo tempo, não podíamos permitir que a entrevista virasse uma reunião. Dissemos à entrevistada que, se ela se sentisse constrangida em dar a entrevista na frente de tantas pessoas, ela poderia ficar à vontade para lhes pedir licença. Assim, ela pediu ao marido para sair da sala. As outras pessoas foram também se retirando e a entrevista pôde sair a contento.

E, por último, na última entrevista, a mulher mostrou-se muito magoada com o serviço de saúde e não deixou gravar a entrevista. Pedimos licença para fazer anotações, mas lamentavelmente as anotações que fizemos não reproduzem suas palavras. Percebemos, com isso, a importância da gravação.

Sobre as Entrevistas Propriamente Ditas

Não houve nenhuma recusa por parte das mulheres entrevistadas em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em algumas situações, foi um familiar que assinou, por solicitação das entrevistadas, devido ao fato dessas não

assinarem o nome por serem analfabetas; outras entrevistadas que disseram ser analfabetas ainda assim assinaram seu nome no Termo. Sendo ou não analfabeta, sempre explicávamos o conteúdo do Termo. No início da entrevista, esclarecíamos o objetivo da atividade e perguntávamos se a entrevistada concordava em conversar sobre sua saúde e sobre a realização dos exames preventivos. Ainda assim, houve três mulheres que não entenderam o objetivo e ao final da entrevista perguntaram novamente o porquê daquilo. Algumas mulheres, apesar de consentirem, ficavam um pouco receosas com a gravação. Houve uma que chegou a dizer que tinha medo que a gravação fosse usada para dar seu depoimento no rádio. Na verdade, essa sua preocupação tinha a ver com seu hábito de ouvir depoimentos sobre cura no rádio.

As mulheres geralmente nos recebiam na cozinha/sala, onde sentávamos em volta de uma mesa. Houve quatro casas em que pudemos observar que as condições de higiene eram muito precárias, com presença de sujeira e moscas. As demais, em geral, apresentavam boas condições de higiene.

Foi interessante notar como algumas mulheres se mostraram indiferentes com a doença, falando dela como quem fala de uma simples dor de cabeça. Outras mostraram-se muito agradecidas por terem sido escolhidas. Uma chorou muito durante a entrevista e nos pediu para rezar por ela. Essas mulheres vivem sua dor na solidão. Pudemos observar que algumas, depois de falar sobre sua doença, se sentiam aliviadas. Demonstravam, nesses casos, uma grande necessidade de conversar, ou melhor, de ter alguém que as ouvisse. Algumas relataram que seu diagnóstico era uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical – NIC, ou seja, desconheciam o diagnóstico real, talvez pelo próprio desconhecimento da classificação da doença ou talvez mesmo pela informação mal administrada do profissional de saúde que lhe deu o diagnóstico laboratorial. Outra mulher relatou que tinha um câncer benigno, ou seja, ela não tinha conhecimento da dimensão de sua doença. Algumas mulheres queriam ir além da sua situação de saúde e relatavam suas dificuldades familiares: relacionamento com o marido e filhos. Algumas vezes, percebemos que esses relatos eram para elas mais importantes que falar da sua situação de saúde. Isso, de um lado, nos ajudou a vê-las numa situação mais complexa, num contexto mais amplo que sua própria doença. Por outro lado, havia algumas mulheres que não queriam falar nada mais do que aquilo que lhe era perguntado.

Numa das entrevistas, quando estávamos chegando à casa da entrevistada, observamos de longe que havia muita gente lá. Perguntamos rapidamente à ACS,

que era nora da entrevistada, se haveria algum lugar para conversarmos de forma mais tranqüila. A sensação era a de ser jogada para dentro de casa. As filhas e neta circulavam pela sala que era junto com a cozinha; conversavam enquanto faziam almoço e, de alguma maneira, controlavam a entrevista, pois não havia nenhum sigilo. A entrevistada não se lembrava de muitas coisas sobre seu tratamento e precisava ficar chamando a filha que a acompanhou no processo para ajudá-la nas informações. A entrevista ficou um pouco prejudicada, mas não comprometida.

Algumas mulheres relatavam dúvidas quanto à informação dos profissionais de saúde, geralmente do médico. Duvidavam se eles tinham lhes contado a verdade. Demonstravam medo que sua situação fosse pior do que aquilo sabiam, e desconfiavam se o que lhes fora dito era realmente a verdade. Tinham muitas dúvidas sobre sua situação. Demonstravam uma fragilidade muito grande e percebemos que não tinham condições de fazer uma outra avaliação de sua situação. Ou seja, é o que o médico diz e pronto. Elas não têm um outro profissional de saúde com quem conversar e esclarecer melhor sua situação, suas dúvidas. Algumas se valem do médico da Unidade de Saúde para conversarem sobre o tratamento que estão fazendo no hospital.

Quando fomos fazer a penúltima entrevista, fomos surpreendidos com um fato que não esperávamos: a mulher que nos aguardava para ser entrevistada em sua casa e que veio nos receber era uma jovem de 18 anos com uma filha de seis meses no colo.

1.4. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A PESQUISA DE CAMPO

Em todas as Unidades de Saúde que freqüentamos, fomos bem recebidos pelo chefe ou representante. Em alguns desses locais, tivemos que ficar esperando pelo agente comunitário ou pela mulher que seria entrevistada e nos sentávamos na sala de espera da Unidade ou num banco que ficava do lado de fora – quase sempre havia um banco do lado de fora da Unidade. Algumas vezes, ficávamos em pé nas dependências da Unidade, observando o que se passava. Em uma delas, presenciamos duas palestras que foram dadas sobre alguma doença – uma delas, uma palestra relâmpago sobre DST/AIDS antes do carnaval, seguida da distribuição

de camisinhas para o público presente. Em outra unidade, ouvimos uma explicação em sala de espera sobre como funcionava a triagem odontológica.

Em outra Unidade, observamos que a televisão estava ligada, mas sem som. Olhando para as pessoas da sala de espera, verificamos que praticamente nenhuma delas olhava para o aparelho.

Em outra Unidade, chegamos por volta das 14 horas e encontramos a porta de acesso principal fechada e chaveada. Achamos estranho, mas mesmo assim insistimos. A porta era de vidro e quando uma funcionária nos viu lá de dentro, veio abrir a porta. Informaram-nos que a Unidade estava fechada porque estava tendo reunião da equipe. Em outra Unidade, havia um recado aos usuários informando que, em determinado dia e horário, a Unidade estaria fechada para reunião com os funcionários.

Em outra Unidade, observamos algo bem diferente: havia um papel na porta de acesso principal onde estava escrito “Precisa-se de Confeiteiro” e um número de telefone em baixo. Num primeiro momento, achamos aquilo muito estranho, pois era a primeira vez que estávamos vendo essa informação numa Unidade de Saúde. Depois, pensando melhor, achamos que poderia haver mais cartazes desse tipo, já que o local é de grande circulação e esse tipo de informação é útil para os que ali chegam.

Algumas vezes conversávamos com algum usuário que estivesse próximo e perguntávamos sobre o serviço da Unidade, se era fácil conseguir consulta, se as pessoas eram bem atendidas. Nessas situações, nunca ouvimos reclamação.

Verificamos que a maioria das Unidades tinha uma caixa ou uma gaveta onde estava escrito “Preventivos” ou “Resultados de Preventivos”. As Unidades entregam os resultados dos exames preventivos no balcão de recepção. Pelas informações obtidas nas entrevistas, somente nos casos em que o preventivo dá alterado é que a usuária é chamada à Unidade de Saúde para ser informada. Houve apenas uma exceção detectada: uma entrevistada recebeu o resultado do agente administrativo da Unidade de Saúde, que lhe entregou o resultado dizendo-lhe que nada tinha e na verdade o resultado era um carcinoma. Esta situação será abordada na análise das entrevistas.

Em algumas Unidades fomos informados que havia coleta do material para o preventivo num determinado sábado do mês, para facilitar o exame para as mulheres que não podem ir à Unidade durante a semana.

Percebemos, também, depois de alguns contatos com as Unidades de Saúde, que se tomássemos a iniciativa de ir direto à usuária, poderíamos criar conflito, pois estaríamos avançando numa área, que não era a nossa, sem “pedir licença”. Apesar de termos observado esse fato, isso não nos criou nenhum constrangimento, pois nos beneficiamos muito do serviço das Unidades que agendavam previamente as entrevistas.

Encontrar o endereço de algumas Unidades foi uma verdadeira aventura. Em alguns desses locais, quando saíamos de casa, não tínhamos certeza de que encontraríamos os endereços. Apesar de estarmos munidos do Guia de Endereços e mapas, muitas vezes tínhamos dificuldades e, no momento que resolvíamos o problema chegando à localidade, nos confrontávamos com outro: sentíamos a nossa segurança ameaçada. Em alguns casos, percorremos mais de 70 quilômetros para chegar à comunidade. Um chefe de Unidade nos sugeriu que fôssemos fazer as entrevistas de guarda-pó branco, pois dessa forma estaríamos “protegidas” da violência do local.

Em uma Unidade de Saúde, o chefe solicitou que fôssemos pessoalmente à Unidade explicar sobre a entrevista para depois ser feito o agendamento. Em outras Unidades, o agente comunitário não conhecia a mulher que seria entrevistada. Houve uma situação interessante, em que esperamos 40 minutos pelo agente comunitário. Seguíamos sempre no nosso carro, onde íamos adiantando algumas informações sobre a entrevistada. Neste caso, percebemos que o agente comunitário, além de não conhecer a mulher, não havia agendado a entrevista. Chegamos à casa da entrevistada e ela não estava. Na semana seguinte, o agente comunitário nos telefonou perguntando qual o melhor dia e horário para a entrevista, que aí sim foi agendada.

Em outra Unidade, ainda, o agente comunitário indicado pelo chefe da Unidade de Saúde para nos atender, informou, ao chegarmos lá, que não tinha agendado a entrevista, mas dispôs-se a ir junto à casa da entrevistada. É o caso já relatado aqui que encontramos a entrevistada na sala de espera da Unidade aguardando uma consulta para as filhas. Após termos lhe explicado sobre a pesquisa, concordou com a entrevista e o agente comunitário providenciou uma sala na Unidade de Saúde.

Numa outra situação em que o agente comunitário não conhecia a entrevistada, esta se apresentou muito resistente à entrevista e ao serviço de saúde,

queixando-se do atendimento da Unidade de Saúde. O agente comunitário tentou justificar-se e solicitamos que isso não fosse feito no decorrer da entrevista, mas que poderíamos fazer os esclarecimentos que achasse necessário ao final da entrevista, o que de fato aconteceu.

Um certo dia, durante o período das entrevistas, recebemos um telefonema: do outro lado alguém perguntava se conhecíamos uma mulher com o nome dado por essa pessoa. Respondemos que não, mas que era o nome de uma pessoa que estávamos querendo entrevistar. A pessoa que ligou identificou-se como enfermeira da Unidade de Saúde que, numa confusão de telefones, não sabia direito com quem iria falar. Essa foi a última entrevista agendada.

Mas quem atende essas mulheres? Que sistema de saúde pública é este em que elas estão inseridas e que é, praticamente, o único com o qual a maioria delas pode contar?

2. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E A POLÍTICA DE CÂNCER

Neste capítulo, vamos apresentar um breve relato sobre como se originou o sistema público de saúde até a criação do Sistema Único de Saúde. Apresentaremos também um breve histórico sobre a política de combate ao câncer, desde a primeira metade do século passado até a criação do Instituto Nacional do Câncer. A seguir, apresentaremos dados de mortalidade por câncer, dados de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil no Paraná e em Curitiba e terminaremos o capítulo com uma análise sobre as ações de detecção precoce do câncer do colo do útero, especificamente em relação à cobertura de mulheres com a realização do exame citológico, em nível nacional, estadual e no município de Curitiba.

2.1. BREVE HISTÓRIO SOBRE O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil, como os demais países latino-americanos, teve o seu processo de desenvolvimento vinculado a demandas criadas pelos países líderes economicamente, através de seus produtos de exportação. Com isso, o país era muito vulnerável às flutuações que ocorriam nos preços internacionais desses produtos. Com o processo de importação foi se criando um mercado interno bastante amplo e diversificado. Segundo Tavares (1976), o crescimento do mercado interno brasileiro se deu a partir do modelo primário de exportação.

Dentro do próprio modelo primário-exportador teve lugar um vigoroso processo de urbanização, acompanhado da implantação de uma infraestrutura de serviços básicos e do desenvolvimento de uma série de indústrias 'tradicionais', tais como as de alimentos, bebidas, mobiliários, roupas, etc. A própria metalurgia, embora sob a forma artesanal, é bastante antiga no país. (TAVARES, 1976, p. 60).

Por essas razões, o sistema de saúde da primeira metade do século XX era baseado “numa política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação.” (MENDES, 1999, p.20).

O modelo hegemônico de saúde praticado até mais ou menos metade da década de 60, era o sanitarismo campanhista caracterizado pelo combate a doenças de massa e com uma forma de intervenção repressiva sobre os indivíduos.

O modelo econômico agro-exportador foi sendo substituído pelo processo de industrialização. A sociedade brasileira vai tornando-se uma sociedade urbana e isto resulta num aumento significativo e diversificado do contingente de trabalhadores urbanos. No bojo de suas reivindicações estão os direitos trabalhistas e dentre esses um sistema de Previdência Social. Em 1923, surge a Previdência Social no país e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões dos ferroviários. A partir dessa data, outras Caixas de Aposentadorias foram criadas. Eram organizadas por empresas e financiadas por empregadores e trabalhadores.

A partir de 1933 inicia-se a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões estruturados por categorias profissionais: marítimos, comerciários, bancários, servidores do estado, industriários, transportadores de cargas.

Quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, a assistência médica era atribuição central permanente e obrigatória. Com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a preocupação da Previdência social era de contenção, com vistas à acumulação e, com isso, a assistência médica ficou sendo função provisória e secundária.

O sanitarismo campanhista vai sendo substituído por um outro sistema que passa a ser desenhado com o crescimento da previdência social.

Com a aceleração do processo de industrialização, a partir de 1950, a economia centraliza-se nos pólos urbanos e cria uma massa de trabalhadores que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo sua capacidade produtiva, passa a ser o maior objetivo.

Com o movimento político de 1964, é reforçado o papel regulador do Estado e há expulsão dos trabalhadores da previdência social, ou seja, os trabalhadores deixam de ser atendidos pelo sistema público de saúde.

Em 1966, é criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em substituição ao Instituto de Aposentaria e Pensões o que significava a uniformização dos benefícios que eram anteriormente diferenciados.

É com a criação do INPS, com a qual se pretendia abranger a quase totalidade da população urbana e rural, que surge o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e individualizada. Esse sistema vai

possibilitar a organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde. Os serviços de assistência médica passam a ser contratados e conveniados por valor variável, segundo a complexidade e a capacidade tecnológica do ato médico, o que veio facilitar o processo de capitalização das empresas médicas.

Em 1971 criou-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) e em 1972 foram incluídos na Previdência Social os empregados domésticos e autônomos.

Na década de 70, a Previdência Social vai constituindo um sistema de atenção hospitalocêntrico, com o aumento considerável de leitos privados no país. Nesse período também começa a surgir a medicina de grupo viabilizada através de convênio realizado entre a empresa empregadora e a empresa de medicina de grupo. Isso foi resultado de uma forma de articulação entre o Estado e o empresariado o que viabilizou o desenvolvimento do subsistema de atenção médica supletiva que se tornou hegemônico na década de 80.

Dessa forma, a atenção à saúde coletiva, com ações que se traduziam em ações de saúde pública (não rentáveis), fica sendo tarefa do Estado, e a atenção à saúde das pessoas, que se traduzia em atenção médica, fica reservada ao setor privado, intermediado pela Previdência Social, o que caracterizou uma grande divisão no campo da saúde.

Em 1977, é criado o Sistema Nacional da Previdência Social – SINPAS – e, nesse contexto, nasce o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Esse conjunto de políticas vai criar as bases da hegemonia do modelo médico assistencial privativista, na década de 70, que se assenta no seguinte tripé:

- a) o Estado é o grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- b) o setor privado nacional é o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) o setor privado internacional é o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos. (MENDES, 1999).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, foi realizado um acordo sobre a necessidade de desenvolver e expandir um modelo de assistência de baixo custo para a população excluída do modelo médico-assistencial-privativista.

Começa então a desenvolver-se no Brasil uma proposta de atenção primária seletiva, concebida de forma marginal (com recursos marginais, destinada a populações marginais, com pessoal de baixa qualificação) e oferta de tecnologia simples e barata. Segundo Mendes, prevalece nesse período um entendimento reducionista da atenção primária seletiva, principalmente através do desenvolvimento de programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco.

Daí que se abrem espaços – tanto políticos quanto institucionais – para o desenvolvimento contra-hegemônico da saúde que, nos anos 80, viria a conformar-se com a reforma sanitária brasileira. É verdade que antes, sanitaristas históricos denunciavam, profeticamente, desde o seu nascedouro, o projeto político do modelo médico-assistencial-privativista. (MENDES, 1999,p. 27)

O movimento contra-hegemônico surge nas universidades onde foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, nos quais difundia-se um pensamento crítico da saúde e gestava-se o que viria a constituir-se no Movimento Sanitário, base político-ideológica da Reforma Sanitária.

Nesse período, começaram a surgir novos atores sociais, que levaram à discussão da saúde pelos diversos segmentos da sociedade de caráter público ou privado: movimentos de trabalhadores da saúde; Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. A discussão da Saúde adentra a Câmara Federal, através do I Simpósio sobre Política Nacional de saúde e realizam-se encontros de Secretários Municipais de Saúde.

No final dos anos 70, há um esgotamento do modelo médico-assistencial-privativista que tinha como subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado.

Em 1976, o governo cria o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), após alguns projetos pilotos desenvolvidos em Minas Gerais e Pernambuco, centrados no desenvolvimento do modelo de extensão e cobertura. Em 1979, o PIASS foi estendido para o território nacional adaptando-se às peculiaridades das outras regiões, o que resultou na grande expansão da rede

ambulatorial pública. Esse programa concentrou-se nas ações das Secretarias Estaduais de Saúde.

Nos anos 80, a crise econômica rompe com o estado desenvolvimentista que era sustentado por uma aliança liberal-desenvolvimentista de caráter conservador. O Estado abre espaço então, para as propostas neoliberais que conduzam a um estado mínimo. Instala-se

...um processo de transição de uma situação autoritária para um pacto democrático articulado entre as elites brasileiras, que procurava a estabilidade institucional numa aliança política com traços continuístas das práticas conservadoras da Nova Republica. (MENDES, 1999, p.33).

No espaço sanitário surgem dois grandes projetos alternativos: o contra-hegemônico – a reforma sanitária – e o hegemônico – o projeto neoliberal (de reciclagem do modelo médico-assistencial-privativista).

Em 1982, foi proposto o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. O que particularizava esse Plano aprovado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social é que o lugar da normalização da atenção médica não seria mais o Ministério da Saúde e sim o INAMPS. Esse Plano, entre outras coisas, propôs um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado que deveria ter como base de sustentação convênios trilaterais entre o Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde. Colocou como alvo final a integração das ações de saúde. Segundo MENDES (1999), foram propostos dois projetos que receberam atenção especial:

- a) o Plano de Contas Hospitalares – foi implantado rapidamente porque dispunha de mecanismos disciplinadores dos gastos excessivos em internações hospitalares;
- b) o Plano de Racionalização Ambulatorial – que objetivava dar condições para o desenvolvimento de uma rede ambulatorial hierarquizada que pudesse aliviar a demanda hospitalar.

O Plano de Racionalização Ambulatorial admitia duas versões não excludentes: uma, com base em experiência realizada em Curitiba, credenciava médicos – os conaspistas – e, outra, contratava serviços públicos, pagando de acordo com a produção potencial da capacidade instalada da rede. Esse Plano acabou por levar às Ações Integradas de Saúde (AIS). (MENDES, 1999, p. 38).

As AIS possibilitaram que os recursos concentrados com prioridades e restrições impostas segundo interesses do nível federal fossem discutidas e

negociadas por estados e municípios. Também introduziram nas instituições públicas a cultura da atenção médica e reconheceram o setor estatal como mais um prestador de serviços em condições semelhantes aos prestadores privados. As AIS deram início ao processo de municipalização da saúde. Com isso, as prefeituras começam a desenvolver ações de saúde criando e/ou passando a gerenciar estruturas locais (Postos de Saúde). Apesar de haver um conflito entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, nasce o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, conforme diz Mendes:

Uma conjuntura de fragilidade política do Ministério da Saúde e de falta de base legal para as ações concretas que o MPAS/INAMPS vinha, de fato, executando, acabaram por transformar um documento que estabelecia um protocolo de intenções para uma política integrada de curto prazo entre MS e MPAS, no decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). (MENDES, 1999, p. 41)

O SUDS substituiu as AIS no mesmo ano em que se instituiu a Assembléia Nacional Constituinte. Um pouco antes desse período, em março de 1986, em Brasília, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que se constitui no evento político-sanitário mais importante da década. Para Mendes (1999), essa Conferência apresentou duas características especiais:

- o seu caráter democrático pela presença significativa de delegados representantes das forças sociais interessadas na questão saúde;
- a sua configuração como um processo social que começa com conferências municipais e estaduais até chegar à nacional.

Essa Conferência teve como desdobramento um conjunto de trabalhos técnicos elaborados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que influenciou de forma significativa dois processos importantes que se iniciaram em 1987: a implantação do SUDS e a elaboração da Nova Constituição brasileira.

O SUDS incorporou os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos.

Em 1988, a nova Constituição Federal incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídas do movimento da reforma sanitária e propôs uma nova lógica e uma nova forma de organização da atenção à saúde, através do Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal, no artigo 196, define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Define, ainda, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

Para regulamentar o texto constitucional, em setembro de 1990, é promulgada a Lei 8080, também denominada Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde – SUS – constituído pelo 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.

Os princípios e diretrizes do SUS são:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;
- IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviço de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e,

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em dezembro de 1990 foi promulgada a Lei 8142 que estabelecia as formas de financiamento e controle social do SUS. Com essas leis, desdobraram-se a elaboração de leis estaduais e leis orgânicas de saúde municipais.

Apesar da luta instituída e reconhecida do movimento da reforma sanitária, apesar do avanço do texto constitucional e das definições da Lei Orgânica da Saúde quanto às competências das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, foi se construindo o projeto neoliberal da saúde, dentro desse contexto onde se buscava uma mudança significativa do sistema de saúde brasileira. Para Mendes, isso decorreu a partir dos efeitos inesperados das políticas públicas.

Contudo, a conjunção de um bloco de 'efeitos inesperados' dessas políticas públicas, especialmente do SUDS, somado a seus resultados objetivos e à movimentação de diferentes atores sociais, levam à deflagração de uma dinâmica oculta, porém de alta eficácia política, não apreendida, a tempo, pelos estudiosos da saúde. Essa outra trajetória viria consolidar, nos anos 80, a hegemonia do projeto neoliberal da saúde, uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial-privatista. Ou seja, por baixo do estridente e aparentemente consensualizado significativo da reforma sanitária construiu-se, competentemente, o projeto conservador. (MENDES, 1999, p. 50)

Ainda para o autor, o projeto neoliberal assenta-se em três opções fundamentais, que justificam a denominação de projeto neoliberal à proposta conservadora da saúde que prevalecia, no Brasil, na década de 80.

1) a privatização dos serviços sociais em geral, mais especificamente em saúde, reverte a regulação a mecanismos de mercado que quase sempre

incrementam a regressividade do sistema, penalizando os que menos podem;

2) a descentralização para aproximar as decisões das pessoas e dos fatos, aumentaria a eficácia e a eficiência dos gastos sociais; a descentralização dá-se num contexto de uma proposta de diminuição do Estado em busca de um Estado mínimo;

3) a focalização onde os gastos sociais públicos chegam em pequena proporção aos setores pobres da sociedade e para eles devem ser dirigidos os recursos para os programas sociais .

Também foi esse projeto neoliberal que criou o subsistema da atenção médica supletiva, de baixa regulação pelo Estado e sem financiamento deste. A perda de qualidade do sistema público fez com que um contingente da população migrasse para esse subsistema. Houve uma expulsão provocada pelo racionamento do sistema público dos segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado que garantiram a expansão do subsistema de atenção médica supletiva. Essa expulsão veio a chamar-se “universalismo excludente”. O subsistema público passou a incorporar os grupos de baixo poder aquisitivo e perdeu espaço para o setor moderno dos serviços de saúde e para o subsistema de saúde supletiva.

Ao mesmo tempo, da perspectiva dos produtores de serviços, há uma ruptura ao nível do sistema privado contratado e conveniado com o deslocamento de seu setor moderno para o subsistema de atenção médica supletiva e a permanência do setor tradicional no subsistema público. (MENDES, 1999, pg. 54).

Para esse mesmo autor, o projeto neoliberal é composto de três subsistemas distribuídos em uma pirâmide: na base, o subsistema público, seguido do sistema de atenção médica supletiva e, no alto da pirâmide, o subsistema de alta tecnologia.

O subsistema de alta tecnologia apresenta maior densidade tecnológica e consome uma boa parcela de recursos públicos dos Estados. O subsistema de atenção médica supletiva é formado por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro-saúde, cooperativas médicas e planos de administração. O subsistema público, ao qual compete atender a maior parte da população brasileira, subdivide-se em subsistema estatal (federal, estadual e municipal) e subsistema privado (sindicatos, empresas, estabelecimentos filantrópicos, beneficentes e lucrativos). Para Mendes, o subsistema público apresenta uma perda de qualidade na oferta de serviços.

Não restam dúvidas, e já foi referido, que esse subsistema vem se movendo dentro do fenômeno mais geral da 'universalização excludente', o que, de um lado, coloca-o como responsabilidade, direta ou indireta, do Estado destinado às maiorias forçadas a nele permanecer e, de outro, compensa a incorporação crescente de usuários com mecanismos de racionamento. O principal deles é a queda de qualidade dos serviços. Por oportuno, é bom relevar a utilização crescente de um novo mecanismo de racionamento intimamente ligado à perda de qualidade, que é a violência institucional expressa em relações autoritárias e desumanas entre serviços de saúde e usuários. Só que esse é um racionamento que também, e sobretudo, atinge os que não podem abrigar-se no subsistema de atenção médica supletiva, tocando-os de forma absolutamente perversa. (MENDES, 1999, p. 70)

Assim, essa é uma parte do cenário do sistema de saúde no Brasil. Um sistema que, a partir da Constituição Federal, tentou incrementar a política de saúde com princípios e diretrizes baseados no movimento da reforma sanitária, mas que sua conformação, na prática, não deixou de atender os princípios da proposta conservadora.

Mesmo depois da Lei Orgânica da Saúde, na década de 90, o SUS tentou avançar através das Normas Operacionais Básicas (NOB), aqui especificamente falando da NOB/96, que direcionaram o tipo de gestão dos Estados e municípios e com isso a forma de repasse dos recursos do governo federal.

A NOB/SUS/96 estabeleceu as atribuições dos municípios e as formas de gestão dos Estados e municípios. A Gestão Plena do Sistema Estadual ou Municipal permite que a respectiva esfera de governo gerencie seus serviços com a administração direta do recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde. Também estabelecia a Gestão Plena da Atenção Básica, por meio da qual é repassado recurso financeiro diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde para ações de atenção básica. O recurso financeiro para as ações de média e alta complexidade desses municípios é gerenciado pelo Estado.

Dentro desse processo, os Estados e municípios tinham que se habilitar para uma dessas formas de gestão reunindo documentação e apresentando indicadores mínimos de produção de serviços e resultado.

A partir da Lei Orgânica da Saúde, os municípios, no Paraná, foram se estruturando e se organizando de forma a assumir completamente a atenção básica e, na medida do possível, os serviços de alta complexidade foram sendo regionalizados, conforme os níveis de complexidade crescentes como determina a própria lei, e com isso passaram a assumir ações e serviços de saúde que anteriormente eram desenvolvidos exclusivamente pela esfera estadual.

No Paraná, a Secretaria Estadual de Saúde foi repassando os Postos de Saúde, onde é realizada a atenção básica à saúde da população, para a gestão dos municípios. Repassou, também, alguns serviços de especialidades – os chamados Centros Regionais de Especialidades, onde são realizados os atendimentos de média complexidade - para os quais os municípios foram constituindo Consórcios Intermunicipais de Saúde para gerenciá-los. E, em alguns casos, repassou hospitais de baixa complexidade também para a gestão do município. É lógico que isso se deu de maneira diferente nas diferentes regiões do país. Nas regiões mais desenvolvidas, isso foi acontecendo de forma mais rápida e fácil; nas regiões menos desenvolvidas, o processo foi mais lento e também de forma diferenciada, pois nem todos os municípios deste país têm as mesmas condições econômica, financeira e social de assumir os serviços de saúde.

O Paraná conta com 399 municípios, sendo que 78% deles têm menos de 20.000 habitantes, enquanto 22% abrigam 70% da população do Estado. Treze, ou 3,3% dos municípios, são habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, que são: Curitiba, Foz do Iguaçu, Maringá, Mandaguari, Londrina, Pato Branco, Francisco Beltrão, Dois Vizinhos, Terra Boa, Umuarama, São Jorge do Patrocínio, Campo Mourão e Apucarana.

Atualmente, o Estado ou municípios têm que se habilitar apenas para a Gestão Plena do Sistema Municipal ou Gestão Plena do Sistema Estadual, entendendo-se que todos os municípios estão habilitados para Gestão Plena da Atenção Básica.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS-01/2002 – atribuiu ao Estado a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização, para definir o processo de regionalização, principalmente das ações de média e alta complexidade, com a redefinição, conseqüentemente, de tetos financeiros para esses níveis de complexidade em cada município. (BRASIL, 2002 a).

2.2. A POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL

Segundo Boldstein (1987), as primeiras iniciativas em relação ao câncer no Brasil vieram através da Reforma Carlos Chagas, por volta de 1920, a qual

estabelecia providências para a organização dos serviços sanitários no Distrito Federal, na época no Rio de Janeiro, como: a necessidade de se estabelecer estatísticas mais adequadas de óbito de câncer, providências necessárias nos domicílios onde havia óbitos de câncer, gratuidade dos exames laboratoriais para o diagnóstico, organização de campanha contra o câncer, fundação de institutos de câncer com finalidade terapêutica.

Na época, o câncer ocupava importante posição como causa de morte e as estatísticas mostravam que, ao mesmo tempo em que se reduziam os índices de mortalidade por tuberculose, aumentavam-se os índices de mortalidade por câncer. Com isso o câncer surgia como problema de saúde pública. “Num período em que a medicina tinha fundamento na premissa de que todas as doenças têm cura, o câncer aparecia como uma doença de etiologia desconhecida e que escapava à compreensão médica” (BOLDSTEIN, 1987, p. 20).

A angústia que existia frente à tuberculose como um mal invencível começou a ser transferida para o câncer, que inicialmente era visto como doença contagiosa e transmissível. Por isso, na época, eram tomadas medidas sanitárias nos domicílios onde ocorriam óbitos por câncer. A questão da transmissibilidade definia as práticas voltadas para o combate ao câncer dentro da política de saúde da época.

Deve-se a Mario Kroeff todas as iniciativas voltadas para o combate ao câncer, sendo ele o principal responsável pela criação do Centro de Cancerologia e do Serviço Nacional do Câncer -SNC- que fazia parte do Departamento Nacional de Saúde, na década de 30.

Mario Kroeff sensibilizou o Presidente Getúlio Vargas para o problema do câncer e conseguiu verba necessária para a construção de um pavilhão especializado em cancerologia, anexo ao Hospital da Triagem, posteriormente chamado Estácio de Sá. A obra foi concluída em 1933.

Em 13 de janeiro de 1937, o então Presidente Vargas assinou um decreto criando o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. No mesmo ano, Mário Kroeff foi designado para assumir a diretoria do Centro, pelo Ministério da Educação e da Saúde. Além de unidade de tratamento o Centro de Cancerologia deveria articular em todo o território nacional uma campanha de combate à doença, além da assistência médico-hospitalar.

Em 1941, assumiu a direção do Serviço Nacional do Câncer (SNC), criado nesse mesmo ano, e elaborou um inquérito epidemiológico buscando informações

preliminares com respeito à extensão da doença e ao número e natureza das instituições voltadas ao diagnóstico e tratamento do câncer, através das delegacias federais de saúde. Três anos mais tarde o Centro de Cancerologia transforma-se no Instituto do Câncer.

No início de 1943, é elaborado um Plano Nacional de Combate ao Câncer, que incluía aspectos de profilaxia, tratamento, estudo e pesquisa. O SNC, mesmo com muitas dificuldades para a implementação de serviços de atendimento ao câncer estabeleceu raízes para o desenvolvimento de um Instituto do Câncer, o que era pleiteado junto ao governo federal.

Em 1946, o Instituto do Câncer passou a funcionar em novas dependências no Hospital Gaffrée-Guinle, com 120 leitos. Nesse local, foram incrementados os serviços de laboratório de anatomia patológica e de análises clínicas, um pavilhão de radioterapia e um bloco cirúrgico. No período, de 1950-54, foram contratados vários técnicos para compor o quadro de pessoal do Instituto. Os anos de permanência, aproximadamente onze, do serviço do câncer no hospital Gaffrée-Guinle representaram o período de maior fecundidade da geração dos pioneiros no tratamento da doença. Com melhores condições de funcionamento, o SNC pôde se afirmar como centro de tratamento e de ensino. (BOLDSTEIN, 1987).

Nesse período, ainda pairavam dúvidas sobre a etiologia da doença. O Estado, através do SNC, mantinha o controle da doença e enfrentava-a como uma questão de saúde pública.

Tendo em vista o alto custo que envolvia a detecção e o tratamento dos neoplasmas malignos, os pioneiros da luta contra o câncer no Brasil insistiam na posição de que não havia qualquer linha divisória entre a medicina preventiva e a curativa. Esta interpretação colocava o câncer como uma questão de saúde pública, onde somente o Estado teria condições de assumir uma estrutura capaz de combater e ampliar de maneira eficaz, a prevenção; ao poder público cabia enfrentar a doença e assumir responsabilidades que não poderiam ser delegadas à iniciativa privada. (BOLDSTEIN, 1987, p. 48)

A campanha de combate ao câncer começa a tomar corpo com o apoio da imprensa. As Ligas tiveram um relevante papel na propaganda contra o câncer. Começa a se organizar a Liga Brasileira de Combate ao Câncer. Na década de 40, a Liga Paranaense e a Liga Bahiana Contra o Câncer já realizavam atividades preventivas.

A partir dos primeiros anos do século XX já existiam propostas para a criação do Ministério da Saúde. Em 1920, houve uma grande reforma no setor saúde que culminou com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, conciliando os interesses políticos da época. Em 1930, a pasta ministerial da saúde surgiu vinculada ao setor de educação, onde permanecia o então Departamento Nacional de Saúde.

A partir de 1945,

...médicos e sanitaristas indicavam que as condições precárias de saúde da maioria da população, ainda concentrada na área rural, aliadas ao subdesenvolvimento e à pobreza poderiam ser superadas com a criação de um ministério. Este deveria ser comandado por um especialista da área e contar com a maioria dos recursos orçamentários para promover as políticas sanitárias. (HAMILTON; FONSECA, 2003, p.793).

A partir dessa época, representantes dos partidos políticos incorporaram-se ao debate da criação de uma pasta exclusiva para a saúde formulando e disputando projetos para o setor. Em 1950, o Poder Legislativo apresenta o projeto 315 para a criação do Ministério da Saúde. Discutia-se se o Ministério seria da Saúde Pública ou da Saúde. Médicos e sanitaristas consideravam as ações coletivas de saúde essencialmente distintas das ações individuais, não se misturando o campo da saúde pública com a assistência médica individual oferecida pela Previdência Social.

No contexto da crise política do governo de Getúlio Vargas foi criado o Ministério da Saúde, pela lei 1920 de 25 de julho de 1953. Em dezembro do mesmo ano, o primeiro titular nomeado para assumir a pasta foi Miguel Couto Filho, que participou ativamente da discussão da criação do Ministério, pois aliava sua trajetória profissional de médico à atuação na política partidária.

Na metade do século XX, começava-se a relacionar a doença da população à pobreza e já se defendia que a melhoria das condições de saúde era uma consequência do desenvolvimento; os problemas sanitários derivavam das condições sócio-econômicas do país. Isso favoreceu as discussões em relação à Legislação Trabalhista como uma forma indireta de prevenção e controle da doença. Inicia-se o controle do câncer profissional, em trabalhadores submetidos a risco de contraí-lo no ambiente de trabalho. Torna-se obrigatório o repouso periódico, exames de sangue e outras medidas de profilaxia.

Os interesses norte-americanos na área da saúde começaram a ganhar presença no mercado com a introdução de utilização de medicamentos modernos.

Um dos efeitos desse processo sobre a questão da saúde – e, por extensão, a do câncer – foi, sem dúvida, o intenso controle da indústria farmacêutica multinacional sobre o que se chamou de ‘modernização do ato médico’, entendido como a obtenção de maior eficácia dos atos curativos, o que aumentava os custos da assistência à saúde e modificava a prática médica, além de tornar os estabelecimentos hospitalares prioritários como tática de consolidação de uma política de saúde. (BOLDSTEIN, 1987, p. 88).

Em 1957 foi inaugurado pelo Presidente Juscelino Kubitschek o novo Instituto do Câncer na Praça Cruz Vermelha, Rio de Janeiro, com 350 leitos. Em 1961, foi reconhecido oficialmente como Instituto Nacional do Câncer. Após 1964, a penetração de capital estrangeiro no país e, especificamente na área da saúde, trouxe mudanças no modelo de assistência médica até então desenvolvido:

As mudanças científicas e tecnológicas que atingiram o setor, tais como a fragmentação do ato clínico em diversas especializações médicas e a sofisticação dos instrumentos de diagnóstico e dos meios terapêuticos, acabaram por contribuir para a superação da prática médico-liberal. Em contrapartida, a prática médico-hospitalar, sustentada na formação das empresas médicas, assumiu o papel hegemônico no setor. (BOLDSTEIN, 1987, p. 98)

No período 1967-71, o SNC fazia parte do Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social através da diretriz de organizar o combate ao câncer em todo o país. Havia um Plano Assistencial às unidades hospitalares dos Estados e, em 1965, vários hospitais receberam auxílio para término das obras, entre eles, o Hospital Erasto Gaertner, de Curitiba.

Em 1967, é criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer com o objetivo de agilizar financeira e tecnicamente o controle do câncer no Brasil.

Em 1968, o Plano Nacional de Saúde tomou como alvo o Instituto Nacional do Câncer, alegando que o câncer não constituía problema de saúde pública e sim de assistência individual. Nessa época, houve um movimento para a privatização do INC, que não foi bem sucedido por causa da resistência dos funcionários e pelo movimento dos médicos.

Em maio de 1969, apesar das reações contrárias, foi assinado pelo então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, o contrato de cessão do INC à Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Ainda no mesmo ano, acabou sendo transferido para o Ministério da Educação e Cultura, até 1971-72, quando foi reconduzido ao Ministério da Saúde.

Esses dois Ministérios firmaram um convênio visando o aproveitamento do INC em atividades de ensino da cancerologia em todos os níveis, mediante recursos do MEC. O convênio de co-gestão passou a ser um instrumento eficiente de gestão institucional na área do combate ao câncer. Houve fortalecimento do INC, o que proporcionou a passagem do Hospital para Instituto-Hospital devido à expansão das áreas de assistência médica, ensino e pesquisa, além da coordenação das ações de câncer em nível nacional.

Em 1976, foi elaborado o Programa de Controle do Câncer para ser desenvolvido no âmbito da previdência social, que oficializava a universalização dos procedimentos relativos ao controle da doença e instituía comissões locais, regionais e uma nacional buscando a ação integrada no controle do câncer. Ainda na década de 70, o INC passou por várias dificuldades por falta de recursos financeiros por parte do Ministério da Saúde.

Na década de 80, foram feitas tentativas de recuperação do INC através da injeção de recursos humanos e financeiros repassados sob a forma de co-gestão com o INAMPS e a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Com isso, houve um impulso nas atividades do Instituto que se projetou como o centro de referência para o estudo e tratamento do câncer no país. A partir dessa época, a sigla do Instituto Nacional do Câncer passa a ser INCa, mais tarde passa a ser INCA.

Esse processo de co-gestão permitiu, em apenas dois anos, duplicar a prestação de serviços médicos pelo INCa. Houve muitas reformas de programas executados, bem como os convênios técnico-científicos firmados, o que projetou o INCa como um centro médico hospitalar e especializado de ensino e pesquisa.

Ainda na década de 80, é criado um Sistema Integrado de Controle do Câncer – SICC – para orientar as ações de controle da doença, cuja estrutura técnico-administrativa passaria a ser o Pro-Onco. Com essa proposta consolidada em 1983, foram transferidas para o INCA as atividades referentes ao câncer exercidas pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, da Secretaria Especial de Programas de Saúde do Ministério da Saúde.

A partir de então, o INCA passou a ter uma ação contínua, de âmbito nacional, abrangendo, em forma de programas, múltiplos aspectos do controle do câncer: informação (registros de câncer), combate ao tabagismo, prevenção de cânceres prevalentes, educação em cancerologia nos cursos de graduação em

Ciências da Saúde e a divulgação técnico-científica que se estendeu por toda a década de 80 e se mantém até os dias de hoje.

Em 1990, a Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, estabelece em seu artigo 41 o seguinte: “As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, permanecerão como referencial pela prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia”.

Com isso, o Instituto Nacional do Câncer está legitimado para desenvolver a política de combate ao câncer no país.

No ano 2000, o Ministério da Saúde lança o “Projeto Expande” – Projeto de Expansão da Assistência Oncológica – com a coordenação do INCA e com o objetivo de planejar estrategicamente a criação, a implantação ou implementação de centros de oncologia em hospitais gerais – os Centros de Alta Complexidade em Oncologia, CACON² – para a expansão da oferta de serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas geográficas antes sem cobertura para a população local.

No ano de 2003, nova crise administrativa deixa as unidades assistenciais do INCA parcialmente desabastecidas. A mobilização dos funcionários e a rápida interferência do Ministério da Saúde restabeleceram a normalidade no atendimento aos pacientes. Sob nova direção, o INCA estabeleceu um novo modelo de gestão mais participativa, baseada nos princípios da ética, transparência e responsabilidade social, comprometida com as premissas do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade, integralidade e descentralização, com ampliação da garantia de qualidade de acesso ao serviço.

² No Paraná, os Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, estão assim distribuídos, em 2005: CACON I – Cascavel, 2 em Curitiba, Londrina, Maringá e Pato Branco; CACON II – Curitiba (Hospital Erasto Gaertner).; CACON I com Radioterapia – Campina Grande do Sul, Cascavel, Foz do Iguaçu e Londrina; Serviço isolado de Radioterapia: Cascavel, Curitiba e Maringá; Serviço isolado de Quimioterapia: 4 em Curitiba, Maringá, Ponta Grossa e Umuarama.

2. 3. A MORTALIDADE POR CÂNCER

Os dados disponíveis sobre mortalidade no Brasil, demonstram mudanças importantes nas últimas décadas. A mortalidade geral apresentou uma redução de 11%, passando de 6,3 óbitos em 1980, para 5,6 óbitos em 2001, por mil habitantes, no período. (BRASIL, 2004b).

No que se refere à distribuição por grupos de causa, também houve significativas mudanças. Em 1980, a primeira causa de morte era decorrente de doenças do aparelho circulatório, o que se manteve nas décadas seguintes. Em 1980, as neoplasias ocupavam o quinto lugar; em 2000, passaram a ocupar o terceiro lugar. Os sintomas, sinais e afecções mal definidas se mantiveram no segundo lugar durante essas duas décadas. A redução das mortes por doenças infecciosas cedeu espaço para as doenças do aparelho respiratórias. As causas externas também são significativas, estando no terceiro lugar em 1980 e no quarto lugar em 2000, conforme demonstra a tabela abaixo.

TABELA 11: RANKING DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, BRASIL. 1980 E 2000

Ranking	1980	2000
1	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório
2	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	Sint., sinais e achad. anormais. Ex. clin. e laborat. (mal definidas)
3	Causas externas	Neoplasias
4	Doenças infecciosas e parasitárias	Causas externas de morbidade e mortalidade
5	Neoplasias	Doenças do aparelho respiratório
6	Doenças do aparelho respiratório	Doenças endócrinas, nutricion. e metabolic.
7	Algumas afecções originadas no período perinatal	Algumas doenças infecciosas e parasit.
8	Glând. endróc., nutriç., metab. e transt.imunit.	Doenças do aparelho digestivo
9	Doenças do aparelho digestivo	Algumas afecções originadas no período perinatal
10	Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	Doenças do aparelho genitourinário

FONTE: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) MS. (BRASIL, 2004b).

As neoplasias apresentam uma importante tendência de aumento na proporção dos óbitos, passando da quinta causa de mortalidade em 1980 para a terceira causa em 2000. As doenças do aparelho respiratório também demonstram uma tendência de aumento. A doença do aparelho circulatório mostra uma tendência de estabilização. Os sintomas, sinais e afecções mal definidas mostram uma tendência de queda, assim como as doenças infecciosas.

Nos anos 80, as neoplasias foram responsáveis por 10% dos óbitos no país. Em 2000, sua participação passou a 15%, passando à terceira causa de mortalidade. A população com mais de 60 anos apresentou taxas mais elevadas. Em 1980, para 100 mil pessoas dessa faixa de idade, 456 morreram em decorrência das neoplasias. Em 2000, foram 522 pessoas. As taxas de mortalidade acima de 80 anos foram as mais altas em todas as regiões do país, principalmente no Sul e Sudeste. Os homens tiveram maior participação no volume em quase todas as faixas de idade, exceto entre 30 e 49 anos em que as mulheres apresentaram maior número de óbitos, nos anos de 1980 e 2000. (BRASIL, 2004b)

A região Sul apresenta a maior proporção nos grupos das neoplasias em todo o período, representando 18%; em seguida, a região Sudeste com 14% dos óbitos.

A mortalidade proporcional demonstra que, nas duas últimas décadas, o país teve uma mudança para melhor, no nível de saúde, pois mostrou uma queda na proporção de óbitos de menores de um ano e aumento na proporção de óbitos na faixa de 50 anos e mais. Isso provavelmente reflete o aumento da longevidade da população e a redução proporcional da mortalidade nas faixas etárias menores de 20 anos. (BRASIL, 2004b).

No estudo da mortalidade, dois fatos merecem destaque: os dados sobre causas externas que refletem uma situação de risco da população jovem, principalmente a masculina, em que se destacam os homicídios, e os dados referentes à elevada taxa de óbitos de mulheres, principalmente na faixa etária de 30 a 49 anos, por câncer de mama. Esses e outros fatos demonstram a necessidade de políticas específicas para homens e mulheres, por grupos de idade específicos.

TABELA 12: MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS DEFINIDAS SEGUNDO OS ESTADOS, PARA O SEXO FEMININO. REGIÃO SUL, 2001

CAUSAS	PARANÁ		RIO GR. SUL		S. CATARINA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	8.381	39,37	10.992	39,14	3.746	37,22
Neoplasias	3.711	17,43	5.828	20,75	1.913	19,01
Doenças do aparelho respiratório	2.482	11,66	3.546	12,63	1.083	10,76
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	1.561	7,33	1.823	6,49	766	7,61
Causas externas de morbidade e mortalidade	1.140	5,36	1.115	3,97	608	6,04
Demais causas definidas	4.012	18,85	4.777	17,01	1.949	19,36
TOTAL	21.287	100,0	28.081	100,0	10.065	100,0

FONTE: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) MS.

Pode-se verificar, na tabela acima, a mortalidade proporcional das mulheres nos Estados da região Sul. Nos três estados, as neoplasias nas mulheres são a

segunda causa de morte. Proporcionalmente, no Paraná, as mulheres morrem menos por neoplasias do que no Rio Grande do Sul e Santa Catarina³. No Paraná, o coeficiente de mortalidade por neoplasia foi crescendo nos últimos vinte anos, atingindo a segunda causa de mortalidade em 2002 e 2003.

TABELA 13: COEFICIENTE DE MORTALIDADE PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS, POR 100.000 HABITANTES, PARANÁ, 1980,1985,1990,1995,2000 E 2003

GRUPOS DE CAUSAS	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Doenças do Aparelho Circulatório	167,81	179,05	200,65	189,41	193,61	188,83
Causas Externas	70,35	70,84	75,52	77,24	68,50	74,83
Doenças Infecciosas Eparasitárias	57,25	36,75	27,90	23,84	22,04	20,07
Neoplasias	56,62	58,22	71,73	77,24	86,82	93,18
Afecções Perinatal	44,53	34,58	30,60	23,84	20,46	14,72
Doenças do Aparelho Respiratório	39,96	36,75	53,21	53,35	62,32	59,30

FONTE: SIM – DVSV/CIDS/DVS/SESA

2.4. A MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A análise da mortalidade por câncer do colo do útero será aqui apresentada com alguns dados de mortalidade referente ao Brasil, à região Sul, ao Paraná e especificamente a Curitiba.

Na análise de tendência da mortalidade por câncer do colo do útero,

a maioria das regiões do Brasil, em todas as faixas etárias, ou apresentam tendência de queda no risco de morte ou tendência de estabilização; somente a região Sul mostrou aumento no risco de morte em todas as faixas etárias; a região Nordeste apresentou incremento do risco na faixa etária de 65 anos e mais; a região Centro-Oeste mostrou declínio do risco na faixa etária de 30 a 64 anos. (BRASIL, 2004b, p.246).

³ Em estudo realizado sobre incidência de câncer em mulheres em todas as localizações do Brasil, no período de 1988-1992, a menor incidência é na cidade de Belém-PA e a maior incidência era em Porto Alegre-RS que apresentou um dos coeficientes mais elevados do mundo (484,7/100.000 mulheres). Quando comparados a outras localidades, Belém-PA e Goiânia-GO apresentam coeficientes de incidência oito a dez vezes mais elevados em relação ao coeficiente de Israel, sendo mais elevados também que o coeficiente do Japão. (KOIFMAN e KOIFMAN, 1999). Em 1995 estimou-se que 344.000 novos casos foram diagnosticados no mundo, tendo cerca de 80% deles ocorridos em países em desenvolvimento. Do total, aproximadamente 52.000 casos aconteceram na América Latina. Em 1997 foi estimado para o Brasil cerca de 20.500 casos novos de câncer de colo de útero, correspondendo a uma taxa de incidência de 28 casos/100.000 mulheres. Na região Norte do país, a incidência é quase quatro vezes maior em relação a outras regiões. Para o mesmo ano, foi estimado para o Brasil um total de 5.760 óbitos, numa relação de 8 óbitos/100.000 mulheres. (ZEFERINO e GALVÃO, 1999).

TABELA 14: TENDÊNCIA DO RISCO DE MORTE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E REGIÕES, POR 100.000 HABITANTES, BRASIL, 1981 E 2001

FAIXA ETÁRIA	REGIÃO	1981	VARIAÇÃO ANUAL (%)	2001
30 a 49 anos	Norte	9.2	0.0	9.2
	Nordeste	5.6	0.0	5.6
	Centro-Oeste	8.1	-1.0	6.6
	Sudeste	5.1	0.0	5.1
	Sul	6.7	1.4	8.8
50 a 64 anos	Norte	20.9	0.0	20.9
	Nordeste	12.9	0.0	12.9
	Centro-Oeste	24.9	-1.4	18.8
	Sudeste	14.7	0.0	14.7
	Sul	12.5	2.3	19.8
Acima de 65 anos	Norte	29.3	0.0	29.3
	Nordeste	13.6	1.1	16.9
	Centro-Oeste	33.1	0.0	33.1
	Sudeste	21.4	0.0	21.4
	Sul	18.4	0.9	22.0

FONTE: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Existe um nítido aumento do risco de mortalidade por câncer do colo do útero na região Sul do país, em todas as faixas etárias, sendo maior o incremento anual na faixa etária de 50 a 64 anos. No Sudeste a tendência do risco mostrou estabilidade. A região Sul mostra risco de morte por câncer do colo do útero maior que na região Sudeste, apesar de, em 1981, apresentar um risco menor. (BRASIL, 2004b).

No Brasil, na distribuição proporcional de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor em mulheres, no período de 1979-1983, o câncer do colo do útero ocupa o terceiro lugar com 7,83% dos óbitos; no período de 1995-1999, passa a ocupar o quarto lugar com 7,22% dos óbitos. (BRASIL, 2002b).

Na análise dos dados de mortalidade por câncer do colo do útero, em cidades brasileiras como Belém, Recife, Porto Alegre, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador, no período de 1988 – 1992, verifica-se que a mortalidade é maior acima dos 45 anos. A evolução da mortalidade por câncer do colo do útero na faixa etária de 20 – 34 anos, ao longo da década de 80, apresentou níveis elevados em cidades nordestinas (Belém, Recife, Fortaleza e Salvador). Na década de 90, esses índices diminuíram em relação às cidades do Sul e Sudeste (Curitiba, Porto Alegre, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo) que tiveram índices de mortalidade mais elevado para essa faixa etária, do que no período anterior. (KOIFMAN e KOIFMAN, 1999). Os óbitos por câncer segundo a causa ficam assim distribuídos:

TABELA 15: NÚMERO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA SEGUNDO A CAUSA E O SEXO, BRASIL, 2003

NEOPLASIAS MALIGNAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Lábio, Cav. Oral E Faringe	4.377	6,0	928	1,5	5.305
Esôfago	4.580	6,3	1.418	2,3	5.998
Estômago	7.711	10,6	4.027	6,5	11.738
Colo, Reto E Ânus	4.2228	5,8	4.861	7,8	9.089
Fígado E Vias Bil. Intrahepat.	3.037	4,2	2.570	4,1	5.607
Pâncreas	2.461	3,4	2.432	3,9	4.893
Laringe	2.427	3,3	306	0,5	2.733
Traquéia, Brônquios E Pulmões	11.057	15,2	5.398	8,7	16.455
Pele	587	0,8	493	0,8	1.080
Mama	72	0,1	9.342	15,1	9.414
Colo Do Útero	0	0,0	4.202	6,8	4.202
Corpo E Partes N/Esp. Do Útero	0	0,0	2.831	4,6	2.831
Ovário	0	0,0	2.210	3,6	2.210
Próstata	8.977	12,4	0	0,0	8.977
Bexiga	1.648	2,3	708	1,1	3.356
Mening. Encef. E Outras Partes Snc	3.004	4,1	2.736	4,4	5.740
Linfoma Não-Hodgkin	1.736	2,4	1.380	2,2	3.116
Mieloma Mult. E Neopl. Malig. De 853 Plasmócitos		1,2	788	1,3	1.641
Leucemia	2.686	3,7	2.254	3,6	4.940
In Situ, Benig, Comport. Incert.	822	1,1	881	1,4	1.703
Outras	12.359	17,0	12.296	19,8	24.655
TOTAL	72.622	100,0	62.061	100,0	134.683

FONTE: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS. (BRASIL, 2005).

NOTA: A neoplasia de colo de útero (6,8%) está somada a neoplasia de corpo e partes não especificadas do útero (4,6%).

As neoplasias malignas do sexo masculino que levaram a óbito se concentram em maior número na traquéia, brônquios e pulmão (15,2%), na próstata (12,4%) e no estômago (10,6%). Já para o sexo feminino, as neoplasias que provocam maior número de mortes são as de mama (15,1%), de útero (11,3%) e de traquéia, brônquios e pulmão (8,7%). (BRASIL, 2005).

Entre 1995-1999, o Paraná era o quinto Estado da Federação com maior taxa bruta de mortalidade: 5,60 (por 100.000 mulheres) em câncer do colo do útero, perdendo apenas para os Estados do Amapá (6,74), Amazonas (6,53), Rio Grande do Sul (6,41) e Espírito Santo (5,64). (BRASIL, 2002b).

Na distribuição proporcional de mortes por câncer em mulheres, no Paraná, segundo localização primária do tumor, no período de 1979 -1983, o câncer do colo do útero ocupa o terceiro lugar com 7,30% dos óbitos (perdendo para o câncer de estômago e câncer de mama). Entre 1995-1999, a doença passa a ocupar o quarto lugar, com 8,09% dos óbitos (perdendo apenas para câncer de mama, estômago e

pulmão). Nesse período, o percentual de mortes por câncer do colo do útero aumentou em relação ao período anterior. (BRASIL, 2002b).

No período de 1999-2003, o câncer do colo do útero volta a ocupar o terceiro lugar na distribuição proporcional de mortes por câncer, ficando em primeiro lugar o câncer de mama e, em segundo lugar, o câncer de brônquios e pulmões. Na distribuição espacial no Estado do Paraná, o câncer do colo do útero tem as seguintes taxas de mortalidade: na região Centro-Sul (Guarapuava e Ivaiporã), 6.5 a 6.6 óbitos/100.000 hab.; na região Leste (Paranaguá e Metropolitana), 6.4 óbitos/100.000 hab.; na região Oeste (Cascavel, Foz do Iguaçu, Toledo, Francisco Beltrão e Pato Branco), 4.4 a 6.3 óbitos/100.000 hab.; e nas regiões Norte, Noroeste e Campos Gerais (Londrina, Maringá e Ponta Grossa, respectivamente as cidades pólo das regiões), 2 a 4.3 óbitos/1000.000 habitantes. (PARANÁ, 2005).

Analisando o quadro de mortalidade por câncer do colo do útero, no Paraná, nos anos de 1997-2004, por meio dos dados da Secretaria Estadual da Saúde, observa-se que os coeficientes mantêm-se praticamente constantes, havendo uma pequena redução em 2000, 2003 e 2004.

TABELA 16 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO POR 100.000 MULHERES, PARANÁ, 1997-2004

ANO	Nº DE ÓBITOS	POPULAÇÃO FEMININA	COEFICIENTE
1997	252	4.438.667	5,49
1998	298	4.650.495	6,41
1999	299	4.710.074	6,35
2000	244	4.826.038	5,06
2001	278	4.892.768	5,68
2002	295	4.945.211	5,97
2003	278	5.000.529	5,56
2004	274	5.055.819	5,42

FONTE: SESA/ISEP

Quando analisamos os dados disponíveis por faixa etária, observamos que, no Paraná, a maioria dos óbitos ocorrem acima dos 50 anos, comprovando a tendência do risco de morte apresentado na tabela 14.

TABELA 17 - NÚMERO DE ÓBITOS POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, POR FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 2002 a 2004

ANO	2002	2003	2004	TOTAL
15 a 19 anos	1	0	0	1
20 a 29 anos	6	8	16	30
30 a 39 anos	27	31	30	88
40 a 49 anos	70	64	53	187
50 a 59 anos	60	72	58	190
60 a 69 anos	62	58	66	186
70 a 79 anos	47	31	33	111
80 anos e +	22	14	18	54
TOTAL	295	278	274	847

FONTE: SESA/ISEP

Observa-se, nesse período de três anos, que 64% dos óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em mulheres com idade acima dos 50 anos. Os dados de mortalidade por câncer do colo do útero sempre são preocupantes, uma vez que o câncer do colo de útero pode ser detectado por uma técnica de baixo custo com eficácia internacionalmente constatada. Portanto, os obstáculos para prevenir essas mortes, que são preveníveis e evitáveis, não são de natureza científica, mas um problema gerencial e de organização dos serviços de saúde pública.

Verifica-se na tabela 16 que a estabilidade dos indicadores não demonstram impacto das ações do programa na redução da mortalidade por câncer do colo do útero no Estado.

Na análise do quadro de mortalidade por câncer do colo do útero, em Curitiba, no período de 1998-2004, observa-se que, no ano de 2000, houve uma significativa redução na mortalidade por câncer do colo do útero, o que sem dúvida se deu pelo impacto das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama – Programa VIVA MULHER⁴ – implantado em Curitiba em 1997.

⁴ O Programa VIVA MULHER será detalhado no capítulo 3.

TABELA 18 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO POR 100.000 MULHERES, CURITIBA, 1998-2004

ANO	Nº DE ÓBITOS	POPULAÇÃO FEMININA	COEFICIENTE
1998	83	805.212	10,3
1999	69	822.830	8,38
2000	54	826.467	6,54
2001	47	843.598	5,58
2002	58	856.293	6,78
2003	58	870.138	6,67
2004	45	883.941	5,10

FONTE: Centro de Epidemiologia/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.
DATASUS/MS

De 2001 a 2004 os coeficientes de mortalidade mostram-se praticamente constantes com pequenas oscilações. Se forem comparados os coeficientes de 2004 e de 1998, seis anos de duração do Programa VIVA MULHER, observa-se que houve uma redução de praticamente 50% dos óbitos, o que é bastante significativo.

TABELA 19 - MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO, POR FAIXA ETÁRIA, CURITIBA, 1998-2004

FAIXA ETÁRIA	ANO							TOTAL
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
20-29	1	3	1	0	2	1	1	9
30-39	11	9	5	5	5	7	7	49
40-49	18	11	11	5	12	9	4	70
50-59	19	21	12	12	9	14	15	102
60 e +	34	25	25	25	30	27	18	184
TOTAL	83	69	54	47	58	58	45	414

FONTE: Centro de Epidemiologia/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Quando se compara o número de óbitos por faixa etária, verifica-se que na faixa etária de 30 a 49 anos, o número de óbitos ao longo de seis anos soma 119 (nesta faixa está incluída a faixa etária priorizada pelo Programa VIVA MULHER - 35 a 49 anos). Já na faixa etária acima de 50 anos, somam-se 286 óbitos. Verifica-se,

portanto, que a situação é mais grave na faixa de idade acima dos 50 anos: quanto maior a idade, maior o risco de morrer por câncer do colo do útero.

2. 5. ESTIMATIVAS DAS AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Nas estimativas de cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero no Brasil, o INCA dispõe das seguintes informações:

- Anteriormente à implantação do Programa Viva Mulher no Brasil, a cobertura de exames citopatológicos⁵ realizados anualmente em relação ao número de mulheres a serem atingidas no Brasil, em 1984, era de 1,2%, enquanto em 1987, era de 7,7% .
- Na 1ª fase de intensificação do Programa VIVA MULHER, em 1998, foi estimada uma cobertura de 22,5% (considerando-se que 70% das mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos eram usuárias do SUS).
- Na 2ª fase de intensificação do programa, em 2002, estimou-se a cobertura de 16,2% (considerando-se que 85,9% das mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos eram usuárias do SUS). (INCA, 2006a).

As estimativas apresentadas referem-se apenas à faixa etária entre 35 e 49 anos. A cobertura aumentou em 1998 em relação a 1984, e foi reduzida em 2002. Considerando-se que esses períodos são de intensificação do Programa VIVA MULHER, ou seja, são feitas campanhas comunitárias para que o maior número de mulheres realizem o exame, os percentuais de cobertura ainda são muito baixos. Outros dados de estimativas apresentados na publicação referem-se a períodos que antecedem ou coincidem com a implantação do Programa. Fica demonstrado, pelas estimativas feitas sobre as fases de intensificação do Programa referente à faixa etária de 35 a 49 anos, que as taxas de cobertura de exames citopatológicos são muito baixas para o Brasil como um todo.

⁵ “O método de análise de citologia exfoliativa foi preconizado por Geoges Papanicolaou, em 1938, quando em seus estudos descobriu que as células superficiais do epitélio em colo uterino descamam, são de fácil acesso e podem ser estudadas citologicamente com grande facilidade e acuracidade. A partir de aí, o exame citológico de Papanicolaou tem sido o método ideal para rastreamento em massa do câncer de colo uterino.” (SCHUNEMANN JUNIOR, 2000, p. 2).

No Brasil, em 1988, o Ministério da Saúde adotou a norma da Organização Mundial da Saúde que propõe controlar mulheres entre 25 e 60 anos a cada três anos, após dois controles negativos com intervalo anual. Em 1997, o Programa VIVA MULHER foi implantado estabelecendo-se o controle em mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. (ZEFERINO e GALVÃO, 1999).

Vamos analisar agora a distribuição de exames citopatológicos (Papanicolaou) realizados no Estado do Paraná, por faixa etária.

TABELA 20 - NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS REALIZADOS POR FAIXA ETÁRIA, PARANÁ, 1997 A 2004

FAIXA ETÁRIA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Abaixo 19	2.781	22.650	26.051	26.342	27.359	31.268	25.332	27.664	189.447
20 a 29	16.026	126.324	121.561	112.060	118.048	142.935	109.700	123.117	869.771
30 a 39	19.311	146.459	121.778	114.446	125.108	165.386	116.050	131.067	939.605
40 a 49	12.982	100.763	80.592	78.414	89.024	128.939	87.270	103.662	681.646
50 a 59	5.558	42.104	38.555	39.366	46.150	65.927	48.036	58.495	344.191
Acima 60	2.552	19.322	18.442	19.532	22.920	34.588	24586	30.920	172.862
Não especific.	3.266	16.186	8.627	1.250	1.041	1.191	1.518	997	34.076
TOTAL	62.476	473.808	415.606	391.410	429.650	570.234	412.492	475.922	3.231.598

FONTE: SESA/ISEP

Observa-se pela tabela acima que, a partir de 1998, houve um significativo aumento do número de exames citopatológicos, o que se deve provavelmente à implantação do Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, através da Secretaria Estadual da Saúde em todos os municípios do Estado. Esse programa inicialmente objetivava a prevenção e detecção do câncer do colo do útero e, alguns anos mais tarde, incorporou a detecção do câncer de mama.

Nos anos de 1998 e 2002, houve intensificação da campanha de prevenção e detecção do câncer do colo do útero. O maior número de exames realizados é na faixa etária de 30 a 39 anos, seguindo-se da faixa de 40 a 49 anos, abrangendo a faixa etária preconizada pelo Programa que é de 35 a 49 anos. A somatória dos exames realizados nessas duas faixas etárias reflete um percentual de 50% dos exames realizados no período de oito anos. Acima dos 50 anos, foram realizados 16% do total de exames citopatológicos. Até 29 anos, foram realizados 33% dos exames citopatológicos.

Como já se viu anteriormente, a faixa etária a partir dos 50 anos é a faixa em que acontece a maioria dos óbitos. Pela leitura da tabela 20, é possível perceber,

também, que essa é a faixa na qual é realizado o menor percentual de exames. Observa-se ao longo dos anos uma constância no número de exames realizados (tabela 20) e uma constância nos coeficientes de mortalidade (tabela 16). Pode-se deduzir, por meio desses dados, que o número de exames citopatológicos realizados não causa impacto nos coeficientes de mortalidade do Estado. Isso pode se dar principalmente pela baixa cobertura do exame citopatológico em mulheres acima dos 50 anos. Outro fator que pode influenciar é o não tratamento adequado das lesões precursoras de alto grau que evoluem para carcinoma invasor. Perguntamo-nos se as mulheres nessa faixa etária não se beneficiam do Programa porque a lesão se encontra em fase mais avançada ou pela baixa cobertura dos exames citopatológicos.

Para que se possa ter uma idéia da cobertura de exames citopatológicos no Paraná, é necessário analisá-los em relação à população feminina que, em média, representa 50% da população do Estado. Esse dado é sempre muito polêmico e difícil de ser calculado, pois há sempre variação em relação a que percentual da população feminina é atendida pelo SUS. O número de exames realizados não significa necessariamente o número de mulheres, uma vez que há mulheres que realizam mais de um exame por ano, principalmente quando se encontram em fase de tratamento. Há ainda serviços de saúde que controlam o retorno da mulher a cada três anos, conforme orientação do Programa. Uma análise linear desses dados encontra-se no Apêndice C.

Vamos analisar agora a distribuição de exames citopatológicos (Papanicolaou) realizados em Curitiba, por faixa etária.

TABELA 21 - NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS REALIZADOS, POR FAIXA ETÁRIA, CURITIBA, 2002-2004

FAIXAS ETÁRIAS	ANOS			
	2002	2003	2004	TOTAL
Abaixo 19 anos	9.700	8.819	8.474	26.993
20 – 29 anos	32.649	30.196	28.846	91.691
30 – 34 anos	15.928	13.785	13.111	42.824
35 - 39 anos	16.697	12.784	12.541	42.022
40 – 49 anos	27.108	21.357	21.573	70.038
50 – 59 anos	13.837	11.731	12.310	37.878
Acima 60 anos	8.590	6.959	7.674	23.223
TOTAL	124.509	105.631	104.529	334.669

FONTE: Centro de Epidemiologia/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O fator positivo que se detecta na tabela 21 é o fato de que os exames citopatológicos não se restringem à faixa etária de 35 a 49 anos estabelecida como alvo principal, mas atingem outras faixas de idade também. O percentual de exames citopatológicos realizados por mulheres na faixa de 35 a 49 anos representa 33,5% do total de exames realizados no período. O percentual de exames realizados até a faixa etária que atinge os 34 anos é de 48,2%, sendo que até os 29 anos totaliza um percentual de 35,4% do total de exames realizados no período. Acima de 50 anos, foram realizados 61.101 exames citopatológicos, representando 18,4% do total dos exames realizados no período. Portanto, até os 29 anos, são realizados mais exames do que na faixa etária preconizada pelo programa. Um percentual menor de exames é realizado em mulheres com mais de 50 anos, sendo que é a partir dessa idade que ocorre o maior número de óbitos. Observa-se, portanto, que a maioria dos exames, 81%, são realizados na idade até os 49 anos, sendo que 70% dos óbitos de mulheres por câncer do colo do útero ocorrem nas faixas etárias acima dos 50 anos, conforme tabela 19.

O controle em mulheres jovens praticamente não apresenta impacto na redução da morbimortalidade do câncer do colo do útero, cuja lesão predominante é a Neoplasia Intra-epitelial Cervical de nível 1 (NIC I) com menor risco para evoluir para carcinoma invasor. A conduta adequada nesse caso seria repetir o exame citológico a partir de seis meses e, somente se a lesão persistir, deve ser feito colposcopia ou biópsia. Portanto, para os autores Zeferino e Galvão (1999), é mínima a variação da redução da incidência da doença quando os exames citopatológicos são realizados aos 20 e 25 anos para periodicidade trienal ou quinquenal.

A grande concentração de número de exames realizados em mulheres jovens pode sugerir que o controle do câncer do colo do útero está praticamente vinculado às consultas ginecológicas e obstétricas. Aproveitando-se a oportunidade em que as mulheres realizam essas consultas nas Unidades de Saúde, os profissionais de saúde as mobilizam para a realização dos exames.

Os serviços públicos de saúde, em nível federal, estadual e municipal, deveriam reestudar e redefinir qual a melhor idade para início do exame citopatológico, em qual idade deve ser interrompido e qual a faixa prioritária para o rastreamento do câncer do colo do útero de acordo com a realidade local ou regional. Isso possibilitaria um melhor controle da doença.

Ainda em relação à cobertura das mulheres conforme o parâmetro estabelecido para a avaliação do programa, em 1997, se for considerado que 60%⁶ das mulheres da faixa etária entre 35 e 49 anos, população alvo, realizam seu exame Papanicolaou no Sistema Único de Saúde, observa-se, ainda, que a cobertura de mulheres pelo programa foi de 40,03% em 2002, 30,70% em 2003 e 20,74% em 2004, o que significa um declínio de cobertura desde a implantação do programa que foi de 86,7% da população alvo.⁷ Uma análise linear sobre a cobertura de mulheres por faixa etária conforme a população feminina de Curitiba, que representa 52% da população total, encontra-se no Apêndice D.

A tabela abaixo apresenta os dados do Sistema de Informações do Câncer, cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para orientar a pesquisa. Exames citopatológicos alterados são os exames que tiveram resultado positivo para câncer do colo do útero, através dos seguintes diagnósticos laboratoriais: carcinoma invasor, adenocarcinoma *in situ* e adenocarcinoma invasor.

TABELA 22 - NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ALTERADOS REALIZADOS PELO SUS, EM MULHERES RESIDENTES EM CURITIBA, 2001-2004.

ANO	Nº DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ALTERADOS REALIZADOS EM CURITIBA PELO SUS
2001	5
2002	43
2003	39
2004	48
TOTAL	135

FONTE: Centro de Epidemiologia/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

A maioria dos diagnósticos laboratoriais dos exames citopatológicos positivos para câncer do colo do útero realizados nas mulheres residentes em Curitiba, são de carcinoma invasor (84,5%) e em menor porcentagem de adenocarcinoma *in situ* (7,4%) e invasor (8,1%). Verifica-se que na faixa etária de 35 a 49 anos situam-se 31% das mulheres e, acima dos 50 anos, 62,3% das mulheres com resultados de exames alterados, conforme demonstra a tabela 23.

⁶ O IBGE mostra que, no Paraná, 75,9% da população não tem plano de saúde (reportagem publicada no Jornal Gazeta do Povo – Curitiba/PR, em 26/05/2005).

⁷ Ver Capítulo 3, item 3.1.

TABELA 23 – RESULTADO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ALTERADOS, POR DIAGNÓSTICO, REALIZADOS PELO SUS, EM MULHERES RESIDENTES EM CURITIBA, 2001-2004

FAIXA ETÁRIA	CARCINOMA INVASOR	ADENOCARCINOMA IN SITU	ADENOCARCINOMA INVASOR	TOTAL
Abaixo 19 anos	0	0	1	1
20 - 29	2	0	0	2
30 - 34	6	0	0	6
35 - 39	11	1	0	12
40 - 49	25	1	4	30
50 - 59	25	3	5	33
Acima 60 anos	45	5	1	51
TOTAL	114	10	11	135

FONTE: Centro de Epidemiologia/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Fica demonstrado, mais uma vez, que a tendência da incidência do câncer do colo do útero situa-se nas mulheres com mais de 50 anos e que a partir dessa idade há uma baixa cobertura de rastreamento da doença, conforme tabela 21.

Para Zeferino e Galvão, “a cobertura populacional do controle do câncer do colo uterino ainda é baixa, qualquer que seja a estimativa utilizada, mas há evidências de que com os mesmos recursos disponíveis poder-se-ia fazer muito mais”. (ZEFERINO e GALVÃO, 1999, p.358).

Em países desenvolvidos onde não há limitação de recursos e são bons os serviços de saúde, a detecção do câncer do colo do útero é oferecida para uma extensa faixa etária com controles com intervalos trienais e/ou quinquenais, como é o caso da Islândia, onde a prevenção atinge mulheres na faixa etária de 20 a 69 anos; na Suécia 20 a 60 anos; na Noruega 25 a 70 anos; na Dinamarca 23 a 75 anos. Nos países em desenvolvimento, onde os índices de incidência e mortalidade de câncer do colo do útero são maiores, dever-se-ia planejar a cobertura do programa de forma a obter a mais alta taxa de detecção em relação ao número de mulheres examinadas e ao número de controles realizados por mulher. (ZEFERINO e GALVÃO, 1999).

Seria mais interessante que o serviço de saúde pudesse oferecer poucos controles para a totalidade das mulheres de maior risco do que muitos controles para poucas mulheres. “Merece destaque o fato de que quanto mais os controles se restringem às faixas etárias altas e quanto maior for o intervalo entre eles, maior é o número de casos prevenidos com o mesmo número de exames.” (ZEFERINO e GALVÃO, 1999, p. 352).

Sem a intenção aprofundar por não ser objeto da pesquisa, mas sem deixar na invisibilidade, é importante ressaltar que o Vírus do Papiloma Humano ou

Papilomavírus Humano – HPV – tem sido freqüentemente associado ao câncer do colo do útero. Para Zeferino e Galvão (1999), estudos epidemiológicos sugerem que 90% dos cânceres de colo de útero são atribuídos ao HPV.

Estudos recentes identificaram a presença do HPV em 99,7% dos casos de câncer cervical. A infecção pelo HPV é fator central e causal do câncer de colo de útero. Alguns tipos de HPV têm sido responsabilizados pelo desenvolvimento de malignidade, na mulher, no períneo, vulva, vagina, colo do útero e região anal; no homem, no pênis, uretra, saco escrotal e região anal. Também tem-se associado o desenvolvimento de malignidade à presença de HPV na região de orofaringe e cordas vocais (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005, p. 156).

A transmissão do HPV ocorre através do contato sexual. As mulheres com câncer do colo do útero são as mais atingidas pelo HPV de alto risco oncogênico. Os homens desempenham o papel de transmissores do vírus para as mulheres. É necessário, no planejamento de ações de controle do câncer do colo do útero, abordar a questão da transmissão do HPV, com ênfase nos métodos preventivos de transmissão, atingindo homens, mulheres e grupos com comportamento de risco.

Em um documento intitulado “Normas e Recomendações do INCA - Prevenção do Câncer do Colo do Útero” – recomenda-se que o rastreamento atinja mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos. Mulheres com vida sexual ativa, independentemente da faixa etária, devem realizar o teste. A periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. Mulheres em grupo de risco (infectadas pelo HIV ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente. Mulheres histerectomizadas, por outras razões que não o câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento (INCA, 2003).

Quando comparamos as tabelas 19 e 21, de mortalidade por faixa etária e de exames citopatológicos por faixa etária, respectivamente, verificamos a necessidade de ampliar a faixa etária de cobertura do Programa, ou melhor, intensificar o rastreamento do câncer do colo do útero por meio do exame preventivo ou Papanicolaou, em mulheres acima do 50 anos, pois é nessa faixa etária que estão ocorrendo a maioria dos óbitos em Curitiba. É necessário também intensificar a cobertura de mulheres que fazem o exame preventivo, pois, nos últimos três anos, o percentual de mulheres que realizaram esse exame no SUS está bem abaixo do percentual atingido nos três primeiros anos de implantação do Programa. O número de óbitos por câncer do colo do útero foi menor nos últimos anos em Curitiba, e

também menor a cobertura exames citopatológicos para as mulheres atendidas pelo Programa. É importante observar também que a prevenção somente se concretiza quando se consegue desenvolver o hábito, ou seja, o hábito de realizar o exame preventivo com a regularidade necessária. Sem regularidade e respeito à periodicidade exigida para o exame, o Programa pode fracassar em curto espaço de tempo.

A partir dos dados apresentados, podemos concluir que a maior incidência do câncer do colo do útero e de mortalidade tem se apresentado em mulheres acima de 50 anos. Observamos, ainda, que embora o número de exames citopatológicos realizados no Estado do Paraná e no município de Curitiba seja grande, o percentual do exame em mulheres acima de 50 anos é pouco expressivo (16% no Estado e 18% em Curitiba). No quadro de mortalidade do Estado do Paraná, os coeficientes de mortalidade por câncer do colo do útero são praticamente constantes, não se observando uma redução expressiva da mortalidade desde a implantação do Programa. Isso nos leva a crer que há pouca resolubilidade em relação ao controle do câncer do colo do útero, nos serviços de saúde dos municípios do Estado.

Ao contrário, no quadro de mortalidade por câncer do colo do útero do município de Curitiba, observa-se que num período de sete anos, o número de óbitos reduziu 50%. Havendo, no entanto, uma necessidade de rever a cobertura dos exames citopatológicos por faixa etária.

As informações aqui apresentadas são, muito provavelmente, do conhecimento dos epidemiologistas, dos coordenadores de programas em nível nacional, estadual e municipal, dos gestores do SUS e dos comitês e conselhos de mulheres que assessoram na elaboração das políticas de saúde das mulheres. No próximo capítulo veremos como se estabelecem as políticas no cenário da saúde pública.

3. A SAÚDE DA MULHER

Neste capítulo, vamos relatar como a mulher passou a ser uma área de interesse específico dentro das políticas públicas de saúde e qual a evolução dessas políticas. A partir desse cenário vamos inserir o Programa VIVA MULHER, criado pelo Instituto Nacional do Câncer, e relatar como se deu a implantação desse Programa no município de Curitiba.

3.1. A SAÚDE DA MULHER NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A partir da década de 30 foram definidas políticas públicas de saúde voltadas à proteção da criança, tornando a mulher objeto de intervenção. Havia uma ênfase pró-natalista na saúde pública, contexto em que a mulher era vista apenas como mãe e como responsável pela saúde das crianças, e isso era a base para o desenvolvimento dos programas de saúde materno-infantil. Para Aquino (1999),

Na saúde pública, a perspectiva materno-infantil, oriunda da higiene moderna e inspirada por preocupações demográficas e eugênicas, traduzia-se em práticas de saúde voltadas para o controle da reprodução e da sexualidade com vistas à redução da mortalidade infantil e à proteção da saúde das crianças. (AQUINO, 1999, p.162).

Nas décadas de 50 e 60, sob influência do pensamento malthusiano, surgiram preocupações de que o aumento repentino da população retardaria o crescimento econômico, aumentaria a pobreza e tornaria os serviços sociais insuficientes. Como consequência, muitos países começaram a implantar programas verticais de controle da natalidade e começam a surgir proposições voltadas para a “intervenção sobre os corpos das mulheres, vistas como responsáveis exclusivas pela contracepção” (COSTA e AQUINO, 2000, p.185).

O governo brasileiro não desenvolvia programas ou ações que atendessem às demandas existentes de contracepção, permitindo que entidades privadas e

estrangeiras (como era o caso da BEMFAM⁸) assumissem a distribuição indiscriminada de contraceptivos e a realização de esterilização em mulheres. Esses programas não tinham nenhuma vinculação ou integração com os programas voltados à saúde ou a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

O aprofundamento da crise do setor saúde no Brasil ao final dos anos 70 e o surgimento do movimento da reforma sanitária contribuíram para o questionamento do modelo vigente até então. Os movimentos feministas ganham espaço e, utilizando-se de questões de saúde, lutam por seus direitos. É aproximadamente nesse período que se dá início às pesquisas sobre os efeitos da desigualdade entre os gêneros e sobre a saúde da mulher.

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras. (BRASIL, 2004a, p. 12)

Sob a influência dos estudos sobre gênero na saúde e dos movimentos feministas, o Ministério da Saúde cria, em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que previa a implantação de atividades de assistência integral clínico-ginecologia e educativa, incluindo o controle do pré-natal, parto e puerpério, controle de doenças transmissíveis sexualmente, do câncer do colo do útero e de mama, assistência para a concepção e contracepção, e a abordagem dos problemas desde a adolescência até a terceira idade.

A principal orientação do PAISM é que todas as ações voltadas à saúde da mulher e da criança sejam orientadas pelo princípio da integralidade da assistência, o que significa que todas as ações de saúde devem ser dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde das mulheres “onde todo e qualquer contato que a

⁸ O governo brasileiro não desenvolveu um programa oficial para restringir o crescimento da população, em virtude da resistência a ele entre várias de suas forças de sustentação, inclusive integrantes do poder militar. Em consequência, a International Planned Parenthood Federation (IPPF), uma agência internacional financiada em grande parte pelo governo dos Estados Unidos, adotou uma estratégia diferente: criou uma instituição privada, a BEMFAM, que passou a fornecer serviços gratuitos de planejamento familiar através da distribuição comunitária de pílulas e de clínicas. A BEMFAM foi fundada em 1965 e em 1970 tinha criado uma extensa rede de serviços em muitos Estados. (BARROSO e BRUSCHINI, 1989, p.226).

mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde. “ (BRASIL, 1984, p. 15).

As diretrizes gerais do PAISM eram:

- a orientação e capacitação do sistema de saúde para atendimento das necessidades de saúde da população feminina com ênfase no controle de patologias mais prevalentes nesse grupo;

- a inserção do conceito de integralidade da assistência em todas as ações referentes à atenção clínica e ginecológica, exigindo-se, para isso, uma nova postura de trabalho da equipe de saúde;

- a inserção de prática educativa que assegura, às mulheres, a apropriação de conhecimentos necessários a um controle maior sobre sua saúde;

- o planejamento familiar como uma atividade complementar das ações de saúde materno-infantil, desvinculado de qualquer caráter coercitivo (BRASIL, 1984).

É interessante observar que praticamente nesse período inicia-se a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que visava a municipalização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, os movimentos sociais pela democratização do país aumentavam cada vez mais com o fortalecimento dos debates sobre os direitos sociais.

Nesse cenário político, o movimento de mulheres expandia-se e assumia novas características principalmente por influência de feministas que retornavam do exílio no exterior fertilizando o debate com novas idéias e práticas, entre as quais a questão da saúde colocava-se como central. As críticas do poder médico como poder patriarcal, inspiraram grupos de reflexões e auto-exame, como tentativa de reapropriação pelas mulheres do saber sobre o corpo. (AQUINO, 1999, p. 164).

Crescia o movimento da reforma sanitária que criticava o modelo vigente de saúde e tinha como princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco preparatório para a Assembléia Nacional Constituinte. Contribui para isso também a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada no mesmo ano.

O princípio da atenção integral à saúde que faz parte do PAISM, desde sua criação em 1983, vai fazer parte do texto constitucional, em 1988, como um dos princípios do sistema público de saúde, junto com o princípio da descentralização e

participação da comunidade. Em 1990, integra também a Lei Orgânica da Saúde como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, entre outros.

Para Costa e Aquino (2000), a perspectiva de gênero estava subjacente na proposta do PAISM, embora não explicitada, e ganhou espaço na primeira fase de sua implantação através do estabelecimento de parcerias entre feministas e o Estado, por meio do Ministério da Saúde ou do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (criado em 1985 pelo governo federal para atuar junto aos diversos órgãos na formulação de políticas para as mulheres). Essas parcerias que tiveram uma duração não muito longa possibilitaram a definição de estratégias pedagógicas e material educativo, tendo em vista a ampliação da autonomia das mulheres.

O PAISM foi uma proposta de ação concreta na luta pela cidadania das mulheres e o movimento feminista participou ativamente dele. Com isso o movimento feminista foi aprofundando e refinando sua crítica quanto ao poder médico e,

...construindo uma crítica profunda à representação fragmentada do corpo feminino dominante no discurso biomédico, à biologização da reprodução e da sexualidade e ao privilégio das técnicas curativas em detrimento da prevenção e da promoção à saúde. (COSTA E AQUINO, 2000, p.188).

Através do PAISM, a regulação da fertilidade é incorporada como um direito social e sua oferta é condicionada à intenção da mulher ou do casal em limitar seu número de filhos, o que reforça a autonomia das mulheres e dos homens no processo produtivo e permite uma separação entre a sexualidade e a procriação, através da utilização de meios contraceptivos. As mudanças contidas no PAISM,

...derivam do reconhecimento de necessidades de saúde da população feminina que ultrapassam a dimensão procriativa e da autonomia das mulheres nas decisões concernentes aos seus próprios corpos, à sua saúde, e em especial, às suas práticas contraceptivas. (COSTA E AQUINO, 2000, p. 187).

Os objetivos programáticos do PAISM eram:

- Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.
- Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no

informal (parteiras tradicionais), e diminuindo o índice de cesáreas desnecessárias.

- Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
- Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.
- Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada. (BRASIL, 1984, p. 16).

O PAISM, que foi criado em meio à implantação das Ações Integradas de Saúde, do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde e posteriormente do SUS, e junto com isso num cenário político nacional de mudanças, certamente teve suas dificuldades e problemas para ser desenvolvido com eficácia pelos serviços públicos de saúde dos municípios. Era um momento em que os municípios assumiam os serviços de saúde em meio a tantas incertezas e dificuldades de ordem administrativa e técnica, problemas que, em alguns, perduram até hoje. Ou seja, o desenvolvimento de outras ações concomitantes no setor saúde contribuiu para que este avanço não acontecesse. É possível que muitos municípios com uma boa estrutura e organização de serviços possam ter implantado o Programa de forma satisfatória, mas, sem dúvida, é importante observar que foi um Programa avançado para a época.

A partir da década de 90, houve uma grande mudança na relação das mulheres organizadas com o Estado. A participação feminina foi ampliada em instâncias de formulação e implementação de políticas públicas, em todos os níveis de governo e em todas as regiões do país.

Assim inúmeras mulheres ocupam atualmente postos de coordenação dos programas de saúde da mulher no âmbito federal, estadual e municipal: estão presentes em conselhos de saúde, comitês de morte materna e comissões técnicas de todo o tipo, ainda que estejam longe de ocupar postos estratégicos de decisão. É importante destacar o papel da Rede Nacional

Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, que congrega atualmente cerca de 150 afiliados em 22 estados brasileiros. Reconhecida como interlocutora política, está representada em fóruns estratégicos para a definição de políticas de saúde, tais como a Comissão Nacional de Morte Materna, o grupo Assessor Mulher e AIDS (ambos do Ministério da Saúde) e, particularmente, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, assessora do Conselho Nacional de Saúde. (AQUINO, 1999, p. 167).

No âmbito internacional, várias conferências mundiais organizadas pela Organização das Nações Unidas – ONU, que aconteceram na década de 90, contribuíram para o reconhecimento e reafirmação dos direitos das mulheres. Foram conferências sobre temas diversos, como: meio ambiente e desenvolvimento – Rio de Janeiro, 1992; direitos humanos – Viena, 1993; população e desenvolvimento – Cairo, 1994; a mulher, desenvolvimento e paz – Beijing, 1995.

As conferências organizadas pela ONU não foram, por si só, suficientes para que os governantes assumissem que a visão de gênero é indispensável nas políticas públicas voltadas para o bem-estar social, pois “a inclusão da mulher como sujeito diferenciado das políticas públicas é o único caminho possível para o alcance mínimo de equidade social, nas sociedades contemporâneas.” (FEGHALI, 2000, p.279).

O descaso e o descuido por parte dos governos com a saúde, a vida e os direitos das mulheres podem ser abordados sob diferentes ângulos:

O primeiro deles, no campo da cultura machista – como uma herança patriarcal –, os governos são comandados majoritariamente por homens que ainda se consideram como os únicos detentores dos direitos de cidadania. O segundo, a não-preocupação com a construção da cidadania das mulheres, que no essencial também se insere nas marcas da cultura machista. (FEGHALI, 2000, p. 279).

Muitos discursos e compromissos assumidos oficialmente pelos governantes que diziam e dizem respeito aos direitos e saúde das mulheres não são levados a cabo, pois não são tomadas medidas efetivas para a sua execução. Os governos se portam de forma a prescindir da participação e contribuição das mulheres no desenvolvimento político e social do país. Apesar de as mulheres hoje já terem uma importante inserção nos meios educacionais e no mercado de trabalho, elas ainda são vistas como subordinadas aos homens.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, de 1994, no Cairo, contribuiu para a evolução e discussão dos conceitos de saúde da mulher e saúde reprodutiva, tema que vamos abordar um pouco adiante.

Para Feghali, no pós-Cairo, os governos tornaram-se defensores intransigentes das conquistas das mulheres. Em Beijing, 1995, consegue-se assegurar as conquistas das conferências da ONU dos anos 90. Os governos apoiaram a Plataforma de Ação de Beijing onde constam avanços que, “se concretizados na vida das mulheres, mudariam exponencialmente o cenário da feminização da pobreza, e a qualidade de vida feminina chegaria a níveis jamais alcançados na história da humanidade” (FEGHALI, 2000, p. 277). O desafio é colocar em prática os direitos documentados como compromissos a serem assumidos.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing-China, que discutiu, legitimou e obteve avanços em relação aos direitos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, da qual participou uma delegação de mulheres brasileiras, repercutiu na área da saúde pública, no Brasil, com duas iniciativas:

- A implantação de ações relativas ao planejamento familiar no âmbito do SUS.
- A execução de um programa nacional de prevenção e pronto tratamento do câncer de colo de útero e de mama, com ênfase nas mulheres na faixa de 35 a 49 anos. (ONU, 1996, p.13).

Esse programa, que foi assumido pelo Instituto Nacional do Câncer com o nome de VIVA MULHER⁹ – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama que foi implantado em 1997, veio cobrir uma lacuna do PAISM, uma vez que as ações do controle do câncer de útero e de mama eram realizadas sem nenhuma prioridade na rede de serviços de saúde.

O Ministério da Saúde tem trabalhado com a ótica de programas na área de saúde da mulher, como Programa de Aleitamento Materno, Programa de Assistência ao Pré-Natal e Nascimento, Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, entre outros, o que sem dúvida pode levar a uma fragmentação do atendimento. Alguns serviços se organizam em função do ciclo de vida, considerando assistência à saúde da criança, do adolescente, da gestante, da mulher, dos idosos. Com isso fica esquecida a questão da atenção integral à saúde que não é apenas uma diretriz do PAISM, mas é uma diretriz do SUS.

⁹ Sobre o Programa VIVA MULHER, ver item 3.1.

Ao mesmo tempo que se tentava implantar o PAISM, gestava-se o Programa de Saúde da Família – PSF – que é implantado no final da década de 90. Ao mesmo tempo em que se implantava o PSF, o PAISM vai saindo do cenário sanitário, devido à fragmentação e fragilidade das ações que foram implementadas por alguns municípios.

O PSF surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, modificando a forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. A família passa a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. É no espaço geográfico onde a família vive que se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida e onde se permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. (BRASIL, 1977, p.8).

O PSF é um programa voltado à atenção básica e, com a sua criação, o Ministério da Saúde substitui a atenção integral pela atenção básica. Surge como um modelo substitutivo das práticas convencionais e por meio de um novo processo de trabalho que não cria novas estruturas de serviços.

O PSF é desenvolvido junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o que faz o vínculo entre a família, a equipe de saúde e a Unidade de Saúde. Dentre outras atividades, ele cadastra as famílias que residem na área de abrangência da Unidade de Saúde e deve visitá-las no mínimo uma vez ao mês. Esses programas voltados à atenção básica têm a característica de colocarem os profissionais de saúde e os serviços de saúde mais próximos da comunidade e, com isso, proporcionar um melhor atendimento.

Para Costa e Aquino (2000), o Ministério da Saúde tem adotado políticas voltadas às ações de atenção básica à saúde ou programas focalizados, o que nem sempre contribui para o fortalecimento do SUS nos municípios.

O Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a despeito de constituírem estratégias adequadas ao enfrentamento da extensão de cobertura e da correção de iniquidades, quando tomados

como ações únicas e isoladas do conjunto das outras necessidades de saúde tornam-se impróprias e ineficientes. Para as mulheres, esses programas buscam apenas potencializar os serviços de assistência básica à saúde (pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo, por exemplo). (COSTA e AQUINO, 2000, p. 190).

Esses programas também não têm possibilitado um melhor atendimento à saúde das mulheres, pois também têm ações fragmentadas e, em alguns locais, são estabelecidas prioridades de atendimento, como, por exemplo, à gestante e recém-nascido, reproduzindo algumas vezes a ideologia materno-infantil. Mas, ainda assim, o ACS acaba sendo, em muitos locais, o elo mais importante entre o serviço de saúde e a comunidade.

Do ponto de vista feminista, a implantação do PSF foi acompanhada de um grande envolvimento dos gestores e profissionais de saúde devido à idéia de que o Programa era inovador e mudaria a prática assistencial e o ordenamento dos serviços de saúde. Mostrou-se, porém, explicitamente, um prolongamento sem rupturas do modelo tradicional de assistência.

As Agentes Comunitárias de Saúde são as profissionais mais presentes na comunidade, mas confundem essa proximidade com relações estritamente pessoais, operando diferenciações entre as usuárias de acordo com suas apreciações e valores próprios. A relação com as usuárias é mecanizada, a oferta de informações assume formas rígidas e rotineiras, com pouco espaço para a escuta de novas necessidades e demandas. (PORTELLA, 2005, p. 16).

A melhoria da qualidade do atendimento às mulheres passa também pela questão do controle social. Ter os direitos legitimados oficialmente não garante que, por si só, eles passem a existir na prática. É necessário uma luta diária das mulheres pelo exercício de seus direitos. Portanto, é imprescindível, cada vez mais, a participação das mulheres organizadas nos conselhos e conferências de saúde onde possam defender os seus direitos relativos à saúde. Para isso devem estar capacitadas para essa prática política.

No final da década de 90, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos elaborou e divulgou uma cartilha – *Saúde é assunto para mulheres* – que informa sobre o controle social, as leis e políticas do SUS e aponta necessidades a serem discutidas pelas mulheres nas instâncias controladoras da saúde pública. Esse deveria ser um processo de informação contínua, uma vez que os conselheiros, em geral, têm uma gestão de dois anos. (BRASIL, 1999).

Desde 1995, a Rede Feminista de Saúde participa do Conselho Nacional de Saúde com uma vaga específica. As discussões dos temas sobre saúde da mulher, quando inclui questões de sexualidade e aborto, não são fáceis, pois, saúde da mulher ainda tem uma ligação muito forte com o tema materno-infantil. A agenda do Conselho é pautada pelo interesse dos conselheiros ou pelo processo político vigente. A saúde das mulheres é sempre um tema secundário. Apesar disso, consegue-se alguns avanços, como a discussão da mortalidade materna, aborto, inserção das questões relativas às mulheres negras, lésbicas e indígenas, realização de seminários, entre outros. (OLIVEIRA; MAIA, 2005).

Possivelmente, isso se reflete também nos Conselhos estaduais e municipais onde os gestores discutem mais questões relativas a gerenciamento e administração dos serviços de saúde do que propriamente questões técnicas. Provavelmente quando uma razoável quantia de recursos financeiros for destinada à saúde das mulheres, esse tema, sem dúvida, entrará em pauta.

Em 2003, o governo federal transforma a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, do Ministério da Justiça, em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com *status* ministerial, vinculada ao Gabinete da Presidência da República. O Conselho Nacional de Direitos da Mulher fica subordinado a essa Secretaria. (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde publica um documento intitulado *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes*, onde faz uma análise retrospectiva em relação à implantação do PAISM, relatando que na década de 90, o Programa foi influenciado pela implantação do SUS, pelo processo de municipalização e pela reorganização do modelo de atenção básica através da estratégia do Programa de Saúde da Família.

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas. (BRASIL, 2004, p.17).

O documento ainda segue relatando que, no balanço institucional realizado, no período de 1998-2002, “trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da

mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção).” (BRASIL, 2004, p.18). A definição dessas prioridades dificultou a atuação nas outras áreas consideradas estratégicas. Sob o ponto de vista da saúde da mulher, várias lacunas ficaram descobertas.

O Ministério da Saúde, através da definição dessa Política:

- Reconhece o enfoque de gênero levando em consideração que a desigualdade de poder entre mulheres e homens causam um impacto nas condições de saúde das primeiras.
- Faz um diagnóstico da situação da Saúde da Mulher no Brasil, ampliando para o problema da violência doméstica e sexual, da saúde mental e gênero, da saúde das mulheres negras, das mulheres lésbicas, das mulheres indígenas, das mulheres residentes e trabalhadoras da área rural, e da mulher em situação de prisão.
- Define as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em que resgata a atenção integral à saúde da mulher.
- Define objetivos gerais, específicos e estratégias para a atual Política.

No que se refere à questão do controle do câncer ginecológico, estabelece como seus objetivos e estratégias:

Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.
 Organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama.
 Garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia.
 Oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor. (BRASIL, 2004, p. 70).

Verifica-se, aqui, em relação ao câncer do colo do útero, um avanço com a inserção de exames anti-HIV e de sífilis, o que é uma tentativa de ampliar ações que possibilitem uma atenção mais completa à saúde.

Uma outra forma de garantir a execução de ações voltadas à saúde da mulher é através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 1996), que, em relação às ações da saúde da mulher, na atenção básica, tem as seguintes responsabilidades: pré-natal (diagnóstico da gravidez, cadastramento de gestantes,

classificação do risco gestacional, suplementação alimentar, acompanhamento pré-natal de baixo risco, entre outras); prevenção de câncer do colo do útero (rastreamento do câncer do colo do útero – coleta de material para exame de citopatologia –, realização ou referência para exame citopatológico, alimentação dos sistemas de informação); planejamento familiar (consulta médica e de enfermagem, fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais, realização ou referência para exames laboratoriais). Ou seja, essas são as atividades mínimas, na atenção básica, que os gestores deveriam executar.

Com a finalidade de consolidar o SUS, através de três componentes – pacto pela vida, defesa do SUS e gestão do SUS – o Ministério da Saúde estabelece o Pacto pela Saúde 2006, em que uma das seis prioridades a serem pactuadas é o controle do câncer do colo de útero e de mama, estabelecendo através dos objetivos operacionais os seguintes objetivos e metas para essa ação: a) cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo em 2006; b) incentivo da realização de cirurgia de alta freqüência, com pagamento diferenciado em 2006; c) ampliação em 60% da cobertura de mamografia e realização de punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo. (BRASIL, 2006)

O Pacto pela Saúde 2006 retoma a questão da integralidade da atenção à saúde, sendo que todo município deve garantir: a) a integralidade das ações de saúde prestada de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção à saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências; c) a promoção da equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesos de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais. (BRASIL, 2006)

Para a consecução desses objetivos e metas o Ministério da Saúde prevê o acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde em nível estadual e municipal, através de indicadores e metas a serem normalizados por aquele órgão.

O Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que define o tema como prioridade desse governo, resgata a

atenção integral à questão e amplia seu leque de ações abrangendo outros aspectos da realidade que sempre ficavam invisíveis aos olhos do setor saúde, como é o caso da saúde das mulheres negras, das mulheres índias, das mulheres lésbicas, entre outros.

A elaboração dessa Política é atual, avançada e teve a participação dos movimentos feministas e da sociedade civil organizada. Está bem estruturada no que diz respeito às diretrizes, objetivos e estratégias. Mas, podemos nos perguntar de que forma isso será colocado em prática. A atenção integral à saúde da mulher, seja qual for a singularidade dessa mulher, passa necessariamente pela capacitação permanente das equipes de saúde, pelas mudanças de atitudes, de conceitos, pois o atendimento deve necessariamente respeitar as diferenças, sem imposição de valores e sem discriminação de qualquer espécie.

É necessário, também, avançar nas discussões, formulações e aplicações das teorias de gênero no campo da saúde, incluindo a questão da organização dos serviços e do modelo assistencial. A atenção integral à saúde pode ser um conceito estratégico de mudança e de transformação das práticas de saúde. Também é necessário incentivar a realização de estudos, pesquisas, produção e divulgação de conhecimentos que evidenciam as desigualdades de gênero e seus efeitos sobre a saúde.

3.2. O PROGRAMA VIVA MULHER EM CURITIBA

A partir da Conferência Mundial Sobre a Mulher, em 1995, na China, o governo brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero. Foi criado pelo INCA, com a participação de técnicos de organizações nacionais e internacionais e do movimento feminista brasileiro, o Programa VIVA MULHER – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Foi implantado como projeto piloto, em 1997, em seis localidades brasileiras: Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Estado de Sergipe. O Programa tem 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. (BRASIL, 2000).

As principais estratégias de implantação do programa resumem-se em: articular e integrar uma rede nacional, motivar a mulher a cuidar de sua saúde, reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde, melhorar a qualidade no atendimento à mulher e aumentar a eficiência da rede de controle do câncer. (BRASIL, 2000)

As ações do programa envolvem a detecção precoce da doença por meio do exame citopatológico (Papanicolaou). Para isso, estabeleceu a cobertura de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos, a garantia de tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher. (BRASIL, 2001).

Praticamente, no mesmo período, o Programa também é implantado pela Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA), com o nome de Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico, com os mesmos princípios e ações do programa nacional, em todos os municípios do Estado através do SUS. A SESA forneceu, para quase todos os municípios, o kit para a realização do exame citopatológico, estabeleceu uma rede de laboratórios de patologia para dar atendimento à demanda dos municípios e estabeleceu referências em todas as Regionais de Saúde para tratamento ambulatorial através da Cirurgia de Alta Frequência (CAF).

Além disso, foram formalizados convênios com o INCA, através da SESA, com o repasse financeiro para aquisição de equipamentos e capacitação de pessoal, o que ajudou a estruturar as ações do Programa.

Em agosto de 1998, foi iniciada a fase de intensificação do programa, para a qual foram convidadas a participar todas as mulheres brasileiras, prioritariamente as de 35 a 49 anos, sendo introduzida, uma base de dados – o SISCOLO (Sistema de informações de Controle de Câncer do Colo do Útero) – em nível nacional, capaz de fornecer subsídios para um planejamento futuro. Atualmente, esse sistema foi substituído pelo SISCAN – Sistema de Informações de Câncer. (BRASIL, 2001).

Em 8 de março de 1997, o Programa Viva Mulher foi implantado em Curitiba, como um dos projetos-piloto do país. O objetivo geral do Programa era diminuir a mortalidade e morbidade por câncer do colo do útero. O Programa tem como objetivos específicos

- identificar pacientes com condições pré-malignas ou malignas em fases iniciais;
- tratar tais condições, evitando sua progressão;
- avaliar as técnicas utilizadas nos programas existentes;
- testar novas técnicas;
- criar modelos a serem reproduzidos no futuro.

A faixa etária estabelecida a ser atingida pelo Programa é de 35-49 anos, sendo reforçada a importância de recrutar as mulheres que nunca haviam realizado o exame. A frequência dos exames foi da realização de um exame Papanicolaou para cada mulher, durante a vigência de dois anos do projeto piloto.

O desenvolvimento do projeto foi estruturado em três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), conforme a complexidade do atendimento.

Na atenção primária as Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada do programa, com atribuições de educação em saúde, recrutamento e cadastramento das mulheres e coleta de material para o exame citopatológico.

Na atenção secundária, é realizado o atendimento às mulheres com resultados de exames alterados e onde se procede o exame colposcópico, as biópsias com finalidade de diagnóstico e as Cirurgias de Alta Frequência, quando necessário.

Na atenção terciária, com equipamentos de alta complexidade, é prestado o atendimento às mulheres com diagnóstico de câncer invasivo, constituindo-se referência para tratamento radioterápico e cirúrgico.

Foram estabelecidas cinco etapas técnicas fundamentais para o programa:

1. o recrutamento da população alvo;
2. a coleta do material para o exame citopatológico;
3. o processamento laboratorial dos exames;
4. o tratamento adequado dos casos positivos detectados;

5. o acompanhamento e avaliação efetiva do processo de trabalho e dos resultados.

A seleção dos laboratórios para os exames citopatológicos e histopatológicos obedeceram critérios mínimos de garantia de qualidade dos procedimentos.

Para a implantação do projeto piloto foram criados comitês de apoio, sendo um localizado no Instituto Nacional do Câncer – INCA. Em cada município, onde foi implantada a experiência piloto, foi definido um comitê local, com o objetivo de gerenciar o projeto na cidade, apoiado por grupos funcionais de recrutamento, coleta, laboratório, tratamento e avaliação.

O recrutamento das mulheres para a realização do citopatológico é fator crucial para a eficácia do programa, especialmente para se atingir a população alvo. Estava claro para a equipe responsável pela implantação que o avanço na captação de mulheres não requeria ações complexas ou de alto custo, mas um trabalho intensivo de sensibilização de profissionais de saúde e da população quanto à importância das ações do programa. (BATAGLIN, C. et al. 2001, p. 189)

A formação do Grupo Funcional de Recrutamento (GFR) no município com representantes de cada Distrito, orientou o estabelecimento de reuniões mensais, através das quais foram sendo decididos os passos a serem seguidos, com avaliação contínua das ações desenvolvidas e sua reorientação, quando necessário.

O processo de recrutamento consistiu em um conjunto de ações que envolveram toda a equipe das unidades de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos) e a comunidade. A metodologia de trabalho, contando com equipes descentralizadas e a conseqüente divisão de tarefas e poder para os Distritos Sanitários, proporcionou um maior rendimento e, conseqüentemente, um menor desgaste individual e coletivo. Com isso, cada região do município pode desenvolver trabalhos de acordo com suas próprias características, dando conta de diferenças em relação à população alvo e da diversidade na capacidade instalada para coleta como número de salas, disponibilidade de profissionais e horários para a realização das coletas. Segundo Bataglin et al. (2001), o trabalho iniciou com pesquisas qualitativas e quantitativas, visando explorar os conhecimentos e atitudes dos líderes comunitários, profissionais de saúde e população alvo, quanto ao câncer do colo do útero.

Em síntese, foram as seguintes as ações de recrutamento realizadas para o desenvolvimento do programa:

- oficinas de sensibilização para todas as equipes das unidades de saúde (eram 98 na época da implantação do programa); questão considerada fundamental na sensibilização das equipes foi a abordagem para a captação, em todas as oportunidades de contato, ou seja, enfatizou-se a captação de mulheres que procuram o serviço de saúde para a realização de outros procedimentos; buscou-se também a captação através de ações externas como visitas domiciliares, trabalho em creches, escolas e reuniões com a comunidade.
- Oferta de realização de exames em dias e horários fora do período normal de funcionamento das unidades, incluindo-se sábados e atendimentos noturnos.
- Criação de personagem feminina teatral que levava informação sobre a doença e exames para as mulheres, colaborando no processo de aproximação da população.
- Sensibilização de lideranças comunitárias e população em geral. Foram sensibilizadas 257 pessoas que receberam o nome de agentes educativos, que se tornaram multiplicadores da informação, ampliando a rede de captação das mulheres. Essa experiência, considerada uma das mais positivas do programa, somou-se aos trabalhos dos Conselhos Locais de Saúde.
- Criação do Grupo de Mobilização Popular, com o engajamento de todos os voluntários do município, com a participação dos agentes envolvidos politicamente em suas regiões.
- Organizações de abrangência municipal associaram-se ao trabalho de recrutamento (Rotary Clube, Lions, Conselho Estadual da Condição feminina, Pastorais, Liga Feminina de Combate ao Câncer).
- Divulgação e distribuição de material próprio para o chamamento das mulheres: cartazes, *folders*, cartilhas, álbum seriado, camisetas e *botons*.
- Apoio comunitário através da utilização de rádios e jornais de bairro, confecção de faixas, cartazes, panfletos, filipetas e poesias, permitindo o repasse de informações quanto ao horário de funcionamento das Unidades e de horário e dias alternativos para a realização dos exames. (BATAGLIN, et al, 2001).

Um ponto positivo foi que as atividades de recrutamento alcançaram objetivos mais amplos, não ficando restritos somente às ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero. A aproximação e o processo de educação em saúde com a população reforçaram a relação profissional de saúde e comunidade, ampliando, especialmente, os espaços para conversas e esclarecimentos de dúvidas sobre a saúde da mulher como um todo. (BATAGLIN, C. et al., 2001).

Antes da implantação do Programa, a coleta do material para o exame citopatológico na Unidade de Saúde era feita pelo profissional médico, sendo que em poucas Unidades a coleta era feita pelo enfermeiro.

O INCA iniciou um processo de capacitação, que primeiramente atingiu os profissionais do Grupo Funcional de Coleta, criado para conduzir a implantação do programa; em seguida foram reciclados os ginecologistas da rede municipal. Os treinamentos foram descentralizados para os distritos sanitários e com isso atingiu-se um maior número de profissionais.

Somaram-se as capacitações, mudanças no processo de trabalho das unidades, visando à otimização dos recursos para a realização do programa. Horários e vagas para coleta foram ampliados, com desvinculação do exame da agenda médica. A grande maioria das unidades sentiu a necessidade de ampliação das vagas e se programou para eventos de coleta aos sábados. Muitas também ampliaram a coleta para o período noturno, oferecendo então, agenda mais flexível às usuárias. Com todo o empenho do trabalho local e com a retaguarda do Ministério da Saúde – INCA, um grande obstáculo para a ampliação da coleta, que era a restrição da realização do exame por profissionais médicos foi superado. (BATAGLIN, C. et al., 2001, p. 192).

A Secretaria Municipal de Saúde conta com laboratório próprio, com capacidade para realizar praticamente todos os exames demandados pelo programa e pela rede municipal de serviços de saúde. Ao Laboratório Municipal, coube gerenciar o processamento laboratorial incluindo o recebimento dos exames citopatológicos e a realização dos mesmos, segundo as normas técnicas de padronização dos laudos. O Laboratório também ficou responsável pelo encaminhamento das peças das Cirurgias de Alta Freqüência realizadas a nível ambulatorial, para histopatologia no Hospital Erasto Gaertner, referência do programa par este tipo de exame.

Conseqüentemente, com a implantação do programa, a capacidade de recursos humanos do laboratório foi ampliada, assim como também houve reciclagem e capacitação dos profissionais. A capacidade instalada também foi ampliada com a definição de uma rede de apoio com laboratórios conveniados. O controle de qualidade foi estabelecido com a repetição de todos os exames alterados pelo patologista e mais 10% dos exames sem alteração, realizados pelos citotécnicos.

Com a implantação do programa, a rede de serviços foi reorganizada, definindo-se novo processo de trabalho nas Unidades de Saúde, com ampliação do número de coletas, e a adequação do laboratório municipal para atender maior número de exames com controle de qualidade.

O nível secundário de atendimento ficou definido como sendo a Unidade de Saúde da Mulher, que é um serviço tradicional no atendimento à mulher no município e fica localizado em região central facilitando o acesso a partir de qualquer bairro. Nessa unidade, realiza-se confirmação, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, em nível ambulatorial.

A Unidade de Saúde da Mulher foi adequada com novos equipamentos e os profissionais foram capacitados para a realização de Cirurgia de Alta Freqüência (CAF), que é um tratamento cirúrgico realizado em nível ambulatorial. Os aparelhos de CAF têm um tipo de onda que produzem corte e hemostasia simultaneamente, e substituem o tratamento através da cauterização ou de substâncias corrosivas, com a vantagem de obter fragmento para estudo histopatológico.

Essa Unidade firmou-se como local de referência não só no tratamento como também na capacitação e reciclagem dos profissionais. Foram os profissionais dessa Unidade que capacitaram profissionais de referência das Regionais de Saúde do Estado, sendo que em cada Regional foi implantado um serviço de Cirurgia de Alta Freqüência.

A US Mulher foi pioneira no tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, por CAF, em Curitiba e no Paraná. No início do programa, foi identificado um grande número de mulheres com necessidade de tratamento cirúrgico. A opção para tratamento ambulatorial permitiu, em curto espaço de tempo, o término da demanda reprimida no acesso ao tratamento cirúrgico e com isso, atualmente, não há mais fila de espera. (BATAGLIN, C. et al., 2001, p. 194).

Como referência ao atendimento terciário, definiu-se o Hospital Erasto Gaertner, instituição filantrópica, mantido pela Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Esse Hospital é referência estadual e interestadual para o tratamento de neoplasias.

O encaminhamento para nível terciário, nos casos com diagnóstico de câncer, foi organizado através do agendamento automático de consulta no referido hospital, a partir da confirmação da lesão, através do diagnóstico histopatológico. De forma complementar ao processo de agendamento informatizado, a unidade de atendimento secundário, nos casos com lesão de alto grau em que não há possibilidade de tratamento ambulatorial, agenda de forma direta uma avaliação no serviço hospitalar. (BATAGLIN, C. et al., 2001, p. 195).

A Secretaria Municipal de Saúde definiu alguns indicadores para a avaliação do programa, como cobertura de mulheres, métodos de recrutamento (por profissionais de saúde, sensibilização por agentes educativos e divulgação pela televisão) quanto à realização dos exames (se o exame era realizado pela primeira vez), desempenho dos profissionais no processo de coleta (amostras insatisfatórias), resolubilidade no atendimento secundário. Em relação à análise de cobertura do programa, foi definida a proporção de mulheres na faixa etária entre 35 a 49 anos residentes no município, que utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde.

Inquérito de base domiciliar desenvolvido nos Distritos Sanitários, em 1997, revelou que, em média, 40% das mulheres nessa faixa etária, realizam seus exames citopatológicos através de convênios, seguros de saúde ou, mais raramente, através de assistência particular. A partir destes resultados pode-se estimar uma meta de 94.438 mulheres (60% da faixa etária) para cobertura do programa. Com este parâmetro e utilizando o número de exames citopatológicos realizados, nos anos de 1997, 1998 e 1999 (até outubro), correspondendo a 81.909 exames, observou-se uma cobertura de 86.7% da população alvo. (BATAGLIN, C. et al., 2001, p. 196).

Esses foram os pressupostos e ações que serviram de base para a implantação do Programa Viva Mulher, no município de Curitiba, em 1997. As estratégias do Programa somadas à boa organização de serviços públicos de saúde do município possibilitaram uma cobertura do Programa nos primeiros anos de seu desenvolvimento.

Como já observamos no capítulo anterior, os dados apresentados revelam a necessidade de se redirecionar o Programa. Esses dados mostram a necessidade de se controlar o desenvolvimento do câncer do colo do útero a partir dos 50 anos, pois

é a partir dessa idade que acontece o maior número de óbitos pelos dados de mortalidade do município de Curitiba. Portanto, há tendência de que a faixa etária prioritária do Programa seja acima dos 50 anos e não mais dos 35 aos 49 como foi estabelecido inicialmente.

Acreditamos que, com a divulgação do Pacto pela Saúde 2006, do Ministério da Saúde, que define como uma das diretrizes a cobertura de exames citopatológicos para controle do câncer do colo do útero em 80% das mulheres, esta e outras questões relativas ao Programa possam ser revistas. Esperamos que quando o Ministério definir os instrumentos de acompanhamento e avaliação possa vincular essa ação de detecção precoce a impacto e resultados, pois essa ação só tem sentido quando tratamentos são realizados e mortes são evitadas.

3.3. SAÚDE DA MULHER E SAÚDE REPRODUTIVA

Para concluir esse capítulo, vamos trazer à tona algumas questões conceituais sobre saúde da mulher e saúde reprodutiva.

A mudança no padrão de procriação, com o surgimento e uso de contraceptivos e o aparecimento da AIDS, marcam de forma significativa as questões de saúde reprodutiva nos anos 80.

Surge uma mudança qualitativa nos estudos ligados à sexualidade humana no contexto de relações de gênero desiguais e hierárquicas, onde as mulheres ocupam a posição dominada. Essas novas abordagens, aos poucos, vão substituindo o enfoque materno infantil que era marcado pelo interesse primordial pela saúde das crianças. (AQUINO; ARAÚJO; MARINHO, 1999).

A partir da década de 90, sob a influência de dois grandes movimentos mundiais que ampliaram o debate sobre políticas internacionais e políticas populacionais – a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994, no Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, 1995, em Beijing/China – iniciou-se a discussão sobre a evolução dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, saúde materna e saúde da mulher.

Desde então, vários organismos internacionais (UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas, The Population Council, entre outros) vêm alterando suas agendas de prioridades de pesquisas e programas incluindo conceitos mais amplos e integrais à saúde reprodutiva e saúde da mulher (GALVÃO, 1999).

A discussão desses conceitos, no cenário mundial, está relacionada de um modo geral à melhoria da proteção dos direitos humanos e em especial dos direitos da mulher que são reconhecidos como direitos humanos.

Existem alguns conceitos sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher, mas vamos nos deter aqui sobre os conceitos que foram produto do consenso das Conferências do Cairo e de Beijing.

Saúde Reprodutiva. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. Conseqüentemente, a saúde reprodutiva implica a capacidade de desfrutar de uma sexual satisfatória e sem riscos, de procriar, bem como implica a liberdade para escolher entre fazer-lo ou não, no período e na freqüência desejada. Nessa última condição, encontram-se implícitos os direitos do homem e da mulher de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar seguros, efetivos e aceitáveis e de custos acessíveis, assim como o direito de buscarem/usarem métodos de sua escolha para a regulação da fecundidade que não estejam legalmente proibidos. Está também implícito o direito de receber serviços apropriados de atenção à saúde que permitam gravidez e parto sem riscos e ofereçam aos casais as melhores possibilidades de terem filhos saudáveis. Define-se como atenção à saúde reprodutiva o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuam para a saúde e o bem-estar reprodutivos mediante a prevenção e solução dos problemas de saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é a melhoria da vida e das relações pessoais, e não somente o aconselhamento e a atenção referentes à reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis.

Direitos reprodutivos. Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos já reconhecidos nas leis nacionais e nos documentos internacionais legais sobre direitos humanos, incluindo:

- o direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e intervalo entre eles, e de dispor da informação, educação e dos meios para tal;
- o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva;
- o direito de tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coações, nem violência.

Direitos sexuais da mulher. Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito de ter o controle e decidir livremente e responsabilmente sobre problemas relacionadas com a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. Relações de igualdade entre homens e mulheres no tocante a relações sexuais e reprodução humana, incluindo respeito total pela integridade do indivíduo,

requerem respeito mútuo, consentimento e responsabilidade de ambos pelo comportamento sexual e suas conseqüências. (GALVÃO, 1999, p.172).

O conceito de saúde reprodutiva tem algo parecido com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde quando se refere ao completo bem-estar físico, mental e social. Mas, sem dúvida, traz uma inovação, colocando o homem como co-responsável na questão da reprodução, ou seja, o homem também deve ter acesso a informações e métodos contraceptivos; e a autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo. Inclui em sua definição a saúde sexual, legitimando, dessa forma, a separação da vida sexual da vida reprodutiva.

Esses conceitos ainda representam alguns limites e algumas dificuldades de comunicação entre pesquisadores e instituições e alguns entendem que o conceito de saúde reprodutiva representa grande avanço no campo da saúde da mulher e que seria mais apropriadamente definida como uma continuidade entre saúde materna (período relacionado à gravidez e puerpério) e saúde da mulher, envolvendo esta aspectos mais amplos conforme uma definição canadense:

Saúde da mulher: uma definição canadense. Saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais, e seu bem-estar físico, e é determinada pelo contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde. Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial. (GALVÃO, 1999, p. 173).

Esse conceito de saúde da mulher é bastante abrangente e relaciona a saúde da mulher com as condições sociais e econômicas de suas vidas.

No Brasil, em relação à saúde da mulher e saúde reprodutiva, a criação do PAISM foi um marco histórico importante quando se propôs ao atendimento da saúde reprodutiva das mulheres, inserida na atenção integral à saúde da mulher, ou seja, as ações de planejamento familiar foram um complemento nas ações de saúde da mulher, dando oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade.

Para Aquino, Araújo e Marinho (1999), os conceitos de saúde reprodutiva ainda apresentam inconsistências conceituais e estão relacionados com aspectos da saúde materna e saúde da mulher. O conceito de saúde/morbidade reprodutiva está diretamente relacionado ao período reprodutivo das mulheres, compreendido entre

15-49 anos. Este período tem sido redefinido para 10-44 anos de idade a fim de se verificar a tendência ao início precoce da vida sexual e redução do número de filhos. Da mesma forma, o conceito de saúde/morbidade materna está relacionado ao intervalo de tempo entre a concepção e o término da gestação, independente de sua duração.

A construção de uma definição operacional com base em um intervalo de idade resultaria na exclusão de agravos que, embora relacionados a função reprodutiva da mulher ocorreriam fora dos limites do período, a exemplo das patologias associadas ao climatério. Além disso, a segmentação do ciclo vital tem sido criticada por comprometer a visão da integralidade dos fenômenos da saúde-doença influenciando – inclusive de forma negativa – a organização dos serviços de saúde. (AQUINO; ARAUJO; MARINHO, 1999, p. 191).

Assim, a saúde da mulher, de uma forma mais ampla, englobaria os dois componentes: saúde materna e saúde reprodutiva. O Programa VIVA MULHER, quando estabeleceu a faixa etária de cobertura das mulheres em 35 a 49 anos, de certa forma estava voltado para atingir as mulheres em idade reprodutiva. Já verificamos que a cobertura dessa faixa etária não atende a demanda de mulheres com câncer do colo de útero. Talvez esse Programa pudesse ser repensado dentro dos conceitos de saúde da mulher.

A construção do conceito de saúde da mulher tornou visível a questão de gênero no campo da saúde. A partir desse conceito, de forma mais específica surgiu a definição de saúde reprodutiva da mulher, procurando englobar todos os problemas de saúde relacionados à reprodução, como aborto, contracepção, gravidez, pré-natal, parto, câncer do colo de útero e mama, entre outros. Dentro dessa ótica, os problemas de saúde relacionados à reprodução não eram considerados fatalidade biológica, mas sim resultantes das relações de gênero.

As mulheres dos países do norte se apropriaram de seu potencial reprodutivo e da sua capacidade de reprodução mediante a luta pelos direitos da contracepção e do aborto, diferentemente do Brasil, onde, por exemplo, as ações de contracepção foram incentivadas tendo em vista uma política de controle populacional, como já vimos anteriormente.

Para Scavone (2004), a concepção de saúde reprodutiva fica mais garantida para os países do norte, onde muitas conquistas já estão asseguradas: direitos

básicos de informações, amplo acesso a serviços de saúde, maior controle dos efeitos secundários das técnicas contraceptivas e acesso livre ao aborto.

Se por um lado esse enunciado [saúde reprodutiva] buscou recuperar alguns dos conteúdos presentes no conceito feminista, sobretudo da noção liberal clássica do indivíduo livre e de direitos, por outro ele afastou-se dele à medida que retoma o paradigma utópico da saúde, neutralizando as contradições sociais, econômicas e políticas que estão presentes na realidade do cotidiano da saúde. Em um aspecto, a característica utópica salienta aquilo que é irrealizável na saúde – principalmente nos países do sul -, e, em outro, aceita um modelo de saúde (mais próximos dos países do norte) que, por designar um ideal a realizar, alimenta a esperança dessa realização. (SCAVONE, 2004, p. 51).

A revisão e aprofundamento desses conceitos, apesar de serem um avanço no campo da saúde e do movimento das mulheres, ainda representam inconsistências teóricas, mas nem por isso devem deixar de ser colocadas no cenário das práticas de saúde, pois isso amplia o debate e a conquista dos direitos. Mas, a questão crucial que parece estar por trás disso tudo é a recolocação ou recuperação política e prática do princípio da integralidade nas ações de saúde. E repensar, em nível local e regional, como deve ser um atendimento integralizado à saúde da mulher que chega numa unidade básica de saúde ou que é atendida pelos profissionais do PACS e PSF. Veremos, a seguir, como as mulheres portadoras de câncer do colo do útero são atendidas no sistema público de saúde do município de Curitiba.

4. AS MULHERES, A SAÚDE E A DOENÇA

Neste capítulo, abordaremos a relação do doente com a saúde e a doença, tentando identificar o significado da doença na vida dos sujeitos. Abordaremos a questão do atendimento pela Unidade de Saúde às mulheres com câncer do colo do útero, mostrando como realizam seus exames preventivos e como recebem seus resultados. E, por último, analisaremos a relação do doente com a equipe de saúde, as questões de dominação e subordinação, autoridade e poder.

4.1. MULHERES, DOENÇA E NORMALIDADE

Canguilhem (2002) propõe que não somente a doença seja estudada e pesquisada, mas a saúde também. Para o autor, de um modo geral, são os próprios doentes que julgam, a partir de diferentes pontos de vista, se não são mais normais ou voltaram a sê-lo. Na verdade, é o médico quem menos procura o sentido das palavras saúde e doença – ele tem preocupação com os fenômenos vitais. O que determina aquilo que se chama de doença, mais do que a opinião dos médicos, é a apreciação dos pacientes e das idéias dominantes do meio social.

A tarefa da ciência é determinar quais são os fenômenos vitais a partir dos quais os homens se dizem doentes e quais são as origens desses fenômenos, sua evolução, as ações que os modificam. A ciência não se detém em buscar um conceito geral de doença, ainda que a atividade médica tenha como objeto o doente e seus julgamentos de valor. Portanto, para o médico o que interessa é diagnosticar e curar. (CANGUILHEM, 2002).

Existe uma relação entre o normal e o patológico, sendo que o patológico, em determinadas condições, pode ser o normal para o indivíduo. O médico geralmente estabelece a norma para o indivíduo a partir de seu conhecimento da fisiologia, que é a ciência do homem normal, a partir de seu conhecimento das funções orgânicas, e da representação comum que a norma tem no meio social em dado momento.

Na medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. A terapêutica visa a esse estado normal porque ele é considerado como normal pelo doente e não porque é visado como um fim a ser atingido pela terapêutica. Assim, o ser humano considera como patológico certos estados ou comportamentos apreendidos sob a forma de valores negativos e prolonga um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra o que ameaça à sua manutenção e a seu desenvolvimento tomados como norma. (CANGUILHEM, 2002).

- Eu não vou falar que sou uma mulher que tem uma saúde perfeita, não. Eu sempre tenho um probleminha e outro. Mas já não tenho tantos que nem eu tinha antes. Eu sempre tenho alguma coisa assim, mesmo depois que eu fiz a cirurgia... a gente sempre tem uma coisinha ou outra, mas é normal, eu acho que é normal. Toda mulher, a gente também é feito de carne e osso então sempre tem problema. (Neuza, 37 anos, viúva, mora com o companheiro, dois filhos, 6ª série 1º grau).

A vida é polaridade, ela não é indiferente às condições que encontra. Ela é polaridade e reatividade às variações do meio no qual se desenvolve. Sem reações defensivas, a vida se extinguiria rapidamente. As flutuações que existem no meio onde vive o ser humano são quase sempre uma ameaça à sua existência. “O ser vivo não poderia subsistir se não possuísse certas propriedades essenciais. Qualquer ferida seria mortal se os tecidos não fossem capazes de cicatrização e o sangue de coagulação” (CANGUILHEM, 2002, p. 100).

No que se refere à relação saúde/doença, a saúde tanto pode significar ausência de doença quanto sua presença, desde que temporária. A saúde supõe poder adoecer e sair do estado de enfermidade. Um dos elementos constitutivos da saúde é a ameaça da doença. Se um indivíduo resiste a sua doença, ele pode ser considerado saudável.

A saúde difere tanto quantitativamente como qualitativamente da enfermidade. Ela não implica o completo bem-estar, a normalidade total, a ausência de anormalidade, uma vez que esta concepção se distancia da realidade concreta. A saúde implica, sim, uma quantidade moderada de sofrimento, com predomínio de sentimentos de bem-estar. Ela é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta. (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2003, p. 102).

Constitui uma anomalia qualquer desvio de tipo específico, ou qualquer situação orgânica particular que seja apresentada por um indivíduo, quando comparado com a grande maioria dos indivíduos de sua espécie, de sua idade e de seu sexo. Em anatomia, "o termo anomalia deve conservar estritamente seu sentido

de insólito, de inabitual; ser anormal consiste em se afastar, por sua própria organização, da grande maioria dos seres com os quais se deve ser comparado” (CANGUILHEM, 2002, p. 102).

O anormal não é patológico, pois o patológico supõe sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. A forma de considerar o patológico como normal, é quando se define o normal e o anormal pela frequência estatística relativa. Dessa forma, para Canguilhem, há que se entender dois sentidos da palavra saúde:

- a) a saúde considerada como absoluto é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; nesse sentido é um pleonasma falar em perfeita saúde, pois a saúde é o bem orgânico.
- b) a saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e criação de um organismo individual em relação às doenças possíveis. (CANGUILHEM, 2002, p. 107).

Nazira relata de forma objetiva e sem demonstrar sofrimento, o conhecimento de sua doença, encarando o seu tratamento de forma “normal”. A percepção que passa é que o câncer do colo do útero passou pela sua vida como se fosse qualquer doença.

- Ele (o médico) olhou o exame e falou: D. Nazira a senhora já sabe do que se trata. Mas, mais ou menos eu estava sabendo. Ele falou: a senhora está com câncer, só que é benigno, vamos tratar. Ele é muito bom, sabe [referindo-se ao médico]. Vamos tratar... daí fez outro exame, e foi fazendo exame, até quando deu. Quando não deu mais, ele falou: D. Nazira agora nós temos que fazer uma cirurgia, tirar o útero da senhora. Para mim foi normal, não me incomodei muito, por mim foi tranquilo, não fiquei nervosa, nada. Ainda bem. Tem uns que choram, ficam nervosos, eu não.” (Nazira, 63 anos, viúva, dois filhos, analfabeta).

Nazira recebeu a notícia de sua doença quando foi ao médico, sozinha. Relatou que não queria contar para os filhos, mas acabou falando “*que o exame não deu muito bom*”. Refere-se ao atendimento hospitalar, como se fosse uma referência para seu estado de bem estar, ou seja, como o atendimento foi bom, ela sentiu-se bem.

-... eu estava sozinha, a primeira vez, eu estava só. Eu nem queria falar, assim, pra eles [para os filhos]. Mas daí, eles ficaram meio assim, sabe? Aí, até que eu contei, que o exame não deu muito bom. Aí eu falei: o que eu ia fazer? Eu iria tratar e... foi bom, fui bem atendida. Eu me senti bem. Então foi bom... foi bom. (Nazira, 63 anos, viúva, dois filhos, analfabeta).

Faz parte da doença interromper o curso de algo na vida. Mesmo que a doença torne-se permanente, torne-se crônica, há sempre um passado no qual o doente, ou aqueles que o cercam, guardam certa nostalgia. Nesse sentido, a pessoa não é doente somente em relação aos outros, mas é doente em relação a si mesma. A doença é um estado normal na vida; é também normal a luta do organismo para continuar a vida.

- Ah, no começo eu fiquei um pouco preocupada, porque a gente fica, né. Mas depois, daí, que eu conversei com o médico, e ele falou: que não, não tem problema, no começo não tem problema nenhum. Fiquei mais tranqüila. (Neide, 48 anos, casada, três filhos, 6ª série 1º grau).

Canguilhem atribui à própria pessoa a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença. “Isto significa que em matéria de normas biológicas, é sempre o indivíduo o que devíamos tomar como ponto de referência...” (CANGUILHEM, 2002, p. 144).

Não se deve partir de uma média obtida estatisticamente para se determinar se um indivíduo é normal ou não. É muito limitante estabelecer comparação entre uma resultante da média, sem considerar as condições dos indivíduos examinados. A saúde não se restringe a uma adaptação do indivíduo a normas, mas refere-se, basicamente, a sua capacidade normativa, pois o homem sadio é capaz de criar e instituir normas.

Yasmim sabe da sua doença, e quando se compara a outros doentes que encontra nos corredores do hospital, considera-se uma pessoa que tem saúde, ou seja, não se considera doente.

- Então, a gente tem de ficar lá naquela portaria central do Erasto, esperando a vez para ficar internado. Eu fiquei das onze da manhã às quatro da tarde. Ali você vê o que quer e o que não quer. O que é bom para você e o que não é. Você nem sabe o que é bom e o que deixa de ser. Daí, nessas alturas, olhando aquelas pessoas, assim, sabe, um pior do que o outro, eu agradecia a Deus porque eu tenho saúde. (Yasmim, 45 anos, divorciada, três filhos solteiros, 6ª série 1º grau).

Portanto, o normal não tem uma determinação rígida para todos os indivíduos da mesma espécie; tem, sim, a flexibilidade de ter uma norma que se transforma na sua relação com as condições individuais. Ou seja, Yasmim, apesar de estar se tratando de câncer do colo do útero, considera-se uma pessoa sadia.

O que é normal, apesar de ser normativo e em determinadas condições, pode se tornar patológico em outras, se permanecer inalterado. Quem avalia essas

condições é o próprio indivíduo porque é ele que sofre as conseqüências no momento em que se sente afetado por essas alterações, como, por exemplo, realizar ou não realizar tarefas que a nova situação lhe impõe.

Se o ser humano não tivesse a possibilidade de testar sua saúde, através da enfermidade, não teria mais a segurança de ser normal e enfrentar a doença que viesse a surgir, o que caracterizaria um estado patológico. O indivíduo possui uma determinada energia que o ajuda a enfrentar sua enfermidade.

Tiana relata que não ficou abalada com a notícia da doença. Refere-se ao seu tratamento e a sua permanência no hospital como se fosse um momento de satisfação em sua vida.

-Tenho fé em Deus. Não fiquei abalada. Só que fui bem lá e me trataram bem. Eu me senti, assim, sabe, coisa mais boa. Parece que eu fui no colo de Jesus, porque eu sou muito católica, oro muito, bastante, pedi muito a Deus. Que Deus me levou, senti lá uma coisa mais gostosa do mundo. Sabe, parecia que tava num paraíso. Não senti dor nenhuma, não senti mal, não senti nada... ...deu tudo certinho. Fui pro hospital, voltei, sem uma dor. Cheguei em casa, fiz repouso, foi mais, gostosa que estava. (Tiana, 75 anos, viúva, oito filhos, analfabeta).

Para situações diferentes, há normas diferentes:

...o estado patológico ou anormal não é a conseqüência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido de que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes e em condições diferentes.(CANGUILHEM, 2002, p. 146)

A doença abala e ameaça a existência dos seres vivos. Ela não é uma variação do estado de saúde, ela é uma nova dimensão da vida. A doença priva as pessoas de algumas ou várias atividades, de capacidade de locomoção, priva a liberdade de ir e vir; e, é também reformulação, uma vez que aquele que adoece tem que redefinir suas atividades de acordo com a sua capacidade física de suportar as atividades que até então se impunha; algumas vezes, a reformulação inclui o uso de espaço de vivência e a relação com os outros seres.

A doença é uma dissolução e também uma regressão. Transforma-se num modo de vida reduzido, mas para o ser vivo não deixa de ser vida nova, que é

caracterizada por novas constantes fisiológicas e por mecanismos para a obtenção de resultados aparentemente inalterados.

A doença, como a saúde, tem suas causas e, considerando-se os seres vivos, não há um cujo estado não seja o que deve ser. Por muito tempo e em muitos lugares, a doença foi considerada como uma possessão por parte de algum ser maligno ou como um castigo imposto por um ser sobrenatural. O patológico não é a ausência de norma biológica; é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida.

O câncer é patológico na medida em que há um crescimento desordenado de células malignas. O colo do útero é revestido de várias camadas de células epiteliais pavimentosas, dispostas de forma ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada. Essa desordenação pode ocorrer nas camadas mais basais do epitélio estratificado (Neoplasia Intra-epitelial Cervical – NIC I); a desordenação pode avançar até três quartos de espessura do epitélio (NIC II); ou, o desarranjo pode ser observado em todas as camadas (NIC III). Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, tem-se o carcinoma invasor, conforme classificação utilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, essa desordenação das camadas de células epiteliais vai constituir uma norma biológica diferente. Sandra, além do câncer do colo do útero, tem também um câncer de reto. Usa bolsa de colostomia. Não se conforma e não aceita essa situação.

-Eles falam tanta coisa. Mas daí, eu fiquei mais assim porque minha irmã falou com médico e o médico falou para ela o que eu tenho e daí eu acreditei. Mas se não fosse isso, eu estava até agora naquela mente; ele falou que não era nada canceroso, mas... não é grave. No começo, eu só pensava que não tem mais jeito de nada, decerto é outro já [outro câncer] que está aí; e, só ficam me enganando, o que que tem, apesar de que ir a gente vai [falava da morte], não adianta; mas pelo menos você sabe. Sempre diziam para mim lá, os médicos: D Sandra está tudo bem, está tudo bem, está tudo bem. Mas, sempre eu tenho que estar indo, indo... [ao hospital]. É, eu não aceito mesmo, de jeito nenhum. Teve um médico lá que falou assim pro enfermeiro: pois é, tanta gente que acostuma, que nem tá aí, até esquece. ...E eu não acostumo, não aceito e não quero. (Sandra, 53 anos, solteira, um filho, 2º ano 1º grau).

Na primeira metade do século XX, na França, a saúde foi definida como sendo a vida no silêncio dos órgãos “...no estado de saúde não se sentem os

movimentos da vida, todas as funções se realizam em silêncio”.¹⁰ (CANGUILHEM, 2004, p. 50). Esse silêncio dos órgãos dava uma impressão imensamente errônea para alguns autores. Um corpo pode sinalizar que não está são, através de uma dor. Porém, não ter dor não significa necessariamente que o corpo está são.

Ainda para o autor, um indivíduo podia dizer-se saudável observando sua sensação de bem-estar vital, o que não significa que o indivíduo esteja necessariamente saudável.

A saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na descrição das relações sociais.

Se digo que estou bem, interrompo perguntas estereotipadas antes que sejam proferidas. Se digo que estou mal, as pessoas querem saber como e porquê, me perguntam se estou inscrito na Seguridade Social. O interesse por uma falha orgânica individual se transforma eventualmente no interesse pelo pressuposto déficit de uma instituição. (CANGUILHEM, 2004, p. 61, tradução nossa).¹¹

Atualmente a medicina baseia-se na gradual dissociação da doença com o doente, caracterizando-o pela doença, ao invés de identificar uma doença pelos sintomas apresentados por sua vítima.

Para Coelho e Almeida Filho, pode-se distinguir três níveis de saúde:

- 1) a saúde primária – que corresponde ao padrão científico de saúde considerado como universal; implica abertura a eventuais modificações, instituições de novas normas, reajustamento, comunicação simbólica, auto-estima e reconhecimento da realidade;
- 2) a saúde secundária – corresponde ao padrão particular de um dado grupo social, que vai depender do contexto sócio-econômico, político, histórico e cultural, das diferentes sociedades ou das subculturas de uma mesma sociedade;
- 3) a saúde terciária – corresponde à expressão singular das novas normas instituídas pelo indivíduo, ou seja, a saúde não se reduz a um discurso

¹⁰ “... en el estado de salud no se sienten los movimientos de la vida, todas las funciones se realizan en silencio.” (CANGUILHEM, 2004, p. 50).

¹¹ “Si digo que estoy bien, atajo preguntas estereotipadas antes de que se lãs profiera. Si digo que estoy mal, la gente quiere saber cómo y por qué, se pregunta o me pregunta si estoy inscripto en la eguridad social. El interés por una falla orgánica individual se transforma eventualmente en interés por el déficit presupuestario de una institución.” (CANGUILHEM, 2004, p. 61).

normativo impositivo, mas, supõe a possibilidade de normatividade pelo indivíduo (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2003, p. 106).

A saúde assim colocada tanto pode ser estabelecida pelo conhecimento científico universal, pelo conhecimento de um dado grupo social, quanto pelo conhecimento particular de um indivíduo. Sendo assim, a relação saúde/doença tem uma característica singular que transcende o estritamente particular, assim como transcende o contexto social, econômico, histórico e cultural.

O conceito de saúde desses autores que inclui a relação com outras pessoas e o contexto social, econômico e político, de certa forma se contrapõe ao conceito de Canguilhem, que define a saúde e a doença a partir do referencial individual, do que a própria pessoa estabelece como saúde.

Observamos, durante a pesquisa, que não havia preocupação do serviço de saúde em relação ao doente, ou ao portador da doença. Havia uma grande preocupação em cumprir todos os requisitos exigidos pelo serviço: comparecer à consulta agendada, fazer os exames solicitados, fazer a cirurgia indicada, fazer a radioterapia, quimioterapia, etc. Muitas mulheres entrevistadas encontravam-se abaladas com a nova situação em sua vida, com a nova norma estabelecida pela doença. Não entendiam por que apresentavam alguns sintomas que relatavam ser decorrentes da radioterapia ou quimioterapia e nem tampouco o que fazer com a manifestação deles. As mulheres não são tratadas como sujeitos de sua doença. Os serviços de saúde contribuem cada vez mais para desindividualizar a doença.

Assim, diagnosticar um câncer do colo do útero é diagnosticar um tumor, é tratar de um tumor num determinado órgão do corpo. A mulher é o veículo que carrega esse órgão lesado. O que acontece com essa mulher diante de uma doença considerada grave?

4. 2. O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES

Como se pode observar, o sistema público de saúde hoje no Brasil está baseado no projeto neoliberal que se assenta em três opções fundamentais: a privatização, a descentralização e a focalização, como já explicitado no capítulo 2.

Está voltado para atender a parcela da população de menor poder aquisitivo, ainda que tenha como princípio constitucional a universalização do acesso aos serviços.

A chamada "universalização excludente" excluiu desse sistema os segmentos médios, que até meados dos anos 70-80 vinham sendo atendidos, prioritariamente, pelo serviço público de saúde, gerenciado pela Previdência Social. Essa exclusão foi impulsionada pela má qualidade dos serviços públicos de saúde. Essa parcela da população, na década de 80-90, migrou para a assistência suplementar (planos de saúde, seguros e cooperativas). O paradoxo do sistema público de saúde é que, teoricamente, ele está disponibilizado para toda população, mas, na prática, atende em maioria a população mais pobre que não tem recursos financeiros para custear atendimento através da assistência suplementar.

Em linhas gerais, pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde em Curitiba funciona também dessa forma. Apesar de ter uma boa organização de serviços, com a descentralização e hierarquização, não tem disponibilidade de atendimento para toda a população do município, reproduzindo dessa forma o sistema público do país como um todo. Verifica-se também, através das políticas públicas para controle do câncer, todas as dificuldades que foram vencidas para que o controle do câncer fosse assumido como um problema de saúde pública e, conseqüentemente, de responsabilidade do Estado.

Atualmente, o INCA é reconhecido nacionalmente como a instituição que define as diretrizes e normas de funcionamento e de custeio de ações e equipamentos para o controle da doença, assim como investimentos no ensino e pesquisas sobre o câncer. Quando o INCA, ou qualquer outra instituição pública, elabora um programa para ser desenvolvido e executado nas esferas do sistema público de saúde, esse programa, sem dúvida, vai estar contaminado pelos aspectos que caracterizam o projeto neoliberal.

O Programa VIVA MULHER explicita os fatores de risco do câncer do colo do útero e a magnitude do risco como sendo: infecção por Vírus Papiloma Humano (HPV), baixo nível sócio-econômico, multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce da vida sexual ativa, fumo, paridade, uso de contraceptivo oral e baixa ingestão de vitaminas A e C. (BRASIL, 2000).

No entanto, o programa não trabalha esses aspectos na prevenção primária. Tome-se, como exemplo, o fato de se relacionar a causa do câncer do colo do útero ao HPV com a multiplicidade de parceiros. Não se vê nenhuma providência no

sentido de alertar essas mulheres para os cuidados que devem ter. Essas orientações ou cuidados poderiam ser veiculados ou integrados às campanhas de prevenção da AIDS, por exemplo.

O Programa VIVA MULHER baseia sua intervenção no método de rastreamento da doença. Quando estabelece a implantação do exame citopatológico (Papanicolaou), ou popularmente conhecido como exame "preventivo" na rede de serviços de saúde, há que se entender que o exame não é preventivo no sentido de prevenir a doença, mas no sentido de detectar a doença em níveis iniciais – o que a torna passível de ser tratada e em muitos casos curada, prevenindo ou evitando a morte por essa doença.

Existem alguns equívocos quando se fala de prevenção. O primeiro deles é quando se opõe prevenção a tratamento como se fosse uma oposição recíproca. O segundo quando se afirma o valor prático da prevenção, negando-o nos fatos, ou seja, na destinação de recursos financeiros para a prevenção, na preferência dos cidadãos que pedem hospitais ao invés de investimento em atividades preventivas. Para Berlinger, existem dois campos de objetivos diversos para prevenção:

- a) prevenção primária e a promoção da saúde: propõe-se a evitar conjuntamente o surgimento das doenças e a melhoria das condições psicofísicas dos indivíduos que vivem numa comunidade. Esses tipos de prevenção tendem a mobilizar as capacidades preventivas que são fruto de conquistas realizadas em outros campos: a difusão da instrução, a humanização do trabalho, a melhoria da nutrição, das habitações e da vida urbana, o espírito de convivência e a solidariedade entre os cidadãos. Tais recursos indiretos contribuem decisivamente para a melhoria da saúde: seja porque conseguem mudar as condições objetivas da existência, seja porque desenvolvem conhecimentos nos indivíduos e estimulam a ações que não obrigam, mas favorecem a livre adoção de comportamentos mais saudáveis;
- b) medicina preventiva e a prevenção secundária: são atividades específicas da medicina, isto é, serviços voltados à pessoas com a finalidade de diagnosticar e tratar as doenças na fase sintomática e portanto inicial, para impedir seu avanço ou diminuir o dano. (BERLINGER, 1996, p. 106).

Pelos conceitos de prevenção explicitados, observa-se que o Programa VIVA MULHER trabalha com a prevenção secundária, ou seja, com a possibilidade de identificar a doença em níveis iniciais que possa ser tratada e curada.

Outro privilégio da prevenção é que ela é universal, ou seja, os custos com a prevenção atingem a todos os indivíduos, enquanto os custos referentes a tratamento são destinados apenas a alguns indivíduos, o que evidencia uma

desigualdade. Somente as ações de prevenção têm como característica intrínseca a igualdade de todos os cidadãos nessa área.

Um dos privilégios para prevenção é poder intervir a fim de evitar um mal maior. Isso favorece a autonomia e a liberdade dos indivíduos e as condições psicofísicas adequadas. A saúde também favorece a capacidade de livre escolha do cidadão e de participar amplamente da vida comunitária.

Para Canguilhem, a saúde é o reconhecimento da verdade do corpo no sentido ontológico e deve admitir a presença da verdade no sentido lógico ou seja, da ciência.

Indubitavelmente, o corpo vivo não é um objeto, mas para o homem viver é também conhecer. Eu estou saudável na medida que me sinto capaz de carregar a responsabilidade de meus atos, de levar coisas à existência e de criar entre as coisas relações que não seriam alcançadas sem mim, mas que não seriam o que são sem elas. E, portanto, me é necessário aprender a conhecer o que elas são, para poder mudá-las. (CANGUILHEM, 2004, p.67, tradução nossa).¹²

Para algumas mulheres entrevistadas a saúde se contrapõe à doença e está diretamente relacionada ao atendimento médico ou a sua necessidade de ir à Unidade de Saúde.

-Eu, quando não me sinto bem, eu vou ao médico. Vou ao médico e daí eu já faço toda a minha consulta. Daí quando ele diz para mim assim que tem de fazer isso, fazer aquilo, procurar outro recurso mais, daí eu vou. Eu tomo tudo direitinho os remédios que passou. Porque agora, três anos, vai fazer quatro anos, que eu me senti mal e eu fiquei pensando: mas como pode? Quinze anos, que tinha parado tudo a minha menstruação, daí lá um belo dia começou a voltar outra vez. (Jussara, 68 anos, casada, onze filhos, analfabeta).

- Quando eu soube que estava assim, eu procurei um médico; quando eu já estava com esse problema, que eu já fui operada, eu já tirei o útero. (Fernanda, 52 anos, casada, quatro filhos. 1ª série 1º grau).

- Ah, é muito difícil eu ir no médico. Eu tenho pavor de médico, pra mim ir em médico é só assim em último caso, daí eu vou, mas enquanto eu tiver agüentando, eu não vou. (Yasmim, 45 anos, divorciada, três filhos solteiros, 6ª série 1º grau).

Outras mulheres entrevistadas foram relacionando a saúde com o fato de fazerem o exame preventivo, tomar medicação e acatar todas as ordens médicas.

¹² Indudablemente, el cuerpo vivido atajo preguntas estereotipadas antes de que se lãs profiera. Si digo que estoy mal, la gente quiere saber cómo y por qué, se pregunta o me pregunta si estoy inscripto en la eguridad social. El interés por una falla orgánica individual se transforma eventualmente en interés por el déficit presupuestario de una institución. (CANGUILHEM, 2004, p. 61).

- ...eu vou no Posto, faço o exame preventivo; o último exame eu demorei dois anos para fazer. Daí eu fiz deu problema. Eles já encaminharam lá pro hospital é, Hospital das Clínicas, eu estou me tratando lá agora, vou fazer uma cirurgia dia 15 do mês que vem. (Neide, 48 anos, casada, três filhos, 6ª série 1º grau).

- Eu cuido de minha saúde tomando os remédios que o médico me dá, às vezes tem remédio que eu pego lá no hospital, tem outros aqui, assim é a saúde, eu acompanho, o médico me dá a receita. (Taís, 64 anos, viúva, mora com companheiro, analfabeta).

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 Unidades de Saúde podem realizar a coleta do material para o exame citopatológico 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.

Observamos durante a pesquisa que nas Unidades de Saúde há uma caixa ou uma gaveta no balcão de atendimento, identificadas como contendo o resultado dos exames. As mulheres solicitam os resultados no balcão de atendimento. Quando o resultado dá alterado, ou seja, quando é diagnosticada a existência de um carcinoma ou adenocarcinoma, as mulheres relatam que são chamadas na Unidade de Saúde ou então o agente comunitário de saúde vai até sua casa, com consulta já agendada para a Unidade de Saúde da Mulher (nível secundário) ou Hospital (nível terciário).

- Eles antes punham uma faixa lá, campanha do preventivo, todo o ano. A gente aproveita aquela campanha. Inclusive, quando deu um probleminha de um vírus diferente foi elas [ACS] que vieram aqui, me trazer a consulta já marcada, para eu ir pro Hospital das Clínicas. (Hilária, 68 anos, casada, dois filhos, analfabeta).

-Quem veio atrás de mim acho que foi o agente comunitário na época, eu não me lembro bem, que marcaram uma consulta para mim, mas quem falou da real foi o médico. (Márcia, 43 anos, solteira, uma filha e uma neta 4ª série 1º grau).

- As meninas [ACS] trouxeram pra mim aqui, acho que não era a Rosali, nem lembro quem; eram as meninas que trouxeram o exame aqui e a enfermeira da minha área mandou me chamar lá; eu fui lá [na US] e consultei com ela, daí ela me explicou que tinha alteração e tinha que me encaminhar pra um outro lugar. (Tatiana, 35 anos, casada, três filhos, 2º grau completo.)

Algumas mulheres que fazem o exame preventivo no Hospital Erasto Gaertner como parte do tratamento/acompanhamento, relataram que recebem o resultado do exame em casa, pelo Correio.

- Para o médico, não, porque a gente faz o preventivo, eles mandam para gente, sabe, o exame em casa. Então ali está normal, porque quando tem alguma coisa, eles não mandam; ligam e mandam a gente comparecer.” (Eleonora, 44 anos, viúva, três filhos, desempregada, 5ª série 1º grau).

Não há dúvidas que essa maneira de receber o resultado, seja no balcão da Unidade de Saúde, seja pelo Correio, ainda que seja negativo para qualquer alteração, traduz uma impessoalidade e uma falta de acolhimento no atendimento. Qualquer dúvida que a mulher tenha em relação a seu resultado no momento do recebimento do exame, não tem como saná-la. Muitas vezes a mulher não sabe fazer a leitura do resultado do exame.

- Eu faço exame de sangue, faço preventivo, faço tudo lá. E além de fazer lá, faço sempre no Posto então de mês em mês praticamente eu faço o preventivo no Posto. Até o pessoal diz: Márcia para que tanto preventivo? Mas eu tenho que me prevenir... até porque se ele disser para mim alguma coisa, o resultado está, eu faço lá. Mas a minha ansiedade de querer fazer mais preventivo, porque eu fico assim seis meses sem ir lá, e daí eu vou ficar seis meses sem fazer preventivo? Eu já fico agoniada, porque daí eu não sei, então eu já fico agoniada. Ah, se eu puder faço todo mês. Já virou um negócio, eu tenho que fazer preventivo todo mês. (Márcia, 43 anos, solteira, uma filha e uma neta 4ª série 1º grau).

Márcia às vezes confundia as informações. Perguntamos-lhe se na Unidade de Saúde faziam o preventivo todo mês para ela. Disse: *“De vez em quando sim, mas de vez em quando não”*. (Márcia, 43 anos, solteira, uma filha e uma neta 4ª série 1º grau).

Quando fomos entrevistar Bianca, ao chegarmos a sua casa, sua mãe informou que estava acamada. Bianca é solteira. Ao entrarmos na sala de sua casa, havia duas camas. Bianca estava em uma delas. Antes de entrarmos, a funcionária da Unidade de Saúde que estava junto, discretamente nos informou que Bianca havia feito uma colostomia, mas não sabia dar muitos detalhes. Bianca não era acompanhada pela Unidade de Saúde, procurou por si só o atendimento hospitalar, não foi referenciada pela Unidade. Bianca tinha um câncer no reto e após esse, adquiriu o câncer do colo do útero.

- Era no canal do reto. Foi operado, tudo, foi tirado, mais ainda continuo com problema, porque atacou a parte muscular, atacou um monte de parte; tanto

é que deu outro câncer de útero, também. Quando fui pegar o resultado, do câncer, em fevereiro, acho que quase final de março, fui ali [na Unidade de Saúde], o José pegou o resultado do exame e falou para mim: oh, está tudo bem com você, pode ir pra casa tranquila. Abri o exame para ver: - tudo bem? Essa palavra que já conheço: carcinoma, está lá, invasivo... É, está tudo bem, é mais um câncer. (Bianca, 43 anos, solteira, sem filhos, 1º grau completo).

Perguntamos a Bianca quem era o José?

- É aquele que trabalha aqui no Posto, um grandão. Eu falei: - está tudo bem, eu já conheço essa palavra. Quer dizer, é uma pessoa que não está preparada pra dar um resultado. Até mesmo quem mandou exame lá, o laudo final do laboratório, já devia ser encaminhado com urgência, porque era um exame de emergência. Não, mas, mandaram e ficou ali ficou, ficou, ficou, passado dias, muitos dias. É, aí levei lá para o meu médico. (Bianca, 43 anos, solteira, sem filhos, 1º grau completo).

A inadequação do atendimento por parte do funcionário está explícita no relato de Bianca. Ela mesma reconhece que o funcionário não está preparado para a função que desempenha. Essa atitude vai contra qualquer princípio de humanização no atendimento.

A realização do exame preventivo fica na responsabilidade das mulheres. Se elas não freqüentam a Unidade de Saúde, que aproveita sua presença para mobilizá-la para fazer o preventivo, a realização do exame pode cair no esquecimento. Um exemplo disso é Nazaré, que não costumava fazer o exame preventivo como rotina, justificando-se que tem muitos afazeres domésticos e não tem tempo para se cuidar.

- Aí que eu parei mais por causa da luta, sempre tinha muito de fazer, cuidei da minha sogra, de manhã não podia, depois que ela faleceu fiquei cuidando de fazer salgadinhos. O ano passado eu fazia salgadinhos, que meu filho tinha uma lanchonete no Ceasa. Daí eu era mais ocupada na parte da manhã da eu tentava sair hoje para ir amanhã. Depois eu passei aqui, e meu menino vendeu a lanchonete e daí que eu passei a me cuidar novamente, porque antes eu tinha feito e tinha dado bom.” (Nazaré, 65 anos, casada, dez filhos, 22 netos, cinco bisnetos, 1ª série 1º grau).

Depois de ficar muitos anos sem fazer o exame, fez três vezes seguidas. Relatou que a coleta do material foi insatisfatória em duas vezes. A insatisfatoriedade da coleta pode estar vinculada à coleta do material propriamente dito, ou seja, à manipulação da espátula ou escova que têm movimentos específicos, ou com a forma de distribuir os materiais na lâmina, ou com a forma de fixar o material na lâmina, ou, ainda, outro procedimento.

- *É, fiz a primeira vez, o laboratório pediu outro porque não foi satisfatório. Fiz pela segunda vez e não foi satisfatório. Daí, na terceira foi que foi feito satisfatório, mas daí estava a Dra. Ana Maria não era mais a Valdete. A Valdete tinha pedido para mim o exame que saiu depois que já tinha feito a cirurgia, a primeira cirurgia. (Nazaré, 65 anos, casada, dez filhos, 22 netos, cinco bisnetos, 1ª série 1º grau).*

Neide também relata ter deixado de fazer o exame num período de dois anos.

- *É, vai deixando. Passa, hoje eu faço, amanhã eu faço e passa o tempo. Mas agora, agora que eu vi. Eu não aconselho ninguém ficar sem fazer, porque você vê, dentro de dois anos que eu fiquei, já deu problema, já pensou? Está certo, eu fiz o ano passado, não tem problema nenhum, vamos deixar. É onde, às vezes, acontece essas coisas. Agora eu vi que não dá. Tem que fazer todo ano. Se tivesse feito, talvez, todo ano, não estaria assim. Agora tem que estar correndo para lá, para cá, colher sangue, tem um monte de exame. (Neide, 48 anos, casada, três filhos, 6ª série 1º grau).*

Pode-se observar, em alguns casos, que a realização do exame preventivo é uma demanda das mulheres. O exame é realizado porque elas procuram a Unidade. Observa-se também que a frequência do exame nem sempre é anual. Em algumas situações, as mulheres adiam o exame ficando dois anos ou mais sem fazê-lo. As mulheres entrevistadas não relataram terem recebido orientações quanto à periodicidade da realização do exame citopatológico (após dois exames negativos, o exame é repetido após três anos), o que leva a crer que o próprio serviço não faz esse controle, podendo as mulheres realizarem o exame anualmente ou a seu critério.

A origem do adiamento dos exames pode ter várias causas: a vergonha de a mulher expor seu corpo, desconforto para a realização do exame devido às condições do local onde é feito e devido ao fato de ser um procedimento invasivo, não conscientização da mulher sobre a importância do exame, falta de controle da Unidade de Saúde através de prontuário ou outro instrumento, dificuldade no relacionamento com a equipe de saúde da Unidade, fato que vamos abordar de forma mais específica a seguir.

4. 3. A RELAÇÃO ENTRE AS MULHERES DOENTES E A EQUIPE DE SAÚDE

A relação entre doente e equipe de saúde, seja ela positiva ou negativa, é uma relação de interação. Vamos utilizar aqui a expressão equipe de saúde para nos

referir a qualquer profissional da Unidade de Saúde ou Hospital; pois o doente do serviço público de saúde não tem uma relação exclusiva médico-paciente, uma vez que é atendido por outros profissionais também (enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde). Portanto, o doente não se relaciona só com o médico e, algumas vezes, nem com o médico.

O médico é o representante legítimo do conhecimento sobre a saúde e a doença, ou melhor, sobre a ciência médica – é o único com direito a praticar a medicina, o único representante da legalidade médica. O serviço público de saúde, seja através da Unidade de Saúde ou através do hospital, coloca intermediários entre o médico e o doente e/ou sua família, limitando e regulando esse contato médico-doente-família. Isso “aumenta a solidão e a ansiedade dos membros das classes baixas frente à doença e à medicina” (BOLTANSKI, 2004, p.37).

Além disso, existe uma barreira lingüística que separa o médico do doente - aqui considerado o doente do sistema público de saúde, que geralmente está vinculado a segmentos sociais menos escolarizados. O vocabulário especializado do médico redobra a distância que separa a linguagem de quem tem um grande capital cultural (o médico) da linguagem de quem tem um pequeno capital cultural (o doente).

As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam ‘bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado’. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está, portanto, em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados. (BOLTANSKI, 2004, pág. 38)

A equipe de saúde, representada pelo profissional de saúde que atende ao doente, representa para este a instituição saúde. Isso reforça a posição de poder do profissional e, conseqüentemente, de dominação, pois tem um nível de conhecimento sobre o funcionamento e a organização do serviço de saúde que o doente, de maneira geral, não tem.

Para Costa e Aquino, a partir da privatização da assistência médica nos anos 70, instituiu-se uma lógica perversa no setor onde a relação médico-paciente agravou-se.

Observa-se assim uma clara deteriorização das relações entre profissionais de saúde e usuários, particularmente no que concerne à relação médico-paciente, com grande comprometimento da prática médica, tanto nos seus aspectos técnicos como humanos, em especial a exercida no setor público. (COSTA e AQUINO, 2000, p. 183).

Para Simmel (1983), de um modo geral nenhum indivíduo deseja que sua influência determine por completo outro indivíduo. É desejável que essa influência, essa determinação do outro, atue de volta sobre o próprio sujeito. Nesse sentido, mesmo uma vontade de dominar abstrata é um caso de interação. Essa vontade de dominar baseia-se no fato de que a ação ou sofrimento do outro, sua condição positiva ou negativa, se oferece ao dominador como produto de sua vontade. Mas esse desejo de dominação não representa um caso extremo de falta de consideração egoísta.

Indubitavelmente, o desejo de dominação se propõe a quebrar a resistência interna do subjugado (enquanto o egoísmo usualmente pretende apenas a vitória sobre sua resistência externa). Ainda assim, mesmo no desejo de dominação existe algum interesse pela outra pessoa que, por isso, constitui um valor. Só quando o egoísmo não se importa nem mesmo com o desejo de dominação; só quando o outro é absolutamente indiferente e um simples meio para finalidades que estão além dele, é que foi eliminada a última sombra de qualquer processo de sociação. (SIMMEL, 1983, pág. 107).

Para Bourdieu, as inúmeras relações de dominação/submissão que diferem em sua forma, segundo sua posição no espaço social dos agentes envolvidos, têm como base e como princípio a estrutura da dominação masculina. A força da ordem masculina dispensa justificção:

...a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem a legitimá-la. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica que tende a ratificar a dominação masculina sobre a qual se alicerça. (BOURDIEU, 2005, p. 18)

A visão masculina domina tanto os homens quanto as mulheres que têm diferenças que são socialmente construídas e são tidas como se fossem naturais, evidentes e dessa forma são legitimadas. A dominação masculina encontra todas as condições favoráveis necessárias para o seu pleno desenvolvimento. A preferência universalmente concedida aos homens se afirma “na objetividade das estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e reprodução biológica e social que confere aos homens a melhor parte...” (BOURDIEU, 2005, p. 45).

Assim como a dominação masculina, a submissão feminina é universal. A permanência da mulher na família afastada da produção social e a sua capacidade de reprodução biológica contribuem para sua subordinação social desde tempos remotos. A dominação masculina e a opressão feminina não são partes da natureza, mas são resultados de certas condições históricas, sociais e culturais. Por isso, a dominação masculina não é um ato da vontade masculina, mas um efeito de certas condições estruturais, cujos determinantes independem da vontade ou da consciência dos homens e eles também são dominados por essa estrutura de dominação.

No campo da saúde também se pode observar essa relação de dominação-submissão em função das diferenças de gênero. Vejamos o relato de Bárbara:

-Aí foi colhido ali [referindo-se à coleta de material para o preventivo na Unidade de Saúde]. Eu fiz exame de sangue e aí mandaram para o laboratório. Quando vieram os exames no Posto, o resultado, aí vieram me chamar aqui. Vieram me chamar, que a chefe lá estava me chamando. Aí me ajitei, me aprontei e subi pra lá. Cheguei lá, a moça pega e me tranca dentro dum... me chamou numa salinha lá e me trancou dentro de uma salinha lá. Era a chefe das enfermeiras, eu mesma não sei o nome dela. Eu sei que é a chefe das enfermeiras. Me trancou lá dentro, me falou assim...aí ela me falou meio assim, meio de supetão, sabe:

- Oi, a senhora está com câncer, o seu exame deu ruim e deu ciclo dois. A senhora está bem adiantada e nós vamos mandar a senhora lá pro Erasto Gaertner. Nós aqui não fazemos nada, e a senhora está com câncer e está muito adiantado.

Disse na lata, assim de supetão. Menina do céu, aquilo desabou em cima de mim. E eu ali, eu já estava morrendo. Eu destampeei a chorar e que me deu aquela crise de nervos, e eu destampeei a chorar, chorar, chorar, chorar, chorar, que eu soluçava igual a uma criança, sabe. (Bárbara, 63 anos, divorciada, oito filhos, 20 netos, sete bisnetos, 3º ano 1º grau).

É interessante observar nesse relato a reciprocidade que existe nessa relação de dominação-subordinação. O doente e o profissional invertem seus papéis no decorrer da interação. Bárbara, que supostamente estaria subordinada ao profissional de saúde, com a notícia sobre sua doença acaba dominando a situação e o profissional de saúde fica subordinado ao seu sofrimento e a sua condição, naquele momento do enfrentamento dessa realidade.

Às mulheres geralmente são conferidas características de resignação, aceitação, discricção. Segundo Bourdieu, “as mulheres só podem exercer algum poder voltando contra o forte sua própria força, ou aceitando se apagar, ou pelo menos negar um poder que elas só podem exercer por procuração” (BOURDIEU, 2005, p. 43).

Continuamos com o relato de Bárbara:

E ela me disse: - calma, dona Bárbara, calma. Os outros vão pensar que eu estou batendo na senhora. Calma, mulher, calma.

-E eu que queria saber lá... eu só chorava, sabe. Aí comecei a passar mal. Tão, tão... o choque foi tão forte, sabe, o choque foi tão forte que eu comecei a quere a passar mal.

- Ela disse: - ah, eu vou buscar um chazinho pra senhora.

- Saiu para lá e me trancou lá dentro, me trancou lá dentro e foi buscar um chazinho. Aí quando ela foi lá, que ela saiu, eu me ajoelhei no chão, comecei a orar, e pedi a Deus que eu estava chorando, desesperada. Daí ela entrou de novo, com um copinho na mão, e eu que não queria saber de chá, nada, só chorava.

- Aí ela pegou e disse: - olha eu vou ligar para o seu filho. A senhora está sozinha? Não tem ninguém com a senhora?

- Eu falei: não tem, você sabe que eu moro sozinha, não tem ninguém comigo. (Bárbara, 63 anos, divorciada, oito filhos, 20 netos, sete bisnetos, 3º ano 1º grau).

Nesta Unidade de Saúde, também não foi seguido nenhum princípio de atenção integral à saúde, incluindo-se aí a humanização do atendimento. Os profissionais de saúde deveriam ser capacitados para superarem a assimetria das relações de poder entre eles e os pacientes ou usuários, como são freqüentemente chamados. O que Bárbara vivenciou no momento em que conhecia o diagnóstico de seu exame laboratorial foi um profundo desrespeito da profissional de saúde que lhe deu essa notícia.

...de um lado, as mulheres consideradas e tratadas como despreparadas e ignorantes sobre os assuntos da saúde e, do outro lado, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, como detentores dos segredos da vida e da morte, do corpo, da saúde, da doença. (COSTA e AQUINO, 2000, p.188).

Para Campos (1992), a relação entre o doente e o profissional de saúde é um intercâmbio entre um sujeito potente – que pode ser o médico ou outro profissional de saúde – e um objeto (o doente) supostamente dócil, que se torna ativo, apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem se espera servidão voluntária.

Refiro-me ao fato de que na assistência individual o sujeito que sofre algum tipo de intervenção é quase que sempre tomado como se fosse um objeto inerte passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação, positiva ou negativa às ações do agente que trata da cura. (CAMPOS, 1992, p. 181).

Jussara afirma que, após um ano de sua cirurgia, foi ao hospital e fez o exame preventivo. O resultado foi bom. Seu retorno foi agendado para um ano depois

e, quando retornou ao hospital após esse período, disse que não puderam atendê-la porque estavam “muito ocupados”... reagendando o acompanhamento.

- Quando fez um ano eu fui no hospital, daí ele [o médico] fez, esse exame, ele disse que está tudo bem. Depois no segundo ano, a mesma coisa, tudo bem. Porque ele falou para mim que é de ano em ano. E agora eu fui, agora, então, não pude fazer porque eles estavam muito ocupados. Já está tudo agendado para o mês de junho. Porque você chega lá, eles tratam a gente muito bem, graças a Deus, como tratam a gente bem. Tanto faz os médicos, como enfermeiras, todos eles, a gente não pode reclamar. Mas só que tem de ter uma paciência para esperar, uuhmmm, tem que ter um carro de paciência.(Jussara, 68 anos, casada, onze filhos, analfabeta).

Num relacionamento de subordinação,

...a exclusão de toda e qualquer espontaneidade é efetivamente mais rara do que sugerem certas expressões populares amplamente usadas, tais como ‘coerção’, ‘não ter nenhuma escolha’, ‘absoluta necessidade’, etc. Mesmo nos casos de subordinação mais opressivos e cruéis, ainda existe uma considerável medida de liberdade pessoal. Na relação de dominação subordinação só há destruição da liberdade do subordinado em caso de violação física direta. (SIMMEL, 1983, pg. 108).

Nazaré teve que repetir a coleta do material para o exame citopatológico, pois as duas primeiras coletas não tinham sido satisfatórias. Em seu relato, demonstra que quer que a coleta seja feita pelo médico e não pelas enfermeiras ou auxiliares, o que demonstra sua insatisfação, sua possibilidade de escolha. Nazaré consegue reverter a situação e é a médica quem faz a coleta do material.

- ...Foi o laboratório que pediu, insistindo que não foi satisfatório. Mas depois morreu ali, quase passou um ano, mas ficou parado. Aí eu falei: se for coisa grave eles tornam a ligar; e eu fiquei esperando. Só que quando ligaram, foi próximo mesmo do resultado Aí quando ligou-se a segunda vez eu falei com a Dra. Valdete, eu falei não adianta fazer com as meninas [referindo-se as enfermeiras ou auxiliares de enfermagem]. Era médica antes da Dra. Ana Maria, não adianta ficar com as meninas porque elas dizem que está seco [o colo do útero]. O laboratório não falou que é mal, falou que não foi satisfatório. Então eu queria que fizesse um exame, mas não queria marcar com as meninas mais, porque se tivesse seco, o doutor, ele sabe o que vai fazer, e as meninas estão fazendo serviço delas. ... O colo do útero, se estivesse seco, se elas vissem que estava seco, aí raspavam e sangrava um pouquinho. Daí a Dra. Valdete passou da primeira vez Premarim, e com dez dias voltar, foi essa a segunda vez. Daí quando foi na outra ela falou: então eu vou passar dois Premarim seguidos e você faz e com 20 dias vêm. Só que agora eu não queria fazer com as meninas mais. A doutora não encaminhava para mim? Daí, ela encaminhou e descobriu que o meu exame estava parado, daí ela insistiu, ela ligou aqui que era para mim para estar 9 horas lá, que ela, ela, ia fazer o exame. (Nazaré, 65 anos, casada, dez filhos, 22 netos, cinco bisnetos, 1ª série 1º grau).

No inter-relacionamento devemos sempre considerar a maioria das relações humanas como um intercâmbio; “o intercâmbio é a ação recíproca mais pura e mais elevada das que compõem a vida humana, na medida em que esta há de ganhar substância e conteúdo.”¹³ (SIMMEL, 2002, p.113).

A interação, ou seja, a ação recíproca, que se baseia nas origens pessoais, existe mesmo onde não é freqüentemente notada. Existe inclusive nos casos de superordenação/subordinação, em que, do ponto de vista popular, a coerção de uma das partes priva o outro de espontaneidade e com isso de influência ou contribuição ao processo de interação.

A entrevista de Bianca mostra sua interação com o sistema, ainda que não tenha sido adequadamente atendida ou atendida conforme suas expectativas. Bianca superou as dificuldades encontradas no sistema de saúde. Por si só buscou assistência médica, após sua peregrinação pelos serviços de saúde, procurou o hospital por conta própria sem o encaminhamento adequado da Unidade de Saúde.

- Quando eu estou mais ruinzinha, a gente vai no Posto de Saúde, porque não tem outro jeito. Às vezes, a gente volta para casa. Já aconteceu comigo, descer ali [na US] achando que tava tratando de hemorróida, no tempo do doutor Fábio ali [na US]. Aí, quando chegou na hora, mandou eu... me examinou tudo, me levou na sala, me examinou, me deu uma pomada, mandou passar a pomada e um remedinho; falou que não era nada. Começou a arruinar de novo, voltei lá, me deu outro remédio, não adiantou, voltei lá. Daí quando o negócio se agravou fui lá pro 24 horas, a coisa começou a agravar. Daí tipo atacou a bexiga, atacou o intestino, a coisa foi... fui estufando. Daí fui pro 24 horas... Esse aqui do Sítio Cercado. De noite, saindo do serviço, passando mal no serviço; me levavam lá, ficava lá, três ou quatro horas esperando e a barriga aumentando não sabia o que era, aí quando fui ver, câncer, era câncer. O médico dizendo que não era nada, era só uma fissurazinha. Aí, a coisa foi agravando, o que aconteceu: daí acabei indo lá no Evangélico. Lá pro Evangélico fizeram exame em mim, ficou fazendo exame, ficou fazendo exame, daí a coisa foi, até que acabou descendo e prejudicou mais outros órgãos do meu corpo. Que se eu tivesse ido tratar já no começo como devia de ser encaminhada por um especialista, eu não tinha tido esse problema de agravar. Mas não, especialista é uma dureza pra gente conseguir, não tem. Daí, quando fui ver a coisa ficou pior. Agora tem que estar indo lá no médico, de vez em quando, porque não me deram esperança mais. Vou no médico, estava fazendo quimioterapia, tudo, cortaram... (Bianca, 43 anos, solteira, sem filhos, 1º grau completo).

Em seu relato, Bianca demonstra que não foi atendida adequadamente pelos serviços de saúde: não houve nenhuma preocupação por parte do serviço com atenção integral à saúde dessa mulher. Somado a isso, relata que sua doença é

¹³ “...el intercambio es la acción recíproca más pura y más elevada de las componen la vida humana, en la medida en que ésta ha de ganar sustancia y contenido.” (SIMMEL, 2002, p.113).

irreversível, os médicos já suspenderam o tratamento, pois não há mais o que fazer em relação a esse tratamento. Essa é uma situação que o serviço de saúde deveria tratar de forma muito especial. Bianca, sem dúvida, precisaria estar inserida num serviço de apoio para ajudá-la nesse momento difícil de sua vida. Ela está abandonada pelo serviço de saúde, do ponto de vista do atendimento integral, apesar de manter o vínculo com seu médico.

Para Elias (1994), cada ação que realizamos vai constituir uma cadeia de ações que terão um determinado significado para um ou mais indivíduos. Os indivíduos vivem constantemente numa situação de ligação, numa dependência funcional de outros. Os indivíduos possuem funções interdependentes, seja a do médico, do doente, do mecânico, do político, da mulher casada sem profissão, de um estranho, todas essas funções um indivíduo tem para com o outro ou outros indivíduos. Essas funções criam uma teia que liga os seres humanos uns aos outros.

Só que cada uma destas funções está orientada para outros; é tão dependente do funcionamento desta como esta dela; em virtude desta interdependência não anulável das funções individuais as ações de muitos indivíduos singulares têm de forma continuamente – sobretudo num tipo de sociedade diferenciada como a nossa - longas cadeias de ação para que a ação de cada indivíduo adquira seu sentido. (ELIAS, 1994, p. 34).

É possível pensar essa cadeia no sistema de saúde. A ação de cada profissional de saúde está interligada à ação dos outros profissionais, que está interligada à ação do doente, que está interligada à ação dos seus familiares. Dessa forma, é constituída uma cadeia que vai definir uma estrutura específica. Essa estrutura pode ser um pensamento, um procedimento padrão, um modelo de atenção, uma forma de realizar o tratamento, uma unidade de saúde ou um hospital. Algumas vezes, conclui-se que um profissional que atende bem ou mal tem uma atitude isolada, mas, na verdade, não é uma atitude isolada. Está inter-relacionada com as demais funções de outros indivíduos que convivem na mesma estrutura.

O serviço de saúde é resultado da interdependência dos agentes sociais que o estruturam: do doente, do médico, do enfermeiro, do ACS, da família do doente, da empresa que fabrica o medicamento, do poder público.

As relações de superordenação/dominação desempenham um enorme papel na vida social. É importante ficar bem claro que o sujeito subordinado sempre apresenta espontaneidade e cooperação. Outro componente que aparece nessa relação é a estrutura de autoridade.

A autoridade pode se dar de duas formas:

- a) surge de qualidades da própria pessoa – uma pessoa que tenha importância ou força superior pode adquirir uma grande relevância de suas opiniões, uma fé ou confiança, que tem o caráter de objetividade. Desfruta de credibilidade em suas decisões e opiniões que sobrepuja o valor da mera personalidade subjetiva, que é sempre variável e sujeita a críticas;
- b) quando a autoridade caiu sobre a pessoa – quando um poder supra-individual investe a pessoa de uma reputação, uma dignidade, um poder de decisão final que não fluiria de sua própria individualidade. É quando uma pessoa toma decisões de forma autoritária, com uma certeza e um reconhecimento automáticos. (SIMMEL, 1983).

Bárbara relatou que tentava agendar uma mamografia solicitada pelo médico do Centro de Especialidades. Teve dificuldade em fazer o agendamento por falta de maiores esclarecimentos sobre o funcionamento desse serviço e por falta de um melhor atendimento pelo profissional de saúde. Mais uma vez, a relação dominação/subordinação fica claramente expressa; fica também clara a forma como a autoridade, o profissional de saúde se manifesta na relação.

- Só que ela me falou assim: a senhora vai no Posto de Saúde, na Unidade de Saúde, que é pra fazer seu exame. Tudo bem, eu falei, obrigada. Aí, cedo levantei, era sete e meia, levantei, me ajeitei, tudo e subi para o Posto. Aí, no que eu subi para o Posto, a moça falou assim: não, é com a mocinha, lá que marca consulta, tem que ver com ela. Fui na outra sala, esqueço o nome da moça, uma meio gordinha. Fui lá e falei com ela e nesse intervalo já estava dando sete e meia da manhã. Aí ela pegou papel, olhou e falou: sete meia já, dona Bárbara? A senhora já perdeu a consulta. Eu falei: mas está marcado sete e meia, faz hora já que eu estou aqui. E a moça me mandou aqui na sua sala. Aí ela falou: dona Bárbara será que a senhora é tão burra, assim? Ela me maltratou, sabe. É, aquela que marca, aquela que fica num computador lá numquinho, lá na salinha, que marca os encaminhamentos, eu esqueço nome dela. Aí ela falou assim:

- Será que a senhora é tão burra assim, que a senhora não leu? Que é lá no centro? Eu falei: a dona Albertina [agente comunitária] mandou eu vir aqui na Unidade de Saúde, aqui no Posto, o único lugar que eu venho, é aqui.

- Mas a senhora é tão burra que a senhora não leu, todo papel que a gente pega a gente tem a obrigação de ler. Um filho teu tem obrigação de ler.

- Olha, já que você está sabendo do meu problema, estou lá no Erasto Gaertner, já me mandaram pra lá, então não custa você bater um papel aí, no computador, pedir uma mamografia, me encaminhando lá pro Erasto, que aí eu faço lá mesmo, já estou lá, aí eu faço lá. Aí ela falou:

- Não, não, agora a senhora vai ter que marcar outra mamografia, outro dia. E já pegou aquele papel e jogou no lixo. E eu peguei aquele outro papel e falei: Está tudo bem. Fiz assim no meu peito [falou passando a mão nos seios], falei: ah, eu não sinto nada na minhas tetos, mesmo. Peguei o papel e... [mostrou com a mão que rasgou]. Rasguei, de raiva que eu tinha. Por que ela me chamou de burra. Eu fiquei revoltada mesmo. Rasguei, saí da salinha

e vim embora. Quando chego aqui em baixo, encontro essa mesma mulher, a dona Albertina [ACS]:

- Mulher... não tinha consulta, hoje? Ela disse.

-Aí, contei para ela. Contei para ela, aí ela falou assim:

- Dona Bárbara, a senhora vai lá e conversa com a chefe, aquela senhora magra, alta, meio idosa, não é muito nova, não, mas também não é novinha. A senhora vai e conversa com ela que ela é a chefe do Posto.

Eu falei: Está bom. Voltei dali, já voltei para trás. Passei lá no lixeiro, onde eu tinha jogado os papelzinho rasgado, catei tudo os papel de novo, e fui lá. Eu falei: eu quero falar com a chefe do Posto. Aí me mostraram onde ela estava e eu entrei. Aí ela falou: - Pois não, pode falar.

-Aí eu falei assim: olha eu quero fazer uma reclamação, eu quero fazer uma reclamação por ser mal atendida e maltratada, falei para mulher. Ela falou:

-Mas por quê? O que foi?

Aí falei assim: - olha, está se passando assim, assim, assim, por causa de exame e ela não soube me explicar, a dona Albertina mandou eu vir aqui, o único Posto que eu venho é aqui. Se teve mau entendimento, então não souberam também explicar certinho. Eu falei, agora essa chega aqui, essa gorda que está aí. Aí eu maltratei também, sabe. Não vou atrás não, porque aí eu maltratei também. Falei assim: que se ela me chamou de burra, me chamou de burra porque eu não sei ler, eu sou burra porque eu não sei ler, ela é uma cavala que está atrás do computador. Então a senhora faça o favor de dar um chega pra lá nela, de dar um chega pra lá naquela gorda que está atrás de um computador, lá, porque ela é uma cavala. Se eu sou burra ela é cavala. Que não é assim que se trata uma pessoa, que a pessoa vem aqui porque está precisando. Precisa fazer o exame e ela maltratar a pessoa desse jeito. E depois outra, pela minha idade que ela serve de neta para mim. Ela falou:

- Não, então está bom, dona, está bom dona Bárbara, está bom, eu vou encaminhar, vou pedir outro lá pro CRE [Centro Regional de Especialidades]. Ela pegou os papelzinhos e foi juntando.

- Eu vou pedir lá pro CRE outra via para senhora, outra consulta, de mamografial.

Eu falei: tudo bem, está bom, e até hoje não saiu. Está com quase dois meses já... mas foi marcado lá no computador. Mas aviso para mim aqui, até agora, não. Aí eu fiquei revoltada. Eu fiquei revoltada porque os modos dessa moça... [falando da maneira como a moça a tratou]. Aí depois disso, a gente conversa com uma pessoa, conversa com outra, e eu fiquei sabendo que eu não fui a primeira. Que essa mulher, essa gordinha, maltrata, e eu não fui a primeira. Já várias pessoas... que ela é muito malcriada, muito bruta. (Bárbara, 63 anos, divorciada, oito filhos, 20 netos, sete bisnetos, 3º ano 1º grau).

Pela segunda vez, Bárbara relata ter sido mal atendida na Unidade de Saúde. A primeira vez foi quando lhe informaram que tinha um câncer e agora por estar tentando reagendar seu exame de mamografia. Está claro em seu relato o quanto desrespeitoso foi o atendimento do profissional de saúde. Provavelmente, Bárbara desconhece a questão do controle social e poderia ter procurado o representante da comunidade no conselho local de saúde e ter denunciado essas situações que vivenciou na Unidade de Saúde. Esse relato tem uma característica interessante, pois Bárbara é mal atendida por uma mulher que também deve ser

oprimida em sua situação de vida, mas que reproduz a estrutura de dominação masculina.

Embora as mulheres representem a maioria dos que prestam e utilizam serviços de saúde, as relações sociais, tanto no interior da equipe de saúde, como entre profissionais e usuários, são pontuados pelo poder masculino e pela ideologia de gênero. Na condição de coadjuvantes, as mulheres que integram a equipe de assistência incorporam práticas e posturas profissionais 'duras', discriminadoras e não solidárias, o que resulta em uma modalidade de atendimento frio e sem acolhimento no sentido humanitário (COSTA e AQUINO, 2000, p.195).

Uma outra forma de analisar esta relação de dominação/submissão é através do que Bourdieu chama de violência simbólica, em que a submissão do dominado à estrutura de dominação parecer ser uma questão natural.

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar em sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes (elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro etc.) resultam da incorporação de classificações assim naturalizadas, de que seu ser social é produto. (BOURDIEU, 2005, p. 47).

É interessante observar como o sistema de saúde investe os profissionais de autoridade, em alguns momentos, independente da posição hierárquica que ocupe. O chefe da Unidade de Saúde tem uma autoridade instituída, isto é reforçado em sua designação como "autoridade sanitária", que pode ou não coincidir com uma autoridade originada em qualidades pessoais. O médico tem uma autoridade legítima conferida pela instituição de ensino na qual obteve seu diploma e pelo imaginário social que o sanciona. O agente comunitário de saúde tem uma autoridade que lhe é conferida pelo setor saúde, ao chegar na casa do doente representando a Unidade de Saúde está exercendo esta autoridade.

Para Nazaré, a autoridade do médico, em quem deposita a confiança de seu tratamento, confunde-se com a autoridade mágica, de Deus.

- *Inclusive minha filha falou: mas porque que não pediu [referindo-se ao médico] mais exames agora, até lá, até seis meses. Eu falei: não, mas eles são autoridade, estão falando, tem responsabilidade. E eu tenho resposta de Deus também. E eu falei, a única coisa que tenho na mão de autoridade é do doutor, que o pedido estava marcado pelos médicos. Eu pedi para ela [a médica da Unidade] marcar e até agora não marcou, quando vi, ela me exigiu: D Nazaré, é caso sério, a senhora tem que fazer esse tratamento. Aí*

eu falei tudo foi por Deus.(Nazaré, 65 anos, casada, dez filhos, 22 netos, cinco bisnetos, 1ª série 1º grau).

É nesse ponto de transição e mudança da autoridade da situação pessoal à situação autoritária é que entra em cena a fé mais ou menos voluntária da pessoa sujeita à autoridade, o que agrega um valor a mais a essa autoridade.

Aquele que acredita na autoridade realiza, ele mesmo, a transformação. O elemento subordinado participa de um evento sociológico que exige sua cooperação voluntária. Na realidade a própria sensação de 'opressão' sugere que a autonomia da parte subordinada, é na verdade pressuposta e nunca inteiramente eliminada. (SIMMEL, 1983, p. 110)

Uma outra nuance da superioridade, diferente da autoridade, é o prestígio que carece da identificação da personalidade com um poder ou normas objetivas. O prestígio é inteiramente determinado pela força do indivíduo. O prestígio origina-se na pura personalidade; a autoridade origina-se na objetividade das forças e das normas.

A superioridade por meio do prestígio consiste na habilidade de 'arrastar' indivíduos e massas e fazer deles seguidores incondicionais. A autoridade não tem essa habilidade na mesma medida. O caráter mais elevado, mais frio e normativo da autoridade é mais apto a deixar espaço para a crítica, mesmo por parte de seus seguidores. (SIMMEL, 1983, p.110).

No que se refere aos sentimentos dos liderados, pode-se observar que diante da autoridade há uma condição indefesa e diante de um determinado prestígio sempre há uma consciência de espontaneidade.

As mulheres entrevistadas demonstravam uma condição de indefesas quando não tinham informação suficiente sobre sua situação. Algumas não sabiam direito que tipo de cirurgia tinham feito, ou não sabiam explicar se o que tinham feito era uma cirurgia ou uma biópsia.

Um cargo, sobretudo um cargo de autoridade, está constituído de todos os tipos de capacitações e aptidões com conotações sexuadas. As mulheres, muitas vezes para chegarem a um tipo de cargo ou de posição, têm que desempenhar ações que geralmente são atribuídas aos homens. O exercício do poder, pelas mulheres, muitas vezes transforma-se em prática que parece própria ao gênero masculino.

...se tantas posições dificilmente são ocupadas por mulheres é porque elas são talhadas sob medida para homens cuja virilidade mesma se construiu como opostas às mulheres tais como elas são hoje. Para chegar realmente a conseguir uma posição, uma mulher teria que possuir não só o que é explicitamente exigido pela descrição do cargo, como também todo o

conjunto de atributos que os ocupantes masculinos atribuem usualmente ao cargo, uma estatura física, uma voz ou aptidões como a agressividade, a segurança, a 'distância em relação ao papel', a autoridade dita natural etc., para as quais só homens foram preparados e treinados tacitamente enquanto homens. (BOURDIEU, 2005, p. 78).

É óbvio que não estamos falando aqui que as mulheres não devem ocupar cargos ou posições de autoridade. Estamos analisando que, quando muitas mulheres se encontram nessas situações, elas reproduzem a dominação masculina. O que pode ser compreensível, pois os homens tradicionalmente dominaram o espaço público e a área de poder (principalmente sobre a produção e a economia) e as mulheres o espaço privado (espaço familiar, a reprodução biológica, em alguns casos os serviços sociais e educacionais).

Para Boltanski (2004), a relação médico-paciente é uma relação de classe; o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente. Muitas vezes para o doente que se trata no SUS não lhe é informado, com clareza, a situação em que se encontra sua doença, nem a gravidade da mesma ou o seu estado. O médico não necessariamente diz ao paciente o que pensa sobre a situação de saúde. Simplesmente emudece, “e o mutismo médico só pode reforçar a ansiedade dos membros das classes populares face à doença e sua desconfiança desse juiz cujo veredicto se ignora.” (BOLTANSKI, 2004, p. 36).

Não há dúvida que o caráter de classe também interfere na relação médico-paciente. Muitas das mulheres entrevistadas, que são pobres em sua maioria, não tinham clareza sobre o diagnóstico, a doença e o tratamento. Isso se observa no relato de Sandra, que tinha dificuldade de entender por que peregrinava tanto entre sua casa e o hospital, sem ter uma compreensão da sua situação de saúde. Achava que os médicos não lhe diziam a verdade; num momento da entrevista disse estar com “câncer benigno”. Não sabia ao certo o que estava acontecendo.

- No Erasto, eu ia lá, eles me passavam a conversa e eu vinha, levava uma semana, voltava ruim, essa vez tem que ir; e, daí eu estava cada vez mais, para mim já não... chegou um dia, que eu ainda pensei assim: o que que adianta, eles ficam falando aí, em vez de falar a verdade, eu ficava mais animada, mas eles ficam falando... Eu fico com a minha cabeça pior ainda porque, eu penso, vai ver que é uma coisa que não tem jeito mais e eles ficam enganando, e não falam o que é, o que não é, mais daí eu não sei. (Sandra, 53 anos, solteira, um filho, 2º ano 1º grau).

No sistema público de saúde, não se escolhe ou dificilmente se escolhe o médico. Ele é determinado pelo sistema de agendamento de consultas. Somado a

isso, o médico tem um número de pacientes para serem atendidos por dia, o que limita seu tempo de consulta, em média, em quinze minutos.

Existe uma tendência cada vez maior em se criar um distanciamento do médico. Se pensarmos na mulher que quer fazer um exame preventivo, primeiro ela tem que passar pelo agente comunitário de saúde, depois ela faz a coleta do material para o exame citopatológico que nem sempre é com o médico, e se o resultado de seu exame não apresentar nenhum problema, ela nem vê o médico. Só vai vê-lo se tiver uma alteração no resultado.

Para Campos, doente não pode manifestar a vontade ou mesmo censurar; só pode manifestar-se como informante. Esse tipo de relação entre o profissional de saúde e o doente não é considerado um problema a ser resolvido pela clínica ou pelo sistema de saúde.

Sob o pretexto da busca da maior objetividade possível, é recomendada uma série de técnicas para a abordagem dos casos, visando, todas, à neutralização das interferências do social e da subjetividade de cada paciente no curso do tratamento, e, até mesmo, na organização dos serviços de saúde. (CAMPOS, 1992, p. 182)

A prática da clínica está baseada na objetividade e na doença e exclui da intervenção o sujeito e seu contexto. Nesse sentido, o saber clínico impõe limites ao seu objeto de trabalho excluindo as dimensões do social e do subjetivo, não conhecendo dessa forma a influência desses na doença. Não reconhece que a possibilidade ou vontade de curar-se, adoecer e até mesmo morrer, pode variar de pessoa para pessoa e que esses elementos podem estar diretamente relacionados com o processo de diagnóstico e tratamento.

No relato de Beatriz, tal como no de Bárbara anteriormente citado, também se observa a maneira inadequada de ser informada sobre uma doença grave como o câncer. E aqui indagamos: no serviço público, qual é o profissional responsável pela informação do diagnóstico? Principalmente do diagnóstico de uma doença grave? Essa tarefa é do médico? É deslocada do médico para outros profissionais? Quais os profissionais de saúde que podem realizar essa atividade? Como esta atividade deve ser realizada se considerarmos os princípios da atenção integral à saúde?

- Olha, a moça que estava ali, não sei se ainda ela está ali. Mas a moça que me atendeu, que fez, colheu exame, me tratou muito bem, ela foi um amor de pessoa. Mas, a pessoa que me deu a notícia, não foi. Eu não sei se ela está lá, ela me deu a notícia, que depois eu sabia, eu descobri por outras pessoas e até pelo próprio médico do hospital, que ela não tinha o direito de me dar a notícia de que eu estava com câncer. E ela falou algumas coisas para mim,

sabe. Não sei se ela tentou me ajudar, ou se ela tenta adiantar as coisas, só que atrapalhou realmente. E ela disse que o meu caso era muito grave, que eu estava com problema muito sério. Eu falei: mas o que é tão sério, assim? É uma infecção muito grave? Ela falou: - não, você está com coisa muito mais grave do que isso. Daí ela perguntou para mim: quanto tempo faz que você não faz os exames? Eu falei: ah. acho que faz o que, um ano, nem sei quanto tempo faz que eu fiz, mas está tudo bem. Daí, ela falou assim para mim: - um ano ou dez anos? Sabe, e aquilo era pra me pressionar. Daí eu falei: nossa, mas quem tem de cuidar da minha saúde sou eu, eu estou dizendo para você que eu fui, do que eu fiz, porque que você me fala assim. – Não, porque você está com um caso muito grave, muito sério e o hospital escolhido para você se tratar foi hospital do câncer. Sabe, então, quando ela falou essa palavra eu não ouvi o resto dela. Eu entrei dentro de um buraco, escuro. Eu chorava copiosamente. E daí ela terminou de fazer o encaminhamento e me deu o papel, e falou assim: vai, segunda-feira no hospital Erasto, mas não vá sozinha, porque a notícia que você vai ter lá, não é boa. Eu falei: que eu estou com câncer? Você já me disse. Aí ela falou assim: eu não falei nada. E eu lembro que eu peguei os papéis da mão dela e vim para casa, chorei, chorei, chorei, chorei, chorei, chorei, chorei... E como eu creio no poder de Deus, eu pensava que Deus tinha se esquecido de mim. (Beatriz, 41 anos, separada, dois filhos, 8ª série 1º grau).

Beatriz e Bárbara, que relataram de forma explícita a inadequação sobre a informação dos resultados de seus exames citopatológicos, são atendidas pela mesma Unidade de Saúde. Não pesquisamos sobre a funcionária, se foi a mesma ou não, pois esse não era objeto de nossa pesquisa. Mas, sem dúvida existe um mal uso de poder dentro dessa Unidade pelos profissionais de saúde, o que evidencia um atendimento não humanizado às mulheres.

Os próprios profissionais de saúde não são preparados pelas instituições de ensino para perceber como é variável o seu envolvimento técnico com diferentes pessoas e que isso depende de sua própria subjetividade e da dinâmica da relação estabelecida no atendimento aos diversos doentes. Os profissionais têm dificuldade ou atração para trabalhar com determinados tipos de pacientes. Existem profissionais que têm uma tendência ou preferência para trabalhar com doentes de câncer, outros com portadores de deficiências, outros com transplantados. Outros, por exemplo, têm dificuldades em trabalhar com doentes com transtornos mentais.

A personalização da relação médico-doente é muito mais uma obra do médico do que do doente. É o médico que deve dar atenção e passar confiança ao doente. Segundo Boltanski (2004), muitas vezes os doentes não se sentem muito à vontade para confiar no médico porque,

...não possuem o equipamento lingüístico e, mais particularmente, o vocabulário da introspecção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos. É também porque, obstáculos puramente materiais, como por

exemplo, a raridade dos contatos com o médico ou a pouca duração de cada entrevista, impedem o doente das classes populares de personalizar a relação que mantém com aquele. (BOLTANSKI, 2004, p. 47)

A visão dominante se alicerça num sistema de estruturas que estão inseridas nos pensamentos, nos corpos, nas coisas. É característico dos dominantes fazerem reconhecer que sua forma particular de ser é universal. “A definição de excelência está em todos os aspectos, carregada de implicações masculinas, que têm a particularidade de não se mostrarem como tais.” (BOURDIEU, 2005, p.78).

Após anos de luta dos movimentos de mulheres, a dominação masculina não se impõe como uma questão indiscutível. Deixando de ser invisível, esta evidência passa a ser vista e reconhecida em vários espaços e várias áreas. A dominação masculina vai passando por questionamentos ao mesmo tempo em que os movimentos feministas vão buscando transformações para a condição feminina.

Segundo Elias (1994), num encontro de pessoas existe a interdependência que é diferente de uma relação recíproca. Por exemplo, numa conversação, o diálogo estabelecido e a seqüência de pensamentos se movem numa interdependência constante; os pensamentos dos interlocutores podem mudar no decorrer da conversa. O pensamento de uma pessoa quando transmitido a outra pode alterar a sua estrutura de pensamento individual, modificando-se esta estrutura pela sua inserção num outro sistema de pensamento individual, o que constitui o entrelaçamento.

É precisamente este aspecto, de os seres humanos se transformarem com e através das relações que mantêm uns com os outros e de se modelarem e remodelarem constantemente, em interdependência, que caracteriza de modo geral o fenômeno de entrelaçamento. (ELIAS, 1994, p.43.)

O entrelaçamento humano está presente em cada indivíduo e é por ele representado, quer se encontre em relação com outros homens como, por exemplo, movendo-se pelas ruas da cidade, quer esteja sozinho em uma ilha. Nesse sentido, a sociedade não é um aspecto externo do indivíduo, ela faz parte do indivíduo, assim como faz parte de si sua singularidade.

Assim, pudemos observar através desse capítulo a forma como vão se criando estruturas de relações e de dominação/submissão dentro da sociedade e, mais particularmente, dentro do sistema de saúde, a partir dos relacionamentos e das interações entre o doente e o médico, entre o doente e a equipe de saúde, entre a família do doente e/ou médico e equipe de saúde. São esses inter-relacionamentos,

entrelaçamentos e/ou formas de dominação/subordinação que vão constituir o funcionamento do sistema público de saúde e também vão ser constituídos por este. Essas formas de relação deveriam estar orientadas para um atendimento humanizado, numa perspectiva de atenção integral à saúde das mulheres, através de um serviço de saúde de qualidade, considerando a doente a partir de seu contexto social, de sua subjetividade e das formas de dominação a que está exposta.

5. O CORPO FEMININO, O TRATAMENTO DO CÂNCER E A MORTE

Neste capítulo, farei um breve histórico de como as mulheres eram tratadas pelos médicos a partir do século XVIII e mostrarei a forma como o corpo feminino foi se submetendo a medicalização ao longo dos anos até atualidade através das novas tecnologias reprodutivas. Em seguida, farei uma abordagem da manifestação do câncer do colo do útero e seu tratamento e, de modo mais específico, apresentarei algumas formas de tratamento e como isso foi vivenciado pelas mulheres entrevistadas. Por último, apresento uma breve discussão sobre a morte no ocidente e como as mulheres se manifestaram diante da possibilidade da morte ocasionada pela doença.

5.1. O CORPO FEMININO E A MEDICALIZAÇÃO

Segundo Martins (2004), para Aristóteles os seres humanos ocupavam o topo de uma ordem hierárquica que organizava o mundo dos seres vivos. Essa ordem era baseada no calor vital. O homem estava no ápice da cadeia por sua natureza quente e seca; em seguida, estava a mulher considerada mais fria e úmida. O que diferenciava o homem e a mulher era uma noção de perfeição baseada no calor vital e não nas características sexuais do corpo. No corpo feminino, os órgãos sexuais eram invertidos, por não haver calor suficiente para exteriorizá-los, como no caso do homem. O homem foi tomado como medida e padrão da perfeição humana. Ainda, de acordo com a autora, baseado nesse modelo, para Laquer só havia um sexo: o masculino. As diferenças existiam nas relações sociais entre homens e mulheres, eram diferenças de gênero.

Nesse sentido, utilizava-se um mesmo vocabulário para referir-se aos órgãos sexuais, ou melhor, os órgãos sexuais femininos eram denominados da mesma forma que os masculinos.

A vagina era um pênis invertido, os ovários eram testículos femininos e, com algumas variações, até o útero era entendido como uma versão interior dos testículos. Essa aparente despreocupação em nomear as coisas se explica tendo em vista a ausência de interesse por parte dos médicos e filósofos antigos pelo que nós consideramos importante na diferença sexual: diferenças físicas observáveis. (MARTINS, 2004, p.27).

Essa idéia perdurou muitos anos e as diferenças sexuais continuaram a serem vistas a partir da analogia. Mesmo com observações detalhadas, resultados de dissecações, a falta de um vocabulário próprio para os órgãos sexuais femininos perdurou nos manuais de anatomia. Os anatomistas que observavam a diferença entre os sexos na prática da dissecação continuaram presos ao modelo do sexo único. Apesar de verem as diferenças, não atribuíam significados a elas. A anatomia reforçou a idéia de supremacia do homem, considerando-o modelo da estrutura do corpo humano.

No início do século XVIII, esse modelo começa a ser invertido, pois a ciência volta-se para a Natureza buscando explicações a respeito das diferenças humanas e o corpo passa a ser um único campo de redefinição das relações de gênero.

Ser homem e ser mulher passou a ser uma determinação física, uma realidade comandada pela diferença dos corpos, A diferença já não era restrita aos órgãos sexuais e mesmo estes passaram a ser vistos e descritos como completamente diferentes. (MARTINS, 2004, p. 31).

Começa a surgir um vocabulário específico para os órgãos genitais masculinos e femininos, após a segunda metade do século XVIII. Nessa época, também surgiram as primeiras ilustrações do esqueleto feminino, que eram desenhados com um conceito de feminilidade: fragilidade física, beleza, esqueletos com crânios pequenos, ossos mais finos e a pélvis bastante larga, que evidenciava a função natural da maternidade. A pélvis foi escolhida pelos anatomistas como índice anatômico da feminilidade. (MARTINS, 2004)

Havia uma preocupação intensificada por parte dos médicos com a diferença entre homens e mulheres, no final do século XVIII. Alguns dos temas sobre os quais mais tratavam era a natureza dos ovários, do útero, a virgindade e a puberdade. O corpo feminino estava moldado para a procriação e para o nascimento.

...multiplicam-se os trabalhos consagrados às doenças femininas, do corpo e da alma a uma só vez, como os vapores, as paixões e a histeria, sempre associados ao útero. Daí derivaria a idéia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres. Esse discurso que se fecha em círculos aparece unanimemente nos tratados médicos a partir do século XVIII e especialmente no XIX. (ROHDEN, 2001, p. 16).

Nos textos médicos e intelectuais produzidos e divulgados durante o século XIX, o modelo de mulher apresentado nega o corpo e a sexualidade feminina que

deveria ser totalmente voltada para a reprodução. A negação da sexualidade feminina era necessária para o bom desempenho de sua função como esposa e mãe.

Por mais que os médicos e outros autores não especializados se esforçassem em entronizar a imagem dessexualizada da mulher-mãe, pairava sobre a maternidade a mácula da sexualidade, lembrada na gravidez, no parto, na própria amamentação e nas doenças das mulheres, pudicamente tratadas pelo médico iluminista que ainda não tocava nos castos corpos de suas pacientes. (MARTINS, 2004, p. 41).

O corpo da mulher torna-se misterioso diante das inúmeras manifestações que apresenta e um dos maiores mistérios passa a ser a histeria que se manifestava nos períodos de gravidez e na menstruação. O corpo feminino é um corpo instável, hipersensível e, apesar disso, é o espaço de procriação da humanidade. A feminilidade se refletia num corpo cheio de curvas, arredondado, ancas desenvolvidas e seios generosos que caracteriza a maternidade. E a boa esposa confundia-se com a mãe produtora de muitas crianças.

Os médicos 'constatavam' impressionados como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe. E é com base nessas 'evidências' fornecidas pela natureza que a medicina deveria se orientar. O modelo de mãe deveria ser usado para pensar o equilíbrio físico, mental e moral da mulher. (ROHDEN, 2001, p. 16).

Até fins do século XVII, ser um homem ou uma mulher estava vinculado a uma posição social determinada, não era ter um ou outro sexo, fisicamente. No século XVIII, a mulher passa a ser definida especificamente; o esqueleto e o sistema nervoso, que eram comuns ao homem e a mulher, passam a ser diferenciados e o corpo da mulher ganha importância.

É praticamente no século XIX que a diferença natural e imutável entre os sexos ganha mais destaque; a questão do sexo é biológica, um fato que se define com um exame anatômico e fisiológico. A idéia de dois sexos biológicos distintos é contextualizada em torno dos séculos XVIII e XIX. (ROHDEM, 2001).

As diferenças biológicas é que vão dar sustentação para que pensadores sociais escrevam sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres e a necessidade de diferenciações sociais. A ciência e a medicina aos poucos acrescentam detalhes, ficando a diferença entre ambos intransponível. Isso também foi possível devido ao desenvolvimento dos estudos de anatomia que incluíam a prática de autópsia ou, como eram chamadas, as dissecações.

Segundo Martins (2004), foi através das descobertas das diferenças sexuais que o útero, como órgão exclusivo das mulheres, tornou-se um verdadeiro fetiche nos discursos médicos. O útero não era mais visto como similar aos testículos, era a prova de que a Natureza não havia criado um ser imperfeito – a mulher. O útero estava intimamente associado ao papel social de ser mãe; era confiada às mulheres, através desse órgão, a missão de gerar e de dar à luz. Mas, o útero, órgão da feminilidade, também era “um verdadeiro tirano das entranhas que comandava toda a economia do corpo feminino e suas emoções” (MARTINS, 2004, p. 38).

O útero podia também ser uma fonte de doenças e o final do século XVIII apresenta-se como a época das doenças uterinas.

Não que elas não chamassem a atenção dos médicos antes – afinal há registros sobre as doenças uterinas desde a época de Soranos, no século II-, mas, passaram, doravante, a fazer parte da definição ambígua da mulher, porque ambígua era a sua natureza. Foi com o discurso iluminista sobre a importância do útero que começou a ser esboçada uma imagem da mulher que vive no limite entre a fisiologia e a patologia, entre a norma e o desvio. (MARTINS, 2004, p. 38).

Muitos médicos empenharam-se em conhecer a origem dos males do útero e sua cura para que a mulher pudesse desempenhar bem o seu papel. “A maior parte dos problemas ginecológicos eram associados ao útero, pois esse tinha uma natureza nervosa e passível de agitações que podiam provocar as doenças, como a mais famosa delas, a ninfomania ou o furor uterino” (MARTINS, 2004, p.39).

Na explicação da ninfomania havia duas teorias formuladas no século XIX: uma delas compreendia os neurologistas e anatomistas, e privilegiava o papel do cérebro; a outra era dos ginecologistas e focalizava os genitais, onde, segundo os ginecologistas, estavam as doenças dos ovários ou as desordens menstruais que poderiam causar irritação no sistema nervoso; acreditavam que essas desordens afetavam o cérebro e davam origem a doenças mentais. Na medida em que os neurologistas e outros médicos não curavam ninfomania, histeria ou outras doenças femininas, a cirurgia ginecológica surgia como meio de tratamento garantido, o que ajudou a consolidar a posição profissional da nova especialidade. (ROHDEN, 2001).

Orientava os métodos dos ginecologistas a hipótese de que as mulheres eram dominadas por seus órgãos reprodutivos e de que todas as duas doenças em última instância tinham origem nessa parte do corpo. No caso de distúrbios mentais ligados à menstruação, se justificaria, por exemplo, a remoção dos ovários. A ovariectomia, ao lado da excisão do clitóris ou dos lábios, era recomendada em casos de excessivo desejo sexual. (ROHDEN, 2001, p.29).

Era comum que as próprias mulheres relacionassem seu comportamento em termos de insanidade ou nervosismo a problemas nos órgãos genitais, à menstruação ou à menopausa. Esses fatores eram as causas das desordens. Com isso, é difícil concluir se a teoria da insanidade e das doenças dos nervos nas mulheres, com base no predomínio da função reprodutiva, é originada dentro da medicina ou fora desta, pelas mulheres.

O útero continuou a ser o órgão feminino por excelência, até metade do século XIX, quando os estudos de ovologia e ginecologia elegeram os ovários como os órgãos que determinam a natureza feminina. No século XIX, a menstruação, que era tida como um estado mórbido, passou a ser associada ao processo de ovulação.

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. Começam a ter acesso à educação, aos debates públicos, a se juntar à força de trabalho masculina. Casam-se mais tarde, reduzem o número de filhos contrariando a posição de passividade, modéstia e domesticidade. “Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava instável e fluida” (ROHDEN, 2001, p. 28).

O desenvolvimento e a divulgação de técnicas contraceptivas davam possibilidade de a mulher e também o homem conseguir controlar sua fecundidade. Isso dava, principalmente às mulheres, uma liberdade para dedicar-se a outras atividades não restritas ao ambiente doméstico e ao cuidado dos filhos e família.

Anatomia, fisiologia, biologia evolucionária, antropologia física, psicologia e sociologia construíram teorias da diferença sexual. Apesar das distinções entre as disciplinas, imperava o consenso de que as mulheres eram intrinsecamente diferente dos homens em sua anatomia, fisiologia, temperamento e intelecto. No desenvolvimento da espécie, elas teriam ficado para trás em relação aos homens, o que as colocaria em uma posição mais próxima dos primitivos e das crianças. Isso teria ocorrido porque para a espécie era prioritário o desenvolvimento dos órgãos reprodutivos da mulher, cabendo aos homens o cultivo da força física e da inteligência. (ROHDEN, 2001, p. 25).

A representação da mulher diferenciada do homem – conforme as descrições médicas dos corpos dos homens e das mulheres – ganhava cada vez mais impulso. Na área da sexualidade, as funções de esposa e mãe dominavam a identidade feminina e havia evidências que a mulher tinha menos desejo sexual que os homens; poderiam, através das suas virtudes, controlar a paixão masculina. A natureza da mulher cada vez mais se vincula aos órgãos reprodutivos e, com isso, médicos e outras autoridades vão apresentando justificativas para a limitação de papéis sociais e econômicos das mulheres.

No século XIX, a ginecologia se definia como ciência da mulher. Baseava-se no conhecimento elaborado de que as mulheres são distintas dos homens. A vivência que a mulher tem em relação à sua passagem pela puberdade, gravidez e menopausa afeta-a de tal maneira, que não há nada equivalente no caso dos homens. Com base nos papéis diferentes associados à reprodução, definem-se papéis sociais distintos para os homens e as mulheres. Enquanto os papéis dos homens seriam mais apropriados para a vida pública – trabalho, comércio, política – às mulheres caberia a vida privada da família, como esposas e mães.

A ginecologia baseia-se na concepção de que sendo o corpo feminino destinado à reprodução, as mulheres formam um grupo particular de pacientes e, portanto, e um tipo distinto da espécie humana. Essa crença possibilita a criação dessa especialidade no campo médico.

Para Rohden (2001), alguns ginecologistas atribuíam qualidades distintas para homens e mulheres.

As capacidades intelectuais eram características do homem, o que ficava evidente nas medidas do seu crânio e no tamanho do seu cérebro. As mulheres eram dominadas pelas funções sexuais e por isso eram caracterizadas como mais físicas, instintivas e emotivas. O instinto sexual era de tal forma determinado para a mulher na concepção desses médicos que se tornou mesmo, comum usarem o termo 'sexo' para se referirem à mulher. O homem evidentemente, também era dotado de funções instintivas e emocionais, mas essas eram governadas pelo cérebro. (ROHDEN, 2001, p. 41).

O trabalho das parteiras muito contribuiu para a evolução da ciência da mulher. Até o século XVI, o parto era um ritual de mulheres, e quem assistia às mulheres nesse momento era a parteira que, além de sua experiência, não tinha nenhuma formação especializada. Elas exerciam diferentes atividades: faziam exames de virgindade, informavam a casais práticas sexuais toleráveis pela Igreja, tratavam das doenças femininas, além de atender a gravidez e o parto. Deveriam ter

uma conduta exemplar, pois se encontravam muito próximas de práticas como o aborto e o infanticídio. (ROHDEN, 2001).

Era uma época de difícil aceitação de um homem à beira do leito da parturiente; muitas mulheres preferiram a morte em um parto difícil a aceitar ajuda de um parteiro homem. No século XVIII, ainda se considerava indecente que os homens atendessem as parturientes. Além do excesso de poder em relação ao profissional homem, as enfermidades femininas não eram dignas de sua atenção. No século XVIII, o parteiro homem rompia com o fato da profissão ser tradicionalmente feminina. Começa a se espelhar na figura do médico e vai se tornando um profissional respeitado, passando a ser chamado para assistir partos, acompanhar o desenvolvimento da gravidez e do puerpério e cuidar das doenças das mulheres e crianças. Começavam a surgir, nessa época, as atividades de ensino e pesquisa ligadas à obstetrícia.

No século XIX, em função de acontecimentos específicos na obstetrícia e ginecologia, estes dois ramos da medicina constituíram disciplinas separadas. Os progressos técnicos – assepsia, a anti-sepsia e a anestesia – foram revolucionários para a medicina. A ginecologia não se limitou ao campo da obstetrícia ou da cirurgia e sua intervenção sobre a mulher ultrapassa o cuidado dos órgãos reprodutivos. A ginecologia originou-se como especialidade cirúrgica, mas só se tornou possível graças a novas descobertas científicas. Os obstetras muitas vezes se tornavam ginecologistas devido ao seu conhecimento sobre o corpo feminino.

Tanto a constituição da ginecologia quanto da obstetrícia tornaram obrigatório a inserção do corpo feminino num sistema de visibilidade através do exame e da cirurgia. Isso possibilitou a construção de um saber específico através do direcionamento da forma de olhar, indo da superfície para o interior do corpo num crescente processo de intervenção e objetivação.

Mais do que a obstetrícia, a ginecologia precisou aperfeiçoar a conjugação dos sentidos do olhar e do tato, principalmente do olhar, para observar alterações dos órgãos internos e também para realizar aplicações medicamentosas. Se boa parte do conhecimento ginecológico foi informado pela sala de autópsias e pelo laboratório de patologia, foi o exame realizado nas pacientes que forneceu a maior parte das informações que permitiram aos médicos estabelecer os padrões de normalidade e os níveis de patologia. (MARTINS, 2004, p. 121).

Os livros de ginecologia do século XIX tinham imagens muito realistas que revelavam um olhar desimpedido de pudores. A regra era a visibilidade: revelar

detalhes cada vez mais minuciosos do corpo. Os livros apresentavam certo impacto, pois mostravam imagens da genitália feminina que normalmente não eram vistas nem pelas próprias mulheres, pois tanto na vida privada do lar, como na vida pública “a regra era a extrema segregação sexual no vestuário acompanhada da reclusão dos corpos em roupas cada vez mais discretas e fechadas. No que tocava o corpo, a regra era a ignorância, a contenção e o ocultamento.” (MARTINS, 2004, p. 124).

Essa produção e mapeamento da topografia ginecológica deram-se principalmente através de dois importantes procedimentos: o exame visual e a intervenção cirúrgica. Mas, os ginecologistas enfrentaram o problema do pudor feminino, pois, para a maioria das mulheres era insuportável a idéia de expor seu corpo a um exame ginecológico. Com um trabalho de convencimento muito paciente e com a aceitação da autoridade médica foi tendo uma maior aceitação do exame por parte das mulheres; aos poucos os ginecologistas foram conquistando a confiança das mulheres. (MARTINS, 2004).

Os exames iniciavam com a palpação abdominal, estando a mulher deitada e vestida, pois evitava-se o contato da mão do médico com a sua pele; as raras vezes em que isso acontecia, o médico deveria conversar com a paciente para desviar a atenção do exame. A posição ginecológica conhecida atualmente só foi aceita pelos próprios médicos em situações em que o diagnóstico pelo toque não apresentava resultado. Poltronas especiais foram desenvolvidas, permitindo ao médico a utilização de instrumentos de exames. No século XIX, foi criada uma série de instrumentos pelos ginecologistas, sendo o espécuro o mais famoso, pois permite visualizar o colo do útero. Outros instrumentos inventados foram pinças, tesouras, histerômetros, sondas, dilatadores e outros que facilitavam os exames uterinos e a execução de cirurgias. (MARTINS, 2004).

As mulheres nem sempre eram pacientes. Algumas vezes recusavam-se a fazer exame com instrumentos, pois além de ser um procedimento invasivo e exigir maior exposição do corpo, havia receio de serem usadas para experiências científicas. As restrições aos exames se davam pela dificuldade que as mulheres da época tinham em ter contato com seu próprio corpo; além de tabus e restrições, os corpos eram cobertos com muita roupa. “Portanto, pode-se imaginar a dificuldade em expor os órgãos genitais mesmo que fosse num ambiente deserotizado e com a presença de terceiros.” (MARTINS, 2004, p. 130).

Por volta de 1870, muitas discussões foram motivadas pela ovariectomia – cirurgia desenvolvida para tratar tumores ovarianos, também utilizada para tratar outras doenças. Tradicionalmente as doenças femininas eram relacionadas ao útero, mas não foi estranho aplicar o mesmo raciocínio para o papel dos ovários na definição de saúde ou doença para as mulheres.

Assim, muitas delas ficaram sem seus ovários na fase de expansão da cirurgia ginecológica, tanto que há vários relatos de operações desse tipo e de histerectomias e cloridectomias realizadas para curar a ninfomania, a masturbação e doenças mentais. (MARTINS, 2004, p. 132).

A esterilidade que resultava dessas cirurgias trazia conseqüências não só para as mulheres individualmente como também para a sociedade, pois a mulher perdia seu papel tão exaltado de reprodutora da espécie, papel esse reforçado pelos discursos masculinos e pelas feministas que viam na maternidade fonte de superioridade espiritual e moral das mulheres. Tanto a ovariectomia, como o uso do espelho, dividiam os médicos que tinham diferentes visões sobre os limites éticos da relação médico-paciente e da predominância da cirurgia pela profilaxia. (MARTINS, 2004)

Para a época, a sexualidade feminina era inseparável da função reprodutiva e sem os ovários a mulher não podia cumprir sua função natural de reprodutora da espécie. A qualidade de procriadora da mulher pode ser elaborada de diferentes formas, em diferentes sociedades, porém existiu e continua existindo em todas os sistemas sociais conhecidos.

A medicalização do sexo ocorreu particularmente sobre a fecundação e através da regulação da sexualidade feminina, tanto para gerar filhos e culpar as mulheres pela esterilidade, quanto para regradar o comportamento e o corpo das mulheres a fim de evitá-los.

Segundo Tamanini (2004), nas palavras de Foucault, a medicalização do sexo foi construída historicamente sobre quatro conjuntos estratégicos: pelo controle do corpo feminino, através da sexualização do processo reprodutivo, e através da divisão das mulheres entre mães e nervosas, o que foi chamado de histeria; pelo controle do sexo das crianças, através da afirmação de que havia uma força na sexualidade infantil que necessitava de observação e controle; pela regulação das populações, através da socialização das condutas de procriação como o controle da fecundidade e a responsabilização dos casais pela realização ou não dos interesses

coletivos em relação ao controle dos nascimentos; e pela psiquiatrização dos prazeres não reprodutivos ou perversos, a partir do surgimento da categoria de instinto sexual (com seus desvios e anormalidades).

Inúmeros estudos têm apontado que o jeito mais eficaz, organizado e programado de construir as condutas e os procedimentos que dizem respeito à sexualidade tem se dado através do campo da biomedicina¹⁴. Nessa abordagem, a biologia marca o destino das mulheres, que têm sido definidas pela sua função reprodutiva.

Quando se fala em sexo, reprodução, nascimento, contracepção, há ainda quem pense que esses são assuntos que dizem respeito somente ao mundo privado da família e dos casais. Na verdade, não é assim. No controle dos nascimentos, da morbidade, da esperança de vida, da mortalidade, dos casamentos e da fecundidade, está implicado um investimento político, seja para a preservação da vida, seja para a preservação dos interesses de cada Estado. Esses assuntos – que dizem respeito às decisões que os homens e as mulheres tomam sobre o modo como desejam viver – não são tão privados, na medida em que se relacionam com as políticas de Estado, com os interesses sobre os controles de população.

A preocupação com o número da população já havia se colocado nas sociedades antigas, porém é somente a partir do final do século XVIII que, segundo Foucault, a população e a reprodução passam a constituir objetos a serem regulados por mecanismos novos e específicos das sociedades modernas, que incluem o nível individual, o comportamento sexual, o desejo e os prazeres. A importância assumida pelo sexo como foco de disputa política decorre, então, do fato de este possibilitar a articulação entre dois eixos: os interesses da coletividade e os prazeres individuais. Esse é mais um motivo para se pensar no sexo como uma das estratégias de construção de relações sociais. A forma como educamos e sugerimos condutas de comportamento tem a ver com a forma como queremos construir nossos modos de ser e de organizar nossa cultura. Assim, a preocupação com a conduta sexual 'das populações' não dizia respeito somente ao número e à virtude dos cidadãos, nem somente às regras de casamento e à organização familiar, mas à maneira como cada um usa seu sexo. (TAMANINI, 2004, p.68).

As questões ligadas à reprodução e à sexualidade estão também ligadas aos direitos humanos e aos direitos sexuais e reprodutivos. A discussão e a visibilidade

¹⁴ Entende-se pelo termo biomedicina as profissões ligadas à saúde, como a enfermagem, a bioquímica, a nutrição, a psicologia em sua história mais geral e, particularmente, a medicina.

essas temáticas são fundamentais como pontos principais para eliminar as formas de desigualdade, os preconceitos e as criminalizações.

No início do século XX, a ginecologia já havia se tornado uma especialidade reconhecida e com publicações na área. Como ciência da mulher “a ginecologia racionalizou as idéias a respeito da natureza feminina aos transformar o corpo num objeto analisável, mensurável e sujeitos às mais diferentes práticas de objetivação.” (MARTINS, 2004, p. 135).

A ginecologia foi se desenvolvendo em meio ao progresso do movimento hospitalar – com a criação de maternidades e unidades destinadas às doenças femininas – com a criação de cadeiras de obstetrícia e ginecologia nas faculdades de medicina. Os parteiros também passaram a ser qualificados. As mulheres começam a entrar na medicina, o que representava concorrência no domínio das doenças femininas.

É nesse contexto que a relação médico-paciente foi se desenvolvendo. A mulher era reduzida a seus órgãos sexuais, pois seus problemas em geral eram relacionados a eles. A mulher não é vista de forma integral. Vive uma situação de impotência e desconhecimento sobre seu próprio corpo estando sempre sujeita às ordens do sistema médico que tem o poder de explicar o que se passa dentro do corpo da mulher, ainda que não se possa ignorar a positividade do saber médico e a eficácia da prática da intervenção sobre os corpos que adoecem.

Atualmente uma das formas mais agressivas de medicalização do corpo feminino está relacionada com as novas tecnologias reprodutivas. A demanda por filhos – que muitas vezes não coincide com o desejo de tê-los, mas pode coincidir com o fato de a maternidade ser entendida como uma função natural e não como possibilidade de escolha, ou um direito – , faz com que os casais submetam o corpo da mulher, principalmente, ao saber e poder médico para experienciar a possibilidade de ter um filho, muitas vezes concebido sem a união dos corpos, sem sexualidade, sem intimidade, sem afeto. Para Tubert (1996),

...o desenvolvimento tecnológico representa uma medicalização cada vez maior, não só do corpo mas também da vida, da sexualidade, do desejo. O saber científico intervém, através dos seus recursos técnicos, como uma fonte de poder, e as representações de nossas funções vitais, da nossa sexualidade e do sentido das nossas vidas encontram-se permeadas pelas relações desse saber-poder. (TUBERT, 1996, p. 14)

É dessa forma que a mulher que não pode ter filhos do ponto de vista biológico, a mulher estéril, entrega o seu corpo à medicalização. O corpo aparece para si “como obstáculo, aquilo que resiste a ser incluído na cadeia significante na qual desliza o desejo” (TUBERT, 1996, p. 25).

As mulheres que se submetem às tecnologias buscam explicar através do seu corpo o enigma de não poder ter filhos, transformando essa impossibilidade como se fosse o sintoma de uma doença. A demanda da mulher prende-se a um fator orgânico que correlaciona os determinantes causais aos fenômenos anatômicos e fisiológicos. Assim, o parâmetro a partir do qual as mulheres falam do seu corpo e de seus órgãos “é aquele da perda da subjetividade, verdadeiro efeito iatrogênico da medicalização da qual todos somos vítimas e cúmplices ao mesmo tempo” (TUBERT, 1996, p. 31).

Há um crescimento da dependência das mulheres em relação aos médicos e vice-versa. Cada vez mais o saber médico vai se apropriando do direito da mulher em relação a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, principalmente através do controle da maioria dos contraceptivos e do aborto.

Os tratamentos médicos examinam e manipulam o corpo no qual se procura resposta a um desconhecimento sobre o sintoma ou a doença. No caso da infertilidade, não se está perante uma doença. Para Tubert (1996), a infertilidade se manifesta como sintoma somente quando surge um projeto de conceber um filho. Trata-se então da impossibilidade de satisfazer um desejo. A intervenção médica gera uma atomização do desejo, a manipulação dos órgãos do corpo deixa de lado os projetos e a esperança e o sujeito transforma-se em espectador do que se fez com seu corpo reduzido a mero objeto.

A medicalização do corpo inclui uma verdadeira dessubjetivação: “a aceitação do que parece conveniente para que a mulher corresponda ao ideal da maternidade apaga toda a referência a um desejo singular que pode resultar, então, inquietante” (TUBERT, 1996, p. 188).

É interessante observar que, mesmo depois de passado um século da criação da “ciência da mulher”, o saber e o poder médico ainda vêem a mulher como procriadora, como mãe. A mulher não é vista como mulher, como um ser sexualizado, que tem desejos e autonomia. A medicina avançou muito ao longo desses anos e a cada dia novas técnicas são descobertas para auxiliar nos diagnósticos, tratamentos e prevenção de doenças. O que não avançou no mesmo

grau foi a relação estabelecida entre médico e paciente. Essa relação ainda tem bases no poder e saber médico, o que distancia cada vez mais o médico do paciente, contribuindo para a dessubjetividade do doente, tornando-o cada vez menos conhecedor da sua doença, da sua saúde, do seu corpo e cada vez mais submisso à determinação do conhecimento médico.

Para Susan Bordo, o corpo é um agente da cultura. Não é apenas um texto da cultura, mas um lugar prático e direto de controle social. Através das normas e práticas automáticas e habituais (maneiras à mesa, hábitos de higiene) a cultura se faz corpo. (BORDO, 1997).

Em sua análise sobre um grupo de desordens ligadas ao gênero feminino como a histeria, a agorafobia, a anorexia nervosa, demonstra que a sintomatologia dessas desordens revela-se como textualidade. Por exemplo, a perda da mobilidade e da voz, a incapacidade de sair de casa, a tendência a alimentar os outros enquanto se morre de fome, são sintomas que têm significado simbólico e político dentro das normas variáveis que governam a construção histórica do gênero. “Os corpos das mulheres perturbadas apresentam-se como um texto agressivamente descritivo para quem o interpreta – um texto que insiste e exige mesmo ser lido como uma afirmação cultural, uma exposição sobre o gênero” (BORDO, 1997, p. 23).

O corpo da anorexica¹⁵ através de seu ideal de esbeltez, dieta e exercícios emagrecedores demonstra cumprir as exigências contraditórias da ideologia contemporânea da feminidade. Enquanto, ao mesmo tempo, falam da necessidade de ter uma configuração corpórea reduzida, enxuta e no uso de roupas mais próxima do masculino, ou seja, o corpo vai cada vez mais se habituando com os aspectos masculinos de controle e autodomínio.

Essas desordens femininas – a histeria, agorafobia e anorexia – permitem que o corpo da mulher seja visto como uma superfície na qual as construções convencionais de feminidade se expõem rigidamente ao exame – se mostram também como um protesto que pode ser inconsciente, incipiente e contraproducente, sem recorrer à linguagem, à voz ou à política. Por exemplo: a anoréxica persegue o ideal almejado pela sociedade até o ponto em que todos possam vê-lo em seu potencial destrutivo. A agorafobia pode ser visto como uma greve contra o que

¹⁵ Sobre esse assunto ver também GIORDANI, R.C.F. *A experiência corporal da anorexia nervosa: uma abordagem sociológica*, 2004. Dissertação. Curitiba, Universidade Federal do Paraná.

geralmente é esperado das mulheres como fazer compras, levar filhos à escola, acompanhar maridos a eventos sociais.

Funcionalmente, os sintomas dessas desordens isolam, enfraquecem e minam as afetadas; ao mesmo tempo transformam a vida do corpo num abrangente fetiche todo-poderoso, ao lado do qual todos os outros objetos de atenção parecem pálidos e irreais. No nível simbólico, a dimensão do protesto também desmorona para seu oposto e proclama a derrota e a capitulação do sujeito ao restrito mundo feminino. (BORDO, 1997, p. 29).

A anoréxica, perseguindo um comportamento feminino convencional ao extremo – aperfeiçoar o corpo como um objeto –, paradoxalmente desconstrói o convencionalismo feminino encarando valores masculinos definidos pela cultura.

Redefinir um corpo para torná-lo mais masculino não significa ganhar poder e privilégios masculinos. “Sentir-se autônoma e livre enquanto atrela corpo e alma a uma atividade obsessiva é servir a uma ordem social, que limita as possibilidades femininas, e não transformá-la.” (BORDO, 1997, p. 31)

Dessa forma as patologias de protesto feminino funcionam como se estivessem em conluio com as condições culturais que a produzem, reproduzindo aquilo que provoca o protesto, ao invés de transformar. Dizendo de outra forma, a resistência e a rebelião são manipuladas pela formação cultural para servir à manutenção da ordem, estabelecida. Para Susan Bordo, o corpo “prático” não é uma entidade grosseiramente biológica e material. É também uma forma culturalmente mediada onde suas atividades estão sujeitas à interpretação e descrição. Refere-se a Foucault, quando este descreve “corpo útil” em vez do “corpo inteligível”. O corpo inteligível – representações científicas, filosóficas e estéticas – é nossa concepção cultural do corpo (normas de beleza, padrões de saúde). Essas representações também podem ser vistas como um conjunto de regras práticas através das quais o corpo vivo é treinado, moldado, obediente, responsivo, tornando-se assim um “corpo útil”, socialmente adaptado. Para a autora, o “corpo útil” é o corpo prático, como vimos anteriormente. (BORDO, 1997).

A objetificação do corpo feminino no final dos anos 60-70, que constituía uma séria questão política, e o uso cultural da feminidade para agradar visual e sexualmente através das práticas do corpo, eram vistos como forma de dominação de gênero e não de transformação.

Esse breve histórico nos mostra como as mulheres têm se submetido ao longo dos anos ao saber e poder médico, que é representado em sua maioria por homens –

como já vimos, a medicina se originou como profissão masculina. Portanto, as mulheres submetem-se também à dominação masculina.

Vamos analisar agora alguns relatos das mulheres entrevistadas e enfocaremos como lhes foi informado a respeito da necessidade de se retirar o seu útero, devido à identificação do câncer do colo do útero. Não queremos colocar em questão a excisão do útero como forma de tratamento, uma vez que não nos compete essa análise. Mas, queremos observar aqui como isso foi vivenciado pelas mulheres entrevistadas que se submeteram à histerectomia. Pelo relato das mulheres, a única questão verificada era se elas já tinham cumprido a sua função de procriadora, ou seja, de mãe.

Tanto para Jussara quanto para Tatiana, como se pode ver nos relatos abaixo, foi proposta a retirada do útero como forma de tratamento devido ao fato de elas já terem tido filhos. Porém, não aparece aqui nenhuma relação da retirada do útero com sua sexualidade. Não relatam terem sido questionadas se isso poderia ter alguma influência na sua vida sexual conjugal, uma vez que as duas são casadas e vivem com seus maridos.

- Primeiro, me saiu umas bolinhas, assim, embaixo do braço parecido com aquelas verrugas. Daí lá mesmo, eles pediram que fizesse aqueles exames, fiz mas não deu nada. Tiraram, queimaram tudo aquilo e pronto, passou, fiquei boa. Que foi aonde isso que me deu, daí ele me mandou lá pro Erasto Gaertner. Para onde fui e me trato lá até hoje. Ali foi feita cirurgia, tirou ovário, trompas e o útero. Tudo, tudo. Porque o médico disse para mim: ah, agora você não vai ser preciso, já criou tua filharada toda, então isso não serve mais, vamos tirar e você vai ficar boa. (Jussara, 68 anos, casada, onze filhos, analfabeta).

Retirar o útero tem o significado de extirpar a doença. É como se a ausência do órgão garantisse a não manifestação da doença. O câncer é uma doença que além de afetar o órgão, tecido ou sistema, afeta toda a existência do paciente.

- A última vez que eu fiz no Posto deu uma alteração. Porque meu filho tinha um ano e sete meses, na verdade acho que nem dá dois anos, então ele tinha um ano e sete meses; eu fui fazer um Papanicolaou e eu estava esperando neném. Depois, quando ele tinha um ano e sete meses eu fui fazer de novo, daí deu alteração. Deu que tinha, é, como é que é... tinha dado uma alteração, o nome que estava lá era assim, tinha dado, carcinoma in situ, era a alteração que tinha dado. Quando eu consultei com o médico, ele falou que no colo do útero, aqui na parte de dentro tinha uma pintinha, ia colher material pra fazer a biópsia. E que quando saiu o resultado, eles falaram que, eles retiraram um pedaço do cone, eles falam...

- Conização...

- Conização. E eles retiraram uma parte do útero, pra fazer estudo dessa parte, pra ver se só isso era suficiente. Daí uns quinze dias depois, já saiu o resultado e eles disseram que não, que não era suficiente, que eu tinha que

fazer uma outra cirurgia. A outra cirurgia era fazer a retirada do útero. Retirei o útero. Como eu já tinha filhos, daí o médico explicou. Como a gente tinha filhos, a gente já tinha três filhos, então, de repente, ter mais filhos é correr risco de vida, não. Então a retirada do útero era a única solução. A curto prazo, falaram que era a melhor solução. Daí nesse dia, dessa consulta, dali 30 dias foi marcada cirurgia e foi feita essa cirurgia. (Tatiana, 35 anos, casada, três filhos, 2º grau completo.)

Apesar da sua tendência de espalhar-se por todo o corpo, o câncer é visto como um tumor num órgão específico afetado. A mulher que tem um câncer do colo do útero tem o seu tratamento voltado para a cura desse órgão, mesmo que isso signifique a sua retirada. Essa mulher não é vista pelo sistema público de saúde como alguém que está isolada, abandonada, sem informações sobre a manifestação e o desenvolvimento de sua doença. O reflexo da doença em seu estado emocional não é reconhecido pelo sistema de saúde como algo a ser tratável e tratado também. É interessante observar como as mulheres relatam que os médicos perguntavam-lhes se já tinham tido filhos e se já os tivessem poderiam retirar seu útero. Os médicos associam a mulher à imagem de mãe e é com essa imagem que trabalham na sua prática.

Nadia também relata como lhe foi indicada a retirada do útero como parte do tratamento.

- Olha, há uns, não sei se seis anos atrás, daí tinha dado uma suspeita. Daí eu fiz uma biópsia, até inclusive, perderam o resultado. Levei uns quatro meses para mim conseguir o resultado de volta. Só que daí não era, o médico falou que não era, tinha que fazer uma cauterização, daí fiz outra e o preventivo deu bom. Daí, inclusive até depois que eu fiquei grávida dessa aqui, da última (apontou para uma das filhas). Depois, fiz outro preventivo dava assim, dava uma inflamação, até inclusive um antes tinha dado uma inflamação. Aquilo eles falaram que não era nada. Daí o outro que eu fiz que já deu, deu Adenocarcinoma invasivo. Fiz a biópsia e confirmou. Isso foi em setembro do ano passado, fez um ano. Daí eu fui, tive a consulta lá. Ele [o médico] me encaminhou para internamento para fazer a biópsia. Internei pra biópsia, e com quinze dias que eu peguei o resultado. Ele só confirmou que era e eu tive que fazer cirurgia, retirar o útero. Daí com quinze dias mais ou menos que eu internei... Fiz a cirurgia e depois de dois meses, daí, eu tinha ficado tranqüila. Porque eles falaram que estava só no útero; daí eu tinha que fazer pra uma prevenção.

- Você retirou o útero?

- O útero, ovário e trompas. Depois fiz radioterapia, 30 sessões de radioterapia. (Nádia, 41 anos, separada, 3 filhos, trabalha com vendas, 8ª série 1º grau).

Neide relata como lhe foi indicada a retirada do útero, responsabilizando-se inteiramente pela opção e sua opção foi a retirada do órgão como se com isso pudesse se livrar da doença. O órgão doente é o órgão que salva pela sua excisão. O útero com câncer, extraído do corpo, salva o corpo.

-A primeira cirurgia que eu fiz foi em novembro, dia 25 de novembro, que é aquela uma que só tira um pedaço... o colo. Dali fizeram o outro exame que deu daí que tinha raízes já. Eu tive que fazer dia 5 de janeiro, eu fiz e tirei tudo: o útero inteiro, mas não assim o ovário, nada, só o útero. Daí tinha dado assim no exame, tinha dado NIC II, já, que já não era um câncer, mas se eu fosse deixar ia dar. E eles me explicaram assim, oh, que o que o câncer, assim, tem o NIC I, o NIC II e o NIC III que o I e o II não é um câncer, que o III é um câncer. Que o I e o II têm um tratamento, faz o tratamento ou tira. Então que o III é o começo do câncer. Assim, quando ele falou assim, que tinha duas opções: ou fazer tratamento, que tinha um tratamento que se eu quisesse fazer. Existia a possibilidade de não retirar ou eu retirar o útero. Então eu que optava, não era ele. Eu que optei a tirar o útero. Porque eu já não podia mais ter um filho, então era coisa assim que, daí eu fiquei com medo: que tal que faz um tratamento e volta? Ou eu tenho que ficar fazendo esse tratamento. Então eu achei assim, que se eu retirasse, eu ia me livrar mais fácil da doença. E foi o que aconteceu mesmo porque agora eu estou bem. (Neuza, 37 anos, viúva, mora com o companheiro, dois filhos, 6ª série 1º grau).

Neide relata que fará uma cirurgia com *laser* e, apenas se esse procedimento não der resultado, terá que retirar o útero. Não sabia relatar, especificamente, qual o procedimento que faria com o uso do *laser*.

Ah, eles falaram alteração no útero. Daí eu perguntei pro médico, lá no Hospital das Clínicas e ele falou que é começo de câncer. O resultado ficou tudo com eles, que eu estou me tratando lá, eu vou fazer uma cirurgia agora dia 15. Eu sei que é com laser. Ele disse que daí se essa, essa cirurgia adiantar, porque ele disse que está bem no comecinho, não precisa fazer a outra cirurgia que tem que tirar o útero fora. Daí, se essa aí adiantar, não precisa fazer outra. É, e se não adiantar, tem de tirar o útero. (Neide, 48 anos, casada, três filhos, 6ª série 1º grau).

Nas entrevistas, não se observa nenhum relato sobre formas de prevenção da doença, apesar de já haver pesquisas relacionando a presença de HPV em quase 100% dos casos de câncer do colo do útero. Apenas uma das mulheres entrevistadas referiu-se ao HPV, sem esclarecimentos. Não se observou também nenhum relato sobre prevenção de outros tipos de câncer, como por exemplo o câncer de mama, que, dentre as neoplasias, é uma das principais causas de morte das mulheres.

Tratar do câncer do colo do útero não é preocupar-se unicamente com o órgão afetado, no caso, o útero. Em se tratando do útero, ele está vinculado à questão da reprodução e da sexualidade. Algumas mulheres relatavam que, quando lhes era indicada a histerectomia, o médico lhe perguntava se já tinha filhos, fazendo uma referência ao fato de que, se já tinha filhos, não precisava mais do útero e, portanto, ele poderia ser retirado. Nenhuma mulher relatou ter-lhe sido perguntado sobre sua sexualidade, sua vida sexual. Provavelmente, isso não faz parte da preocupação do

serviço de saúde ou da equipe de saúde. Vimos que, dessa forma, a preocupação do profissional de saúde está mais voltada de uma forma mais específica para a saúde reprodutiva, para o papel de mãe, do que para a saúde da mulher, o que revelaria uma visão mais ampla da situação. Ou seja, esquece-se a dimensão relacional e social do doente que fica reduzido a um órgão de seu corpo.

Apesar de não ter sido objeto desta pesquisa e de não ter sido relatado pelas mulheres entrevistadas, a histerectomia e o câncer do colo do útero podem provocar preconceitos sobre a sexualidade da mulher, a reprodução, o contágio da doença ou sobre o próprio tratamento. Em relação à sexualidade, o Ministério da Saúde orienta:

O casal deve ser estimulado a retornar o seu ritmo normal de atividades sexuais. Por vezes encontramos preconceitos dos maridos em relação à prática do sexo após o tratamento, por desconhecimento do tipo de tratamento efetuado e da não transmissão sexual do câncer do colo do útero, e, muitas vezes é necessário algum tipo de terapia de casal ou oficina de grupo clareando todas as dúvidas, objetivando a normalização da vida sexual do casal. (BRASIL, 2000, p. 51).

Para finalizar essa parte, acreditamos ser importante relatar brevemente sobre a entrada das mulheres no campo médico e sobre as primeiras médicas brasileiras. A entrada das mulheres na profissão médica se deu praticamente através da obstetrícia, ginecologia e pediatria, campos em que estavam circunscritas a um domínio que lhes seria mais familiar.

Na Inglaterra da segunda metade do século XIX, a entrada das mulheres no campo da medicina era uma necessidade, pois, poderiam trazer mais conforto e segurança às pacientes que muitas vezes sofriam abusos por parte dos médicos. Muitos médicos aproveitavam-se da situação para violar as mulheres em nome da ciência. Isso fez com que ginecologistas e obstetras fossem alvos de ataques das feministas que não acatavam os argumentos dos médicos para o afastamento da mulher da medicina. As feministas defendiam que as mulheres deixavam de procurar os médicos por medo e vergonha, e que esses muitas vezes não realizavam um tratamento eficaz por desconhecimento do corpo e do comportamento das mulheres, quando não negligenciavam o tratamento das mulheres com doenças venéreas para proteger os maridos. Considerando estes e muitos outros aspectos, a entrada da mulher na medicina era vista como uma cruzada moral. (ROHDEN, 2001).

No início do século XX, a literatura da época desenhava o perfil da mulher médica como esposa e mãe desleixada, ou quando não se casavam eram tidas como

figuras assexuadas e transexuadas. Suscetível à influência de seu sistema reprodutivo – que causava instabilidade física e mental – a mulher não era confiável para atender seus pacientes com firmeza e cientificidade.

O movimento feminista da época muito contribuiu para a entrada das mulheres na medicina, pois começava a ser mais ouvido pela opinião pública, que era formada, boa parte, por mulheres. Assim, os médicos tiveram que revisar seus argumentos. As mulheres que ingressavam na medicina começavam a questionar as teorias sobre a natureza feminina com base nos próprios termos científicos usados pelos médicos. (ROHDEN, 2001).

No Brasil, no século XIX, a obstetrícia passa a ser lecionada na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e a cadeira de Partos é integrada às faculdades de medicina. A partir disso, são descobertas e diagnosticadas diversas afecções ginecológicas desconhecidas até então, e os médicos brasileiros passam a olhar os males que acometiam as mulheres com mais cuidado. No currículo das faculdades, a cadeira de Partos era a única relativa especificamente ao corpo feminino. Essa ainda era uma matéria um pouco digna de atenções e os médicos exerciam sua autoridade na regulamentação das práticas das parteiras mulheres.

Em 1832, já havia um curso sobre parto destinado às parteiras, e estas já recebiam certificados concedidos pelos médicos. Nesses cursos, aprendiam a atender as mulheres no momento do parto e os primeiros cuidados com a criança, de acordo com os conhecimentos científicos.

Mas é com a chegada das parteiras estrangeiras e com a implantação do curso de partos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que o exercício da obstetrícia começa a se modificar no Brasil.

Alguns médicos passavam a incluir entre as suas especialidades o tratamento das doenças das senhoras e a assistência aos partos. É digno de nota que entre essas especialidades poderiam estar agrupadas coisas tão díspares como o cuidado dos olhos e das vias urinárias, as moléstias do útero, o estreitamento da uretra, problemas de garganta etc. (ROHDEN, 2001, p.60).

No final do século XIX, as mulheres brasileiras conquistaram o direito de freqüentar as faculdades de medicina. A entrada das mulheres no campo médico baseou-se no fato de que as mulheres médicas seriam as profissionais adequadas para o atendimento de outras mulheres e crianças, devendo, no entanto, se

restringirem a estes pacientes e ao conhecimento de assuntos relativos à reprodução e à infância.

Quando a ginecologia e a obstetrícia se tornaram reconhecidas, as parteiras (comadres ou curiosas, como também eram chamadas), que eram responsáveis pelas práticas adotadas nas questões das doenças femininas e reprodução, vão perdendo espaço.

A primeira mulher médica brasileira estudou nos Estados Unidos e regressou diplomada ao Brasil, em 1882; foi aprovada com distinção no processo de revalidação de seu diploma por professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

D. Pedro II, em 1879, assinou o decreto que abria as portas das faculdades médicas brasileiras às mulheres. No entanto, foi somente em 1887 que a primeira mulher recebeu grau de doutor em medicina por uma faculdade brasileira.

Outras mulheres foram trilhando esse caminho com grandes restrições, pois a medicina era uma profissão considerada masculina. O acesso dessas mulheres à faculdade de medicina não aconteceu sem o enfrentamento de muitas dificuldades práticas e restrições de ordem moral. O assunto gerava polêmicas públicas e a sociedade se dividia entre os partidários da profissionalização feminina e de outros direitos da mulher, e aqueles que defendiam que esta se mantivesse nas funções domésticas.

Apesar de hoje não ser mais questionado a inserção das mulheres na medicina, ainda temos, como maioria, médicos homens. Isso é bem visível no serviço público de saúde. No próprio relato das mulheres entrevistadas, a maioria delas referem-se ao médico de atendimento sempre no masculino. Duas ou três mulheres relataram terem sido atendidas por médicas mulheres na Unidade de Saúde.

Em 1990, o percentual de mulheres médicas na medicina era de 31,5%, passando para 40,1% em 2002. (BRUSCHINI; LOMBARDI; UNBEHAUM, 2006). Existe uma tendência de aumento no ingresso das mulheres na medicina. Essa situação talvez altere para a próxima geração de mulheres a relação da medicina com o corpo feminino. Mesmo com essa constatação, a modificação esperada depende de um conjunto de outros fatores, tais como a masculinização do poder que reina nas escolas de medicina. Um olhar de gênero mais feminino sobre as pesquisas e a prática da medicina no que diz respeito ao corpo da mulher, e,

principalmente, no entendimento crítico das novas médicas sobre o que Bourdieu analisa em “A Dominação Masculina”, também pode contribuir para essa mudança.

A partir da década de noventa, tem aumentado também, de forma considerável, a produção científica sobre gênero e saúde no Brasil. A produção mais significativa foi entre 1990–1995, período em que houve um aumento do número de trabalhos apresentados em congressos da área da saúde. A partir de 1995, também são publicados trabalhos que vieram aprofundar os conceitos e discussões sobre a sexualidade, a saúde reprodutiva e saúde da mulher. Essas publicações de certa forma marcam a consolidação das questões de gênero na saúde. (CORREA, 2002).

5.2. AS FORMAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER E SUA SIGNIFICAÇÃO

Como vimos no capítulo anterior, o câncer, nas estatísticas, foi gradualmente substituindo a tuberculose: à medida que se aumentava o número de casos de câncer, diminuía-se os casos de tuberculose. Isso coincide com o progresso da medicina na descoberta de novos medicamentos para a tuberculose, enquanto os conhecimentos sobre o câncer praticamente não avançavam.

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem doenças diferentes. Resulta de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, o que compromete órgãos e tecidos, e não é controlado pelo organismo. As células que se reproduzem de maneira desordenada é que vão afetar o bom funcionamento do órgão ou sistema. Em casos mais graves, as células malignas separam-se da massa original e são transportadas para outras partes do corpo, onde se reproduzem e vão formar novos tumores. O câncer atinge órgãos, tecidos, sistema sangüíneo e linfático.

Na primeira metade do século passado, no Brasil, quando ainda não se tinha conhecimento das causas do câncer, os médicos imaginavam que era uma doença contagiosa. Após a morte de um doente de câncer, a saúde pública orientava alguns procedimentos de higiene na casa onde morava o doente. Desde então, o câncer começa a carregar o estigma de doença destruidora, de maldição, de doença condenatória. Atualmente, o câncer ainda está relacionado com uma sentença de

morte, com a doença incurável; em muitos casos, isso é real, principalmente nos casos em que o diagnóstico do câncer é feito num estágio avançado da doença, em que a cura se torna mais difícil, levando muitas vezes o doente à morte. Há julgamentos que tratam o câncer como doença terminal.

Segundo Sontag (2002), desde há muitos séculos até bem recentemente, a tuberculose era, do ponto de vista biotipológico, igual ao câncer, que era descrito do mesmo modo que a tuberculose: como um processo através do qual o corpo era consumido. As concepções modernas das duas doenças não puderam ser firmadas antes do advento da patologia celular. Somente com o microscópio distinguiu-se o câncer como um tipo de atividade celular e compreendeu-se que a doença nem sempre tomava a forma de um tumor externo ou mesmo palpável.

Após 1882, o câncer foi definitivamente separado da tuberculose quando se descobriu que esta é uma infecção bacteriana. A partir dos anos 20, apesar de apresentarem sintomas concebidos de forma bem diferentes, o câncer herdava a maior parte dos problemas dramatizados pelas fantasias sobre a tuberculose. (SONTAG, 2002).

O câncer é uma doença que se manifesta em diferentes partes do corpo, não sendo uma doença específica de um único órgão. O crescimento desordenado das células é incessante e muitas vezes letal. Algumas vezes, o câncer pode ser diagnosticado num estágio muito avançado, e/ou pode se manifestar silenciosamente, sem sintoma acentuado. O câncer pode ser entendido como uma doença espacial, uma vez que se prolifera e se espalha pelo corpo. Também é um mal que mutila quando há necessidade de extirpar o tumor e junto com ele uma parte do corpo.

O câncer do colo do útero tem uma evolução lenta, passa por fases pré-clínicas que são detectáveis e curáveis. É o tipo de câncer que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Segundo O Ministério da Saúde, sua maior incidência se dá entre mulheres na faixa-etária de 40 a 60 anos e uma pequena porcentagem na faixa de 30 anos de idade.

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo com o baixo nível sócio-econômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas,

insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros. (BRASIL, 2000, p. 7).

Isso se confirma pelos dados das mulheres entrevistadas em que quase 100% tem uma renda familiar de aproximadamente R\$ 400,00 (quatrocentos reais). Apenas uma das mulheres relatou ter um salário acima de um mil reais.

A realização do exame Papanicolaou antes da implantação do Programa VIVA MULHER era feito de forma desordenada, não sistematizada, atendendo a uma pequena clientela que comparecia à Unidade de Saúde para cuidados relativos à natalidade.

Os fatores de risco associados ao câncer do colo do útero são a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas; a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Estudos epidemiológicos sugerem outros fatores cujo papel não é ainda conclusivo, como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato e o uso de anticoncepcionais. Uma das teorias mais recentes e mais aceitas para a explicação da origem do câncer do colo do útero é a persistência da infecção do Vírus do Papiloma Humano – HPV, que é transmitido sexualmente.

Desde 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais, representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se também que a infecção do HPV é essencial, mas não o suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como co-fatores, tais como a paridade elevada, o início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais. Em relação ao herpesvírus, alguns estudos de caso controle com sorologia tem demonstrado a presença do DNA viral em lesões pré-cancerosas ou cancerosas, mas esta presença é considerada como um marcador da atividade sexual, e não agente ativo da carcinogênese. (BRASIL, 2000, p.9).

Ainda sobre o HPV, O Ministério da Saúde alerta que o vírus estabelece relações amplamente inofensivas e a maioria das infecções passa despercebida regredindo de maneira espontânea. São várias as maneiras de interação com o organismo humano.

Na forma latente a mulher não apresenta lesões clínicas, e a única forma de diagnóstico é a molecular. Quando a infecção é subclínica, a mulher não apresenta lesões diagnosticáveis a olho nu, e o diagnóstico pode ser sugerido a partir da citopatologia, microcolpo-histeroscopia ou a histologia. Na forma clínica, existe uma lesão visível macroscopicamente, representada pelo condiloma acuminado, com quase nenhuma potencialidade de progressão para o câncer. (BRASIL, 2000, p. 11).

No caso do câncer do colo do útero, o órgão afetado é o útero, especificamente o colo, que fica em contato com a vagina. A história natural do câncer do colo do útero é descrita, de forma clássica, como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos.

Para entendermos melhor como se dá esse processo, devemos saber que o colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que são arranjadas de forma ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais¹⁶ (NIC), esta estratificação fica desordenada e pode dividir-se em três graus:

- NIC I – quando essa desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado tem-se uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I.

- NIC II – quando a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, há uma displasia moderada ou NIC II.

- NIC III – quando o desarranjo é observado em todas as camadas.

Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas essas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero. (BRASIL, 2000, p. 13).

O controle do câncer do colo do útero representa um grande desafio para a saúde pública. As ações de prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, com algumas exceções regionais, não conseguiram causar impacto sobre a incidência da mortalidade da doença no país, devido a dois motivos principais: a falta de uma política nacional que articulasse as diferentes fases do Programa VIVA MULHER (recrutamento, coleta, citologia, tratamento dos casos positivos, etc.) de forma

¹⁶ Na população brasileira pouco se sabe sobre a evolução dessas lesões. Em estudos realizados no município de Paulínea e com base nos dados do Ambulatório de Oncologia Ginecológica da UNICAMP, pode-se deduzir que a prevalência de NIC I - que tem menor risco de evoluir para carcinoma invasor - é maior por volta dos vinte anos e a do NIC III – que tem maior risco para evoluir para carcinoma invasor – é baixa na mulher jovem e aumenta progressivamente a partir dos trinta anos. Importante estudo realizado demonstra que para 57 NIC I que regridem espontaneamente, apenas uma evolui para carcinoma invasor; para cada nove NIC II que regridem, uma evolui para carcinoma invasor; e, para cada três NIC III que regridem, uma evolui para carcinoma invasor. (ZEFERINO e GALVÃO, 1999, p. 349).

equitativa em todo o território nacional; e, a avaliação adequada dos resultados obtidos.

O câncer do colo do útero é uma doença que tem um crescimento lento e silencioso. A sua detecção precoce ou a detecção das lesões precursoras é plenamente justificável, pois a curabilidade pode chegar a 100%, e em grande número de vezes a resolução do tratamento ocorrerá ainda em nível ambulatorial.¹⁷

O exame citopatológico é hoje o método mais utilizado na detecção precoce desse tipo de câncer e é o mais empregado em mulheres assintomáticas. Por ser uma técnica de alta eficácia, de baixo custo e indolor, a citopatologia é considerada ideal para o rastreamento da doença. O diagnóstico citopatológico não é suficiente, tendo que ser confirmado pelo exame histopatológico através de biópsia.

A realização da biópsia deve preferencialmente ocorrer sob visualização coloscópica, já que o procedimento às cegas apresenta alta taxa de falso-negativo. A taxa de falso-negativo da citopatologia (isto é, o exame que teve resultado negativo, mas que não é verdadeiramente negativo) pode variar até 30% na dependência da subjetividade (intra e inter observadores) e por vários fatores, desde a coleta do material, fixação e coloração da lâmina, leitura do esfregaço e, finalmente, a interpretação do exame.(BRASIL, 2000, p. 23).

Os programas de rastreamento do câncer do colo do útero baseiam-se na teoria de que os casos de carcinoma invasivo são precedidos por uma série de lesões: as neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC), que podem ser detectadas e tratadas.

¹⁷ Para Schunemann Junior (2000), que pesquisou a aplicação da quimioterapia neoadjuvante em câncer localmente avançado de colo de útero, “o tratamento preconizado para cânceres de colo de útero em estádios iniciais (I e IIA), é cirúrgico ou radioterápico exclusivo, em função de ambos apresentarem resultados muito semelhantes entre si, obtendo-se sobrevida global em 5 anos, com variação de 80 a 100%. Mesmo assim, há de se observar as vantagens e desvantagens entre as opções cirúrgica e radioterápica, para o tratamento de câncer inicial do colo. Sobre as principais vantagens obtidas com tratamento cirúrgico, há a preservação da função ovariana, principalmente em pacientes jovens, e a continuidade da atividade sexual, em função de melhor conservar a anatomia vaginal. Em contrapartida, o tratamento pela radioterapia pode causar lesões actínicas vaginais as quais freqüentemente provocam estenose de modo a impedir a adequada função sexual. Inclua-se aí o fato de, pela radioterapia, provocar lesões ovarianas, com possibilidade de falência precoce dos ovários. Além disso, pode o tratamento radioterápico também causar lesões actínicas de reto e de bexiga; aliás, situações em sua maioria irreversíveis, com pioras acentuadas ao longo do tempo. Com relação às principais vantagens da radioterapia, além dos baixos riscos ao procedimento comparados aos riscos cirúrgicos e anestésicos, também evitam-se as dificuldades técnicas encontradas em cirurgias de pacientes obesas. Os resultados, quer cirúrgico, quer radioterápico, obtidos durante estádios iniciais de câncer de colo uterino (IB até IIA), são muito bons; embora deixem a desejar em tumores localmente avançados (IIB ao IVA). Em casos de câncer de cérvix localmente avançado, não se indica tratamento cirúrgico. Postura justificada pela lesão extensa, situada além dos limites ideais de ressecabilidade; e, portanto, a radioterapia exclusiva ainda é o tratamento padrão preconizado.” (SCHUNEMANN JUNIOR, 2000, p. 7).

Algumas mulheres entrevistadas, apesar de fazerem parte de uma listagem com diagnóstico positivo para carcinoma invasor, adenocarcinoma in situ e adenocarcinoma invasor, relatavam que estavam com neoplasia intra-epitelial cervical.

Bruna, por exemplo, afirma que estava com uma cirurgia agendada, mas não sabia explicar direito o que tinha. Relata que seu diagnóstico é de NIC, quando na verdade está numa listagem com um diagnóstico de carcinoma. Com Márcia também acontece o mesmo. Isso pode demonstrar um desconhecimento sobre o processo da doença ou mesmo uma negação da doença.

- Eu não sei contar direito... a moça começou a me explicar... tenho que fazer o tratamento. Daí deu no preventivo, daí eu fui, deu NIC II parece, III parece. E daí eles falaram que eu tinha que fazer uma cirurgiazinha, enquanto é tempo, para não virar um câncer; e é essa que eu vou fazer. (Bruna, 50 anos, viúva, mora com companheiro, 9 filhos, 3ª série 1º grau).

- Eu acho que primeiramente a saúde da gente é uma coisa muito importante, certo? Eu vou entrar em um detalhe com você que talvez você desconheça. Eu estou no Erasto Gaertner, estou em tratamento lá. Eu entrei lá com NIC I, cheguei a NIC III. Eu estou há dois anos e pouco já lá, então eu acho que higiene em primeiro lugar, a prevenção, são todos os cuidados básicos que uma pessoa deve tomar. Certo? Isso é muito importante, o que muita gente não faz hoje. (Márcia, 43 anos, solteira, uma filha e uma neta 4ª série 1º grau).

Hilária nos disse que no resultado do seu exame preventivo deu um vírus, sem saber dar maiores detalhes; relata que tem uma mancha e que seu diagnóstico é um NIC. O relato de Hilária era um pouco confuso e mostra que ela não tinha clareza do processo da doença. Também tem um diagnóstico de carcinoma pela listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

- É um tipo de um câncer, mas daí é só no colo do útero, daí eles fizeram a conagem que falam, conização, conagem...

- Conização...

- Conização. Daí eu fiz tratamento de março até agora, colocando o creme Cremarim. Agora, segunda-feira era o dia da revisão, ela disse que é uma mancha e essa mancha aumentou de novo que agora já me deu todos os exames que fazer novamente outra (cirurgia), não sei se é o mesmo tipo, é por baixo também, tipo conização.

Eu acho que é NIC. Parece que está no terceiro grau, ela me falou. NIC III, isso mesmo, NIC III. Ela [a médica] falou que tem de tirar essa mancha. Só que eu não fiquei entendendo o que é essa mancha, porque ferida não é, ela disse que ferida não é. (Hilária, 68 anos, casada, dois filhos, analfabeta).

Algumas pessoas associam o câncer a processos de somatização. O câncer é uma doença ligada à insuficiência de paixão, atacando os que são sexualmente

reprimidos, inibidos, não espontâneos, incapazes de exprimir o ódio. (SONTAG, 2002).

Essa é a semelhança mais contundente entre os mitos que envolvem a tuberculose e o câncer. Ambos são ou eram encarados como doenças da paixão. Na tuberculose, a doença era relacionada a uma paixão excessiva, enquanto que no câncer está relacionada a uma insuficiência de paixão, uma repressão de sentimentos que causa a doença e, na forma mais antiga desse mito, os sentimentos reprimidos eram de ordem sexual.

Associa-se o câncer a uma repressão de sentimentos como raiva, ódio, ressentimentos. Mas, apesar disso, não perde sua característica de doença do horror, devastadora, destruidora, muitas vezes afastando o doente da família, dos amigos e do convívio social.

No relato de Beatriz, é possível identificar como associa o seu câncer à história vivida com seu marido, que passou de pai amoroso a um homem violento. Relaciona a tristeza que sentia, em função desse comportamento do marido, com a origem da doença. Beatriz dizia estar separada do marido, mas ele ainda vivia em sua casa. A ocorrência da doença pode abrir caminho para a introspecção sobre as decepções que alguém tem consigo mesmo ou com o outro.

-Então por isso fiquei muito abalada. Eu cuidava demais da minha saúde. Se bem que eu acho que eu cuidava da parte da alimentação, cuidava da parte, assim, achando que fisicamente eu estava bem, mas eu não cuidava da parte emocional da minha saúde. Eu tive uma vida muito tumultuada, emocionalmente, sabe, questão familiar mesmo. Eu sofri muito com meu esposo depois que a gente veio para Curitiba, agora vai fazer nove anos que nós estamos aqui, e ele mudou assim da água pro vinho. Ele mudou, sabe. Antes ele era um pai amoroso, ele era uma pessoa assim que cuidava da família. E quando a gente veio para cá, ele mudou o conceito de família. Daí ele passou mais com os amigos, noitadas fora, e ele passava a noite inteirinha fora, chegava de madrugada. E eu passava a noite toda chorando, esperando que ele chegasse e ele não chegava. E quando ele chegava em casa, ele me tratava mal, e eu perguntava: - o que aconteceu? Você chegou tarde! - Não te interessa! Ele respondia.

Por que? Sabe, então isso, acho que essa amargura, essa parte assim de chegar ao ponto que eu passava a noite toda chorando. E eu acho que tudo isso foi causando uma tristeza. O médico, lá do Erasto, falou pra mim que a vida muito triste causa doenças. Mas, aparentemente, eu estou bem. Assim, porque a tristeza que eu sentia... Talvez isso tenha causado essa doença... os maus tratos também que meu marido me dava, na questão psicológica, na questão de mulher. Ele chegava em casa bêbado, altas horas da noite, me procurava como mulher e eu não tinha condições. Eu me sentia violentada, sabe? No começo eu aceitava, mas, depois, eu passei a entender que eu tenho que cuidar do meu corpo, e eu não quero algo assim e não vou aceitar. Então, talvez isso, tenha causado essa lesão... (Beatriz, 41 anos, separada, dois filhos, 8ª série 1º grau).

Por outro lado, há tentativas de explicar a doença como expressão do caráter. A idéia romântica de que a doença exprime o caráter é “invariavelmente ampliada para afirmar que o caráter é a causa da doença - porque não se exprime por si só. A paixão volta-se para dentro, golpeando e destruindo os mais profundos recessos do organismo”. (SONTAG, 2002, p. 61) Os médicos preferem tratar as causas externas com profilaxia e desinfecção em vez de procurar as verdadeiras causas internas.

Pelas conseqüências trágicas que acarreta, o câncer acaba se constituindo como uma metáfora nas sociedades modernas, metáfora essa que pode nos ajudar a compreender a visão de mundo de uma sociedade. Existem também perigosas opiniões que atribuem o ônus da doença ao paciente, como se ele fosse o culpado por contrair ou manifestar a doença, o que pode enfraquecer a sua capacidade de compreender o alcance do possível cuidado médico e, com isso afastá-lo do tratamento. Há muitas e muitas pessoas que têm estados depressivos, vivem sentimentos de raiva, ressentimentos e traumas, e que não têm câncer. Isso faz parte da condição humana. As teorias psicológicas atribuem ao paciente tanto a responsabilidade da doença quanto a de curar-se.

Basicamente, a doença é interpretada como um acontecimento psicológico e as pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença. Essas duas hipóteses são complementares. Enquanto a primeira parece afastar a culpa, a segunda restabelece. As teorias psicológicas da doença são um meio poderoso de pôr a culpa no doente. Os pacientes que estão sendo instruídos no sentido de que, involuntariamente, causaram sua própria doença, também estão sendo levados a sentir que eles a mereceram. (SONTAG, 1984, pg. 73).

O enfrentamento da doença grave, principalmente daquela que carrega consigo a possibilidade da morte próxima, pode ser suavizado entregando-se o doente ou a sua cura ao sagrado, à religiosidade, a Deus.

Encontramos em todas as mulheres entrevistadas um vínculo religioso, uma vez que todas disseram ter uma religião e serem praticantes dessa religião, portanto todas manifestaram sua fé na cura ou tratamento da doença. Algumas atribuíram sua cura ou melhora no tratamento exclusivamente a Deus, parecendo-lhes ser muito difícil entender como essa cura poderia ser obra do saber médico e da condição de seu corpo.

- No começo, assim, eu procurei tirar da minha cabeça, não ficar pensando. Pra mim, eu pensava assim, que eu não tinha nada. Porque eu achava que se eu fosse pôr na minha cabeça ia ser pior. Agora, por último, que eu estava mais, tinha mais na cabeça. Mas eu sempre procuro tirar e confiar em Deus, tem de ter a cura. (Fernanda, 52 anos, casada, quatro filhos. 1ª série 1º grau).

Todas as mulheres entrevistadas em algum momento manifestaram sua fé, associando esta a seu tratamento ou a sua cura. Segundo Rasia (2003), essa fé revela que para os doentes Deus é o senhor do tempo, e só ele poderá determinar o tempo necessário para que a cura se efetive. Se o abismo – a morte – a que a doença pode conduzir, não puder ser evitado, pode ao menos ser recoberto das significações dada pela religião.

- E aí meu filho perguntou para ela, pra doutora, o que vinha a ser e como é que estava o câncer. Ela falou assim: - Olha é que está... ele está bem adiantado. Ele não está assim no comecinho, e nem está na hora de ele estourar. Ele está mais pra diante da metade, só que ele está localizado no lugar que não dá para operar; ele está em cima do colo do útero, uma parte dele para dentro do útero, e encostado na bexiga, e encostado no reto; então ele está nesse canto ali, sabe. E se operar e ele vai atingir a bexiga e vai atingir o intestino.

Aí eu fiquei quieta. Aí o César falou assim: Oh, doutora, primeiramente Deus que é médico dos médicos, depois vocês e Deus que trabalha nas vossas mãos, está nas vossas mãos; que faça o que achar que é certo, necessário, fazer.

Minha filha, eu só chorava. Eu, agora que eu estou mais calma, que eu consigo falar sem chorar... (Bárbara, 63 anos, divorciada, oito filhos, 20 netos, sete bisnetos, 3º ano 1º grau).

Pelo seu relato, Bárbara mostra que seu filho entrega o tratamento da mãe a Deus, através das mãos da médica. No relato abaixo, Úrsula demonstra como atribui a Deus tanto sua doença, quanto sua cura.

- Eu não fiquei aborrecida coisa nenhuma. Porque é permissão de Deus, eu acho assim. Porque nós crentes, nós achamos que toda a enfermidade, toda prova que vem para nós é permitida por Deus. Porque o senhor Jesus, quando ele quer a alma da pessoa ele purifica ela, entendeu? Aí, eu logo falei para os meus filhos, eu falei: oh, eu estou assim, assim, eu estou com câncer. Eu não quero que vocês fiquem chorando em volta de mim, nem se lamentando, porque é por Deus. Se Deus permitir e quiser ele me liberta. Então, eu não quero ninguém chorando em volta de mim, se lastimando, de jeito nenhum. Eu continuei minha vida normal, igual eu era quando eu tinha toda minha saúde. Estou normal até hoje. Louvado seja Deus. Ele me deu toda a paciência, todo dia estava no caminho do Erasto, com a minha filha, ela me levava, me encaminhou tudo direitinho. E eu fiz todo esse tratamento alegre e contente do jeitinho que eu era quando eu tinha toda a minha saúde. E assim que eu estou até agora, não me aborreci, não. (Úrsula, 74 anos, separada, analfabeta, vive com uma filha e cria dois netos).

A possibilidade da morte por um lado e, por outro, o desejo de cura que poderá vir de algum lugar – seja através da equipe de saúde, seja através do poder divino, segundo Rasia,

...atuam sobre o doente e seus familiares muitas vezes no sentido de recuperar uma religiosidade abandonada, quer porque na divindade ou no sagrado se imagina que possa estar a cura para o câncer, quer porque se tenta buscar uma explicação para a origem do sofrimento. Ou ainda, porque voltar-se para a eternidade, representa em certa medida, para muitos dos doentes já em estadios clínicos considerados sem possibilidades terapêuticas, designação mais recente para o 'doente terminal' pela medicina, a negação da morte a afirmação da imortalidade. (RASIA, 2003, p.4).

Íris volta-se para Deus na tentativa de entender seu sofrimento. Frente à ameaça da doença, o doente busca na sua fé e no seu conteúdo religioso a compreensão sobre a sua situação de saúde e até mesmo espera que haja orientação sagrada para conduzir seu caminho frente à doença. As religiões procuram apresentar um caminho rumo à imortalidade, como uma caminhada para frente, em direção à saída.

*- No começo, eu comecei a chorar, é que nem meus filhos, meus piás já sabiam, que eu já tinha falado que tinham me chamado aqui [na US], que não era muito bom. Eles estavam viajando na época, daí o mais velho ligou e eu falei, digo: óh, já tinha ido para lá, tudo, daí o médico falou que é começo de câncer. Ele queria contar pro pai, que estavam tudo junto lá em Rondônia. Ele ficou sabendo [o marido], diz que se trançou no caminhão e falou: se a mãe morrer, pronto, acabou tudo...
E aí eu peguei, fiquei chorando, dando uma tristeza, pedi perdão; pensei: não, não é assim que Deus quer. Daí eu peguei e comecei a rezar e pedir; aí disse: Deus me ilumine, o que que eu faço? (Íris, 46 anos, casada, 4 filhos, 3ª série 1º grau).*

A medicina classifica e diferencia os doentes de acordo com a gravidade e o estadiamento clínico da doença, ou seja, a equipe de saúde trabalha com casos de diferentes estadios de evolução e diferentes gravidades. Com isso, podem-se esperar respostas diferenciadas de cada paciente conforme o enquadramento do seu caso. Mesmo com o acompanhamento do paciente através do saber e da tecnologia médica, não se pode evitar as diferentes respostas do organismo de cada paciente que muitas vezes não correspondem aos padrões esperados e estabelecidos. (RASIA, 2003).

Rasia (2003) ainda apresenta uma reflexão sobre o tempo sagrado e o tempo histórico ou cronológico. Os traços de religiosidade sempre irrompem nos indivíduos quando estes se deparam com a morte e com doenças graves, como o câncer.

Quando os doentes atribuem a Deus sua doença ou sua cura, dessa forma o tempo sagrado se sobrepõe ao tempo histórico.

A sobreposição do tempo sagrado ao tempo histórico é particularmente delicada quando tratamos de analisar a categoria tempo e sua representação nesta situação de doença que exige longos períodos de tratamento e muitas vezes de internamento hospitalares porque encontram-se aí de forma muito estreita as relações entre ciência (representada pelo saber médico) e vida. Em outras palavras, encontramos um tempo que atua no sentido da transformação do corpo pela doença, no caso do câncer, e ao mesmo tempo o uso do saber médico atuando no sentido de barrar o movimento doença-morte e recompor o corpo no sentido cura-vida. (RASIA, 2003, p. 2)

O tempo histórico ou cronológico é o tempo medido pelo relógio e pelo calendário, é o tempo utilizado pela equipe de saúde para informar ao paciente uma noção da extensão temporal de seu tratamento.

- Estou com quatro anos, já vai fazer que estou com tratamento. Agora, eu fui em fevereiro e marcaram a data... porque eu tenho meus papel tudo aí, na data certa. Chegou lá o médico pediu que é pra mim voltar agora em junho, em junho, dia 20, que eu tenho marcado. E fui pra ele fazer novos exames que naquele dia que eu fui ele não pode fazer, porque estava numa cirurgia muito forte, muito grande. Ele pediu, mandou pedir desculpas e marcou pro mês de junho para eu comparecer. Mas nesse meio, se eu precisar, é pra mim ir à noite, que tem o plantão à noite, que eu sou bem atendida. (Jussara, 68 anos, casada, onze filhos, analfabeta).

Nesse relato, Jussara afirma que foi a uma consulta no mês de fevereiro, quando não foi atendida porque o médico estava realizando uma cirurgia, sendo a consulta transferida para quatro meses mais tarde. O serviço de plantão lhe foi disponibilizado, caso houvesse alguma emergência.

O tempo para o médico (e para todo o corpo hospitalar), é a expressão de uma íntima relação entre urgência e paciência, entre estados de melhora e de piora dos doentes, entre crise e estabilidade, entre espera e desfecho. Mas corresponde sempre ao tempo cronológico. A duração desse tempo, embora marcado pelo relógio e o calendário, assume uma dimensão especial, dado que é sempre o intervalo entre a ação médica e a resposta do doente. A este intervalo propomos uma denominação e com ela uma significação especial: tempo clínico. (RASIA, 2003, p. 3)

O tempo clínico é o resultado da interação entre a ação médica e a resposta do doente. As horas, os minutos, os meses, os dias, não podem ser tomados isoladamente, somente em relação à condição do doente e a equipe de saúde. Dessa forma, o doente recupera a dimensão sagrada do tempo através da ressignificação da religiosidade.

Esta resignificação da religiosidade entre doentes e seus familiares inscreve-se numa tentativa de barrar o avanço do tempo e sua linearidade cronológica. No nível imaginário, é a reatualização do tempo cíclico, enquanto negação da aproximação do fim. (RASIA, 2003).

Dessa forma, podemos compreender o significado do tempo para o doente, que não deixa de ser um tempo misto entre o tempo sagrado e o tempo histórico ou cronológico. Algumas mulheres relataram que esperavam muito tempo para iniciar o tratamento ou mesmo para descobrir seu real diagnóstico. A demora para iniciar o tratamento pode representar o avanço permissivo da doença. O início do tratamento estanca a doença.

Quando a melhora acontece num tempo clínico previsto, ou antes desse, os componentes que se sucedem num determinado tipo de tratamento “podem ser geradores de satisfação e afirmação da medicina enquanto saber e do médico enquanto profissional; ou podem ser geradores de sofrimento quando a melhora não ocorre no tempo previsto ou então quando o doente morre.” (RASIA, 2003, p.11).

Yasmim relata quanto tempo levou até descobrir a causa de seus sintomas que eram tratados e não cessavam. Mostra sua peregrinação pelos serviços do Hospital e que mesmo após seu diagnóstico confirmado houve uma tentativa frustrada de cirurgia, sendo encaminhada a tratamentos de radioterapia. Ela não foi atendida pela Unidade de Saúde, foi atendida diretamente pelo Hospital de Clínicas que apesar de não ser o hospital de referência do Programa, também atende oncologia entre suas especialidades.

- ...É, um sintoma da menopausa eu achei que fosse. Só que daí começou a persistir, sabe, eu ficava assim, muito tempo menstruada, mas muito, muito, mesmo, que eu não aguentava trabalhar. Daí eu comecei... eu ia na maternidade, na emergência, daí os médicos me examinavam, me davam remédio e não resolvia nada, em vez de melhorar eu piorava, sabe. O muito que eu ficava assim sem sangramento eram uns cinco dias. Depois começava tudo de novo, pra mim era demais. Eu fui, fiz um monte de exames, fiz ecografia, tudo, e não constava nada, não dava nada. Eles não conseguiram achar o porquê da hemorragia, sabe. Chegaram à conclusão que era por causa que foi feita a laqueadura, que foi depois que eu fiz a laqueadura. Fiz uma outra ecografia e daí eles acharam três pontos. Fiquei internada pra retirada daqueles três pontos. Tomei anestesia, sofri e não saiu nada, nada, nada, não conseguiram tirar nada. Depois disso continuou a hemorragia. E, agora, em agosto do ano passado, a médica achou o problema. Foi até, no dia 18 de agosto que ela falou pra mim que eu poderia, provavelmente, eu estaria com câncer no colo do útero. Foi feito exame... uma biópsia. E daí ela já mandou eu ir na outra quarta-feira, já na oncologia. Eu fui e o resultado deu positivo. Já fazia mais de um ano que eu estava fazendo tratamento e eles estavam achando que era da cirurgia, da

laqueadura e não era da laqueadura. Voltei pro hospital e fiz a cirurgia dia 4 de novembro, para a retirada.. Mas, não deu para retirar nada, porque já tava se espalhando pro lado esquerdo. A médica explicou que se ela mexesse... porque você sabe [falava para a pesquisadora], você estuda, você sabe que o câncer é assim, que não tem mais no que mexer. E você deixa quieto, ele fica. Mas, se você mexe e não dá para retirar tudo, daí volta, a gente sabe disso. Você sabe melhor do que eu, porque você estuda tudo, então você sabe. Ela me explicou assim. Que não daria para mexer porque já estava se espalhando, e estava tipo assim, se enraizando, e daí não ia dar para tirar a raiz, então daí se eles mexessem, eu não estava aqui nessa hora, com certeza...(Yasmim, 45 anos, divorciada, três filhos solteiros, 6ª série 1º grau).

O sofrimento produzido pela manifestação da doença, o sentimento de solidão, aliados à incerteza quanto à cura podem ser os principais marcadores do tempo para o doente. Esse tempo para o paciente, mascarado pela expressão do sofrimento físico e psíquico, é mesclado com os elementos de sua religiosidade e isso implica também uma relação com o tempo sagrado.

No relato de Jussara, observa-se seu desespero quando soube que estava com câncer do colo do útero, acreditando que isso não poderia estar acontecendo com ela.

- Ah, eu fiquei muito nervosa... Eu incomodei todo mundo, incomodei todo mundo, eu chorei muito e telefonei pra um filho, telefonei pra outro, fiquei desesperada, não sabia o que é que era. Porque eu cheguei lá [na US], a moça: tal dia você venha pegar o resultado. Eu fui, e antes daquele tal dia, ela ligou para mim que eu fosse pegar que ele já estava lá. E quando eu cheguei, menina você nem imagina: uma olhava pra outra, outra olhava para outra. Eu já fiquei pensando: o que será que tão olhando uma para outra? Eu me olhei assim será o que que eu tenho? A doutora Marlene mandou eu entrar, sentei, e as outras todas saíram. A doutora Marlene falou para mim: olha Jussara, você está com problema sério, você está com câncer de útero. Quando ela falou assim, parece que me deu um medo. Fiquei zozza, fiquei atordoada, não falei nada. Só dei aquela respirada funda, e vim. Quando cheguei na metade do caminho, eu vim pensando: mas, nossa. o que é isso? Eu? Que sou uma mulher tão sadia, tão, toda feliz da vida, estou com esse problema... (Jussara, 68 anos, casada, onze filhos, analfabeta).

Tatiana fala da sua incerteza em relação à cura. Ela fez histerectomia e mais nenhum outro tratamento. Sente-se insegura, acredita que nunca mais terá tranqüilidade em relação à doença.

- Bom, pra dizer a verdade, eu não estou tranqüila. Até hoje, ainda, eu deito na cama e fico pensando as coisas. Só que, quando é dia da consulta você vai lá, pensando, e pensando, e esperando, e não esperando, e não pensando. Você vai e faz exames, está tudo bem e fica tranqüila. Dois meses, três meses, quatro meses fica bem. Quando marcam tua vez, que chega pra próxima consulta, daí já começa. Já começo a ficar nervosa, já começo a ficar... já começo a me dar uma coisa. Esse último exame demorou um pouquinho mais, eu já estava meio... Eu vi já, já deve ter dado

algun... não, mas se tivesse dado alteração já tinha vindo antes, e não depois, . Eu acho que nunca mais fica tranqüila. Dá uma dorzinha, pronto, estou com problema. Nunca mais. (Tatiana, 35 anos, casada, três filhos, 2º grau completo.)

Para Rasia (2003), a experiência e o sofrimento vividos pelos pacientes vão introduzir novos traços ou marcas na subjetividade que correspondem à interiorização dessa experiência, demarcando para o doente, nova subjetividade. Isso confirma a afirmação de Canguilhem, segundo o qual “a saúde que sucede a cura não é a saúde anterior. A consciência lúcida de que curar não é voltar, ajuda o doente em sua busca a um estado de menor renúncia possível, liberando-o da fixação ao estado anterior” (CANGUILHEM, 2004, p. 97, tradução nossa)¹⁸.

Cada doente sofre a seu modo, um sofrimento único e singular. Para RASIA (2003), o sofrimento vivido pela doença introduz na subjetividade do paciente marcas de uma experiência extremamente desagradável e dolorosa que só é suportada pela esperança da cura.

Sandra relatou que fazia periodicamente os exames preventivos na Unidade de Saúde e mostrava-se revoltada porque acreditava demorarem muito tempo para lhe informar sobre o resultado, o que teria atrasado as cirurgias que fez. Mostrou-se indignada diante da persistência de seus sintomas, cujo tratamento indicado pela Unidade de Saúde não teve resolução. Relacionava a não aceitação da doença à forma como foi tratada pela Unidade de Saúde, acreditando que, se lhe tivessem informado o diagnóstico com mais agilidade, não estaria num estado tão grave de saúde. Associado a isso, após o câncer do colo do útero, foi diagnosticado câncer de reto. Isso a leva ao desespero.

É... pois daí deu, o problema do câncer no útero. E daí o médico... eu estava fazendo aqui, diz que tava tudo bem, tudo bem, tudo bem. Aí quando foi deu os cinco, estava completando os cinco exames que eu fiz... Que davam bem. Daí começou a aparecer uns sintomas que eu nunca... assim, um corrimento com sangue, uma coisa muito feia e fedida. Eu falei, não, mas eu nunca tive isso aí. É daí, graças a Deus, não é de andar com homem... eu já estava sozinha. E eu tinha certeza, assim. Mas que coisa! Daí peguei e fui consultar. Fui na avaliação e nem me lembro quem que me atendeu, sei que foi um homem, lá. E, ainda daí eu expliquei: eu falei, óh, escuta, eu estou assim, assim, assim assado. Aí ele falou: não, mas o seu exame está bom. Eu levei o exame. – Ói, aqui o seu exame está bom. Eu falei: pois é, mas e porquê que então está assim, então eu queria que eles me encaminhassem... – Não, mas não precisa, olhe, aqui seu exame, está bom [falava o médico].

¹⁸”La salud que sucede a la curación o es la salud anterior. La conciencia lúcida de que curar no es volver, ayuda al enfermo en su búsqueda de un estado de menor renuncia posible, liberándolo de la fijación al estado anterior.” (CANGUILHEM, 2004, p. 97).

Teimou ainda comigo. Falei: não, não vou ficar assim, nunca tive isso aí, eu falei. Então, encaminha aí, se não tem médico aqui. Me encaminhou pra um lugar, pra mim fazer. – É, então eu vou encaminhar a senhora, mas vai demorar [falava o médico]. Eu falei: não faz mal que demore, só que eu tenho que ver o que é que é isso. Me dava assim, tipo uma dorzinha na barriga, tipo uma dor de barriga, não assim, como ficou mais forte depois. Mas, daí levou acho que uns três dias, veio esse tal exame pra mim fazer, e eu fui lá... (Sandra, 53 anos, solteira, um filho, 2º ano 1º grau).

Pelo seu relato, Sandra demonstra que teve que insistir em seu tratamento. Teve que convencer o médico da Unidade de Saúde que seus sintomas não eram normais, pois, para o médico, como seus exames tinham resultados negativos, ela deveria estar bem. E Sandra continua...

- Daí eu contei pra eles, lá do Posto da Marechal [Unidade de Saúde da Mulher], daí eu expliquei pra eles, tudo. Ele falou assim, o médico de lá, falou, assim, fizeram o preventivo, daí no primeiro preventivo o médico falou, assim: É, está estranho D Sandra, seu útero está estranho. Eu falei: pois é, porque eu não sei, nunca tive, doutor; o senhor veja meus exames, está tudo bom, tudo bom. Ele falou: está, mas não está bem, não. Daí, naquele dia ele marcou, não me lembro se foi para outro dia, eu sei que não demorou, levou um dia, marcou pro outro pra fazer biópsia. Eu fiz, aí já telefonaram para cá. Pensei: decerto não deu bom porque telefonaram até antes do prazo. Eu fui e ele falou pra mim... [Sandra começa a chorar].

Ele mandou direto pro Erasto. Eu... então, é grave? [continua chorando]. Eu disse: mas eu sei quem vai falar doutor... Ele disse: não, eles vão marcar já uma cirurgia para a senhora. Isso foi em outubro, em dezembro eu estava fazendo essa cirurgia. Eu falei: mas vai ter que fazer? Ele falou: é, vai ter que fazer, mas eu já vou encaminhar a senhora pra essa cirurgia. Ele me encaminhou pro Erasto, daí eu fui.

- Daí a senhora fez a cirurgia?

- Não, daí eles disseram que iam fazer os exames, primeiro, para ver. Daí, eu fiz o primeiro lá, o preventivo, mais dois; daí eles disseram que não iam operar, não; que eles iam fazer todo o tratamento, só se precisasse. E daí, o médico do Posto lá, falou assim pra mim, quando eu mostrei os exames, ele falou: mas por quê que eles não mandaram, já, esses exames da senhora? Porque eu não sei, eles disseram que estava bom. Ele falou: o primeiro deu infecção, o segundo deu infecção, o terceiro ainda estava, já, sabe? Ele disse: já tinham que ter mandado a senhora. Eu falei: pois, é, não sei, disseram que estava bom. Ele falou: oh, D Sandra, não é que eu queira desanimar a senhora, eu vou falar a verdade, tivesse visto isso antes, a senhora ia fazer pouco tratamento, agora não sei, daí eu já vou encaminhar a senhora pra lá e talvez vai ter que fazer cirurgia. Eu falei: bom eu vou fazer o quê? Lá no hospital do Erasto também falou pra mim: oh, D Sandra, se a senhora viesse, começasse antes, não ia... [Sandra começa a chorar novamente]. (Sandra, 53 anos, solteira, um filho, 2º ano 1º grau).

Claramente observa-se que Sandra não tinha nenhum esclarecimento por parte dos profissionais de saúde sobre seus sintomas. Aqui mais uma vez verifica-se o atendimento frio e sem acolhimento da Unidade de Saúde.

Ao mesmo tempo que Sandra relata seu desespero, não sabe precisar seu diagnóstico. Apesar de relatar seu diálogo com o médico, designa uma irmã (que

estava presente na entrevista) como interlocutora com o médico. Atribuía e confiava à irmã o conhecimento sobre sua doença. Em algum momento da entrevista, disse que tinha um “câncer benigno”. Demonstrava não querer detalhes sobre a doença e o tratamento. Dizia que era a irmã quem sabia de tudo. Não saber os detalhes da sua doença e do tratamento era uma forma de “afastar o sofrimento”, mas mesmo assim ele não deixava de ser intenso.

Rasia faz uma interpretação sobre o silêncio, o que é dito e não dito, de mulheres com câncer ginecológico. Nomear ou silenciar tem ao menos duas possibilidades: fazer um laço com o outro, mediado pelo objeto; ou não fazer o laço, o que não significa negar ou recusar o laço.

O fato da palavra não circular, não significa que seus efeitos não sejam sentidos, tanto por aquele que denominei o sujeito (da palavra) quanto por aquele que denominei o outro (a quem é dirigida a palavra); o que fica destituído de sentido é o caráter triangular da relação. (RASIA, 2005, p. 3)

A tentativa de se defender do sofrimento, e no relato de Sandra ela demonstra isso, é um outro sofrimento que pode se apresentar como uma reação fóbica à palavra, pois saber mais sobre seu problema pode não ser suportável. Saber sobre a doença e o tratamento a ser realizado pode causar angústia que ultrapassa o limite do aceitável. Saber muito sobre a doença e o tratamento pode causar medo e isolamento. (RASIA, 2005).

Sobre a associação do câncer do colo do útero com outro tipo de câncer, foram encontradas duas mulheres entrevistadas que, além de terem esse tipo de câncer diagnosticado, tinham também câncer no reto. O Ministério da Saúde reconhece que, por extensão e contigüidade, o câncer do colo do útero pode invadir os paramétrios lateralmente, o corpo uterino superiormente, a vagina inferiormente e a bexiga ou reto se a infiltração for anterior ou posterior.

Das mulheres entrevistadas, demonstravam maior sofrimento as que eram submetidas à radio-moldagem, braquiterapia ou radinho, como é comumente conhecido.

- Foi tipo quase uma cirurgia. A gente vai pra sala de cirurgia e lá o cirurgião é que faz o serviço do radinho. Ele coloca. Aplica anestesia porque é muito pesado. Ele aplica anestesia do meio para abaixo, assim e tal. Ele faz o trabalho, são três pecinhas compridinha, assim, à base de uns 20 cm mais ou menos e meio grossinha, tipo a grossura de uma pilha de rádio grande. Ali ele faz todos os trabalhos dele com aqueles radinhos. E eles, eles protegem bastante o útero da pessoa, por dentro, com uma gaze, com uma coisa, com outra. E ali eles colocam, aquilo é muito bem passado. Eu senti que eles me

socavam, assim, eu via que eles me socavam, eu só não sentia dor porque estava anestesiada. Aí, então, depois eles levam pro quarto. Lá a gente fica deitada, três dias sem sentar, sem levantar, só pode se virar e com muito cuidado que ficam tanto assim para fora [mostrou com a mão o tanto que ficava para fora]. E aquilo ali foi muito sofrimento para mim e eu achei que foi sofrido, mas Deus deu força... E, o que foi sofrido foi ficar três dias na cama, pra mim. Três dias deitada sem poder se sentar. Aquilo dava muita dor no corpo, dor nas costas, e eu queria ficar se virando e aquilo estrovava se virar, sabe, estrovava de se virar.

- Era muito incômodo...

- Era muito incômodo. E na hora de tirar, então, doeu um pouco, também, por causa que daí já não é com anestesia. Doeu um pouco, mas não foi tanto, deu pra agüentar. Até que eles fizeram com muita calma, com muita paciência, com muito carinho, conversando com a gente e tudo mais. Eu achei muito legal, assim, aqueles médicos lá e as enfermeiras...(Úrsula, 74 anos, separada, analfabeta, vive com uma filha e cria dois netos).

A agressividade do tratamento é marcada pelo isolamento de 3 a 4 dias. A implantação do dispositivo intravaginal representa perigo de contaminação por elementos radioativos que são liberados nesse momento, ficando proibidas visitas de familiares e sendo muito breves as visitas dos profissionais de saúde.

A radioterapia intravaginal ou braquiterapia exige o internamento da doente por dois motivos que envolvem o procedimento: a preparação cirúrgica que é a implantação do dispositivo que irá suportar, ativar e liberar gradativamente a carga radioativa – que as mulheres chamam de *radinho* – e pela necessidade de isolamento durante a radiação. O tempo de internamento em isolamento nestes casos varia de 72 a 96 horas, considerando a preparação, o período de radiação propriamente dito e a retirada do dispositivo intravaginal. Neste período a doente fica em quarto isolado. A companhia que pode ter é de outra mulher que está passando por procedimento semelhante. O tratamento exige a imobilização no leito, não podendo a doente sentar, nem levantar. Quando cansa da posição de decúbito dorsal, poderá deitar de lado por alguns minutos, mas em seguida terá de voltar para a posição original. Ficam proibidas por medida de segurança visitas de familiares e amigos, para se evitar contaminação pelos elementos radioativos que são liberados nessa fase do tratamento. A presença da enfermagem e dos médicos, só se dá na medida estrita do necessário devido aos riscos de contaminação a que estão expostos. Assim esta fase é marcada pelo desconforto e pela solidão, que aumentam o sofrimento da doente. O sentimento de abandono e desamparo predomina durante este período. (RASIA, 2005, p. 14)

Fernanda relata como foi sua experiência em relação à radioterapia intravaginal.

- O radinho... eu me internei no dia 4 ... acho que foi fevereiro. Daí que eles me colocaram aparelho. Eu tinha que ficar isolada, sem visita, sem nada... Sem poder se mexer. Eu me sentia ruim, porque não podia se mexer na cama, de noite dava um remédio a gente dormia, a noite inteira, mas, o pior é de dia. Fiquei num quarto sozinha, até passar o dia, não é fácil. (Fernanda, 52 anos, casada, quatro filhos. 1ª série 1º grau).

A experiência do radinho é relatada pelas mulheres como um dos piores momentos do tratamento:

- Não fiquei sozinha. Tinha uma companheira de quarto com o mesmo problema. Sem ninguém da família, sem visita, sem nada. Mas passei bem, digamos. Porque, claro, eu fico... não consigo me lembrar, é horrível, ainda bem que já passou, graças a Deus. O dia que eles tiraram aquele aparelho, que eu pude me levantar, porque eu fiquei quatro dias internada e nesses quatro dias, eu comi um dia. Porque a comida é horrível, eu não posso falar muito mal, porque o que eu comia, voltava... vomitava tudo, tudo, tudo, porque a radioterapia já dá disenteria e enjôo, tudo. Mas a rádio moldagem a gente fica ruim do estômago também, sabe, o mesmo enjôo da radioterapia é da rádio moldagem.

Lá no Hospital de Clínicas, a doutora chama de RAM, o doutor Antonio já chama de rádio, radinho. Mas lá [no Hospital de Clínicas], eles só falam rádio moldagem. E é horrível fazer aquilo. É horrível. Sabe é ruim porque eu, sabe, tenho meus filhos. Então eu ficava pensando nos meus filhos, em casa, como é que eles estavam. Eu sei que daí, eles ligavam para mim. Eu levei o celular, eles ligavam, eu ligava, minha filha passava mensagem para mim, que está tudo bem. De manhã cedo ela já passava mensagem para perguntar como é que eu estava, à tarde, à noite, pra mim dormir bem. (Yasmim, 45 anos, divorciada, três filhos solteiros, 6ª série 1º grau).

Esse sofrimento só é suportado pelo desejo de livrar-se da doença, pois o tratamento é a possibilidade concreta de estancá-la. Nádia, que também fez sessões de radioterapia, faz seu relato sobre o tratamento de radio-moldagem.

- Daí em janeiro, também me internei pra fazer a rádio-moldagem. É aqueles aparelhos que eles colocam dentro, com radiação, fiquei uma semana lá, só de costas. Foi horrível. Eles dão anestesia, daí aplicam o aparelho, depois vai para o raio X. Fica ali, a gente apanha radiação, então tem que ser a entrada deles [da equipe de saúde] bem rápida, ali. Então, entrei numa segunda-feira e saí na sexta. Depois de lá, eu só tive acompanhamento. Voltei, quatro meses depois que o médico, doutor Carlos, me examinou, ele falou que está ótimo que não tinha ficado nenhuma lesão, nada, não precisava de nada. (Nádia, 41 anos, separada, 3 filhos, trabalha com vendas, 8ª série 1º grau).

Estar doente é um novo momento na vida da paciente. O tratamento, muitas vezes, altera o ritmo de vida. As pacientes que foram submetidas à radioterapia deviam comparecer diariamente ao hospital para fazer as aplicações. Esse tratamento não necessita de internação, a ida ao hospital é diária, de segunda a sexta feira, por um período mínimo de vinte e cinco sessões.

- Da radioterapia, às vezes me dá enjôo, vômito, sempre às vezes tem que estar tomando remédio. Sempre dá dor de estômago, também,. E daí eu tenho problema de coluna quebrada, vértebra 12; daí eu não sei se aqueles raios tocam na coluna, daí me ataca dor na coluna, que Deus o livre. Às vezes, eu chego no hospital e é rapidinho, chego e já saio. Mas tem dia que é demorado porque tem dia que eu chego, daí às vezes falta luz, daí eles atrasam bastante; demora para sair de lá. Eu faço às 16:40 horas. Eu saio daqui 3 horas [15 horas]. Vou de ônibus. É cansativo, não é fácil, mas tem

que ir. Acho que teve umas que eu faltei. Porque, às vezes, eu chegava ali em cima pra pegar o ônibus, a minha vista escurecia, eu não enxergava nada, tinha que voltar para casa, mas não faltei muito, foram bem poucas. (Fernanda, 52 anos, casada, quatro filhos. 1ª série 1º grau).

Em relação às sessões de radioterapia, Rasia relata:

As sessões de radioterapia são feitas diariamente, sendo interrompidas nos finais de semana e nos feriados, sem que as mulheres estejam internadas. Só são internadas aquelas que precisam de cuidados médicos devido ao estado clínico delicado em que se encontram. O fato de não estarem internadas as obriga a virem diariamente ao hospital, ao serviço de radioterapia. Para aquelas que residem em Curitiba ou na Região Metropolitana, dirigir-se diariamente ao hospital é um incômodo, pois, 'tem que largar tudo para cuidar do tratamento'. Este incômodo é muito maior para aquelas que residem em cidades do interior que precisam ficar em Curitiba por um período que vai de trinta a quarenta dias. (RASIA, 2005, p.12).

Yasmim relata sobre os sintomas e do pouco que se alimentava pois passava mal com os efeitos da radioterapia.

- Quatro aplicações por dia eu fazia. Era 4.000, não sei como é que vocês falam, mas a minha maneira de entender era 4.500 voltz, em quatro pontos. Era um aqui [apontou para quatro pontos marcados no seu corpo] os quatro lados era a mesma voltagem. Na hora, faz os quatro. Eu tenho sinal até agora do pontinho, só o da barriga sumiu, por causa que o corte [da cirurgia] foi bem em cima. Ficou bem irritadão. Me deu alergia, coça, me deu alergia e tudo. E a disenteria que me deu? Tudo que eu comia, eu passava mal. Eu não emagreci... eu não emagreci nada, nada, nada, nada, foi só por Deus mesmo, porque eu fazia à tarde, então pela manhã eu me alimentava, quer dizer, de manhã eu não tomo café, mesmo, de comer pão, essas coisas, não. É café só e pronto. Mas eu almoçava bem. Mas eu chegava lá, só de saber que eu tinha de fazer... depois que eu fazia, era difícil eu comer alguma coisa. Porque, daí, tudo que eu ia comer... não, voltar não voltava, mas fazia mal. Daí eu ia comer só no outro dia. E eu não emagreci um quilo. Só almoçava, o resto tomava um suco ou tomava um gole de café, chupava uma bala. Chupava uma bala para tirar aquele gosto ruim da boca que fica assim como se tivesse o fígado atacado, fica daquele jeito. (Yasmim, 45 anos, divorciada, três filhos solteiros, 6ª série 1º grau).

Hilária fala de sua experiência em relação ao tratamento com radinho e em relação à radioterapia.

Radioterapia, eu fiz 23 radioterapia. E coloquei radinho, sabe, passei por aqueles três dias internada com o radinho colocado no local do câncer. Depois do radinho retornei a voltar para fazer mais onze radioterapias, onze radioterapias. E, antes disso eu tinha muita saúde, então não procurava Posto nenhum. Dava uma dorzinha de cabeça, qualquer coisa, corria na farmácia e comprava comprimido, um Dipirona, tomava e pronto. Mas agora como apurou muito a doença... Então tive que correr, pedir socorro. (Hilária, 68 anos, casada, dois filhos, analfabeta).

A partir da confirmação do diagnóstico e da definição do tratamento, ocorre uma queda do sujeito no vazio – a vida para o sujeito tem seu sentido modificado diante da doença grave.

O conflito entre o horror e a cura avança muitas vezes para além do término do tratamento. O conflito pode ser agora renomeado: não querer ver - não querer saber/ter que ver - ter que saber. Diante disso se o desejo de cura é fundamental, tampouco não é suficiente para que a mulher consiga sustentar-se enquanto sujeito, o que continua a prevalecer é o sujeito caído no vazio. Retomar a vida só é possível com a superação do conflito enunciado acima e com a emergência do sujeito que sai do vazio. (RASIA, 1999, p. 10)

Foi nesse vazio e nesse sofrimento que encontramos as mulheres com câncer do colo do útero atendidas pelo Sistema Único de Saúde de Curitiba. É no vazio, na solidão, no isolamento que vivem sua doença e sua dor. Apenas uma das mulheres entrevistadas realizava atendimento psicológico, com encaminhamento da Unidade de Saúde, não tendo ficado claro, entretanto, se o atendimento era devido à doença ou a outro problema. Mais uma vez, observa-se aqui que o sistema de saúde está voltado unicamente para realizar os procedimentos necessários que visem extirpar o tumor, eliminar a doença, não havendo, entretanto, uma preocupação com o doente.

É importante que os serviços de saúde possam pensar em alguns tipos de tratamento de apoio a essas mulheres. O sofrimento no câncer é implacável, mas pode ser amenizado com tratamento psicoterápico, grupos de apoio ou outras atividades onde os sentimentos que surgem pela manifestação da doença possam ser socializados e elaborados dentro da vivência singular de cada mulher.

5.3. AS MULHERES E A MORTE

Há uma tendência de se ocultar a manifestação do câncer. Assumir que se tem a doença pode ter muitos significados, como já foi visto anteriormente. De forma prática, pode afetar as relações entre as pessoas na família, no trabalho, no círculo de amigos. Inevitavelmente, o câncer está ligado ao sofrimento e ao enfrentamento da morte. A rejeição da morte e o medo de enfrentá-la estão por trás de todo diagnóstico de câncer, seja qual for o órgão ou o tecido que a doença afete.

Da mesma forma que estar vivo pressupõe o risco da doença, estar vivo pressupõe a certeza da morte. O encontro com a morte traz uma profunda reflexão sobre a vida. Sobre a nossa vida. Sobre como estamos vivendo. O encontro com a morte também nos remete a uma reflexão sobre a finitude, a nossa finitude, a finitude da vida e sem dúvida sobre a transitoriedade da mesma. A morte nos lembra da fragilidade do nosso corpo, porque é ele que perdemos com a morte, é ele que se dissolve junto com nossa individualidade. A morte nos obriga a nos desapegarmos de tudo e de todos. A morte é um problema apenas para os seres humanos, pois entre as muitas criaturas que morrem, somos os únicos que têm consciência da morte. A morte é um problema dos vivos. Os mortos não têm problemas. (ELIAS, 2001).

Até o século XI, a morte era vivida e concebida como questão comunitária. A morte era pública, não se morria em segredo, sem testemunha e sem cerimonial. A morte era vivida como um grande sono. Os homens dormiam enquanto aguardavam o momento glorioso do fim dos tempos. A morte era esperada no leito, era uma cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo que a conhecia e presidia. Era pública porque o quarto do moribundo transformava-se em local público, onde qualquer um entrava livremente. No leito se morria, como no leito se dormia.

Rodrigues (1983), descreve a cerimônia da morte, na Idade Média, da seguinte forma:

À espera da morte o indivíduo se deita com o olhar voltado para o céu, corpo na direção do Oriente, mãos cruzadas sobre o peito, numa posição que a estatutária fúnebre fixará até nossos olhares. Faz a sua profissão de fé, confessa seus pecados, pede perdão às pessoas que o circundam, ordena que sejam reparados os males que porventura tivesse cometido, pede a Deus que proteja os sobreviventes, escolhe sua sepultura, faz em voz alta seu testamento. (RODRIGUES, 1983, p. 117)

Assim era a cerimônia da morte, o moribundo presidia sua própria morte, diante de uma assistência calma que incluía a presença de parentes, amigos, vizinhos que eram sempre importantes. As crianças também faziam parte desse cenário, presentes no quarto do moribundo. A cerimônia da morte era aceita e cumprida com simplicidade, sem caráter dramático, ou emoções excessivas.

A idéia da morte no século XIII está ligada à idéia de Juízo Final, que era representada como uma corte de justiça. “O Cristo está sentado no trono do juiz, rodeado de sua corte (os apóstolos). Duas ações tomam uma importância cada vez maior: avaliação das almas e a intercessão da Virgem e de São João, ajoelhados de mãos postas, ladeando o Cristo Juiz.” (ARIÈS, 2003, p. 48).

Dessa forma, o homem é julgado, fazendo-se um balanço de sua vida, entre as boas e más ações que são separadas nos dois pratos da balança. Esse momento do Juízo Final não era o momento da morte e sim o último dia do mundo no final dos tempos. Era por esse dia que o homem esperava como se estivesse dormindo. O fim da existência não era relacionado à dissolução física. Acreditava-se que existia uma vida além da morte que não ia necessariamente até a eternidade infinita, mas que estabeleceria uma conexão entre a morte e o final dos tempos.

Posteriormente, o Juízo passou a situar-se no quarto à volta do moribundo. A grande reunião que nos séculos XII e XIII acontecia no final dos tempos, passou para o quarto do enfermo no século XV.

O moribundo está deitado, cercado por seus amigos e familiares. Está prestes a executar os ritos que bem conhecemos. Mas sucede algo que perturba a simplicidade da cerimônia e que os assistentes não vêem, um espetáculo reservado unicamente ao moribundo, que aliás o contempla com um pouco de inquietude e muita indiferença. Seres sobrenaturais se comprimem na cabeceira do 'jacente'. De um lado, a Trindade, a Virgem e toda a corte celeste e, de outro, Satã e o exército de demônios monstruosos. (ARIËS, 2003, p. 50)

Na época, a medicina e a religiosidade conheciam meios de ajudar o homem a enfrentar dignamente sua morte. Se uma pessoa não percebia que sua morte se aproximava, os seus entes próximos tinham o dever de informá-lo. O moribundo conduzia a cerimônia da morte, fazendo suas escolhas de forma lúcida (uso ou não de drogas contra a agonia dolorosa, presença ou não do sacerdote). Os filhos podiam ajudar os pais a morrer, desde que não houvesse choros desmedidos. O silêncio deveria ser mantido, as portas e janelas deveriam permanecer abertas para deixar a morte entrar. Existia uma familiaridade com a morte como forma de aceitação da ordem da natureza.

O fim da vida humana, que chamamos de morte, pode ser mitologizado pela idéia de uma outra vida em algum outro lugar, como no Paraíso, por exemplo. A idéia da morte pode ser evitada afastando-a de nós ou quando assumimos uma crença inabalável em nossa própria imortalidade, os outros morrem, eu não. (ELIAS, 2001).

No primeiro milênio, a morte não era a separação da alma e do corpo; era um sono profundo até o grande despertar, onde se incluía a possibilidade de ressurreição, de reaparecimento do ser integral.

Essa concepção começa a mudar a partir do século XII e a morte passa a ser a separação entre um corpo mortal decomponível e uma alma eterna e personalizada que tornará perene a individualidade do morto. (RODRIGUES, 1983). Observa-se uma relação estreita entre a morte e a biografia de cada vida particular. Acredita-se, a partir desse período, que de uma só vez cada homem revê a sua vida inteira no momento em que morre e que sua atitude, nesse momento, dará a sua biografia seu sentido definitivo, sua conclusão.

A partir do século XIII, o homem quer preservar sua identidade particular e individual. No ocidente, há um crescimento do individualismo burguês devido ao desenvolvimento do capitalismo europeu e nascimento de uma massa proletária. Com o desenvolvimento do capitalismo, há uma apropriação ilegítima do corpo, em função de ser o primeiro dos meios de produção. A morte passa a ser traumática porque destrói o corpo e a individualidade.

Entre os ricos e poderosos, surge o sentimento que, a cada um, corresponde uma biografia. Essa inicialmente consistia de atos, bons ou maus; posteriormente, incluiu coisas, pessoas e fama. Com essa descoberta, o homem ocidental rico do final da Idade Média começa a não aceitar sua morte. Segundo Rodrigues (1983), o homem não pode aceitar sua morte porque quer descer à sepultura carregando sua riqueza:

Quer guardar até a eternidade o produto de sua acumulação terrena. Ele sabe que todo tesouro um dia deve ser despendido, mas ele vê nesse tesouro a síntese de uma vida e de uma identidade que não quer perder. Ele está dividido entre o aqui e o além e, na impossibilidade de levar consigo toda a sua fortuna tentará usá-la como 'investimento' para conseguir a vida eterna (do que o testamento será um instrumento privilegiado. (RODRIGUES, 1983, p. 141)

Aos poucos a morte vai perdendo seu caráter coletivo, e nasce a angústia individual diante da morte, que dará origem ao empreendimento moderno de exorcizar a morte. Com a separação do corpo e da alma, as coisas da alma são colocadas entre parênteses. O homem é considerado como uma das espécies biológicas e a ser reconhecido como parte da natureza; seus processos fisiológicos passam a ser submetidos à investigação científica. A ciência insere o homem na natureza, dota-o da capacidade de mudar o mundo à sua vontade, o que seria próprio de um deus, não de um homem. Submeter o mundo à sua vontade não seria próprio de um ser mortal, mas de um ser imortal. O conceito de morte natural aparece, assim, como um problema de difícil solução,

...um sonho louco de transformar a natureza do homem, dotando-o da 'natureza' dos deuses e, principalmente da imortalidade no aqui. Este projeto está intimamente ligado ao imenso programa de domínio da natureza e particularmente à história da medicina. Bacon chama a atenção para o fato de que o dever da medicina é o prolongamento da vida: 'nós o dividiríamos em três partes, a primeira das quais é a conservação da saúde, a segunda a cura das doenças, e a terceira o prolongamento da vida'. Este último dever é o mais recente. (RODRIGUES, 1933, p. 156).

Com a aspiração da morte natural pelos ricos e poderosos, entendida como sendo a morte acompanhada medicamente, sem sofrimento e que acontece em idade avançada, o trabalho do médico - que curava ou ajudava a morrer – não constituía um trabalho de luta contra a natureza. Adiar a morte ou prolongar artificialmente a vida, não tinha sentido nesse tempo, poderia ser uma ofensa à vontade divina, ou poderia ser interpretado como uma forma de adiar os prazeres do Paraíso. Além disso, o médico ficava obrigado a manter seu cliente informado sobre seu estado e não podia omitir-lhe a proximidade da morte.

É nesse período que o médico começava a apropriar-se da morte e, nos séculos XII e XIII, os médicos já tinham substituído os homens da Igreja na cabeceira dos moribundos. No fim da Idade Média, a solenidade da morte tomou um caráter dramático entre os indivíduos com maiores posses, uma carga de emoção que até então não possuía. Isso reforçou o papel do moribundo nos rituais de sua própria morte. O moribundo não só presidia a morte como já o fazia, mas determinava-a também segundo sua vontade.

Existia uma familiaridade com a morte e com os mortos que não foi afetada pelo aumento da consciência individual a partir do século XII. A morte era um fato de maiores conseqüências e ela era pensada de forma mais particular. Mesmo assim, não era apavorante, nem obsessiva, mas familiar e domada.

Elias faz uma crítica à descrição histórica de Ariès, afirmando que “a seleção de fatos de Ariès se baseia numa opinião pré-concebida. Ele tenta transmitir sua suposição de que antigamente as pessoas morriam serenas e calmas”. (ELIAS, 2001, p. 19).

A vida nos Estados feudais medievais era apaixonada, violenta e, portanto, incerta, breve e selvagem. Portanto, morrer podia significar tormento e dor; antigamente as pessoas tinham menos possibilidade de aliviar o tormento. (ELIAS, 2001).

A partir do século XVIII, tentou-se dar um sentido novo à morte. Apesar de exaltar e dramatizar a morte, as pessoas ocupavam-se menos de sua própria morte. E assim, a morte romântica era antes de tudo a morte do outro. A saudade e a lembrança do outro inspiravam o novo culto dos túmulos e dos cemitérios. Surge uma ruptura nesse período. Era eliminado o caráter banal e costumeiro dos gestos ditados pelo uso, e estes são descritos como se fossem uma invenção inédita, como se fossem espontâneos, inspirados por uma dor apaixonada e única no gênero.

A expressão da dor dos sobreviventes era devida a uma intolerância nova com a separação. Mas não é somente diante da cabeceira dos agonizantes e da lembrança dos desaparecidos que se ficava perturbado. A simples idéia da morte comovia. (ARIÈS, 2003).

A complacência para com a idéia da morte é a grande mudança que surge no final do século XVIII e que se tornou um dos traços do Romantismo. Outra mudança importante era a relação entre o moribundo e sua família. Delegava-se à família parte dos poderes que até então exercia sozinho. Suas vontades eram comunicadas oralmente aos mais próximos, à família, cônjuge ou filhos. Mas, o moribundo ainda conservava a iniciativa na cerimônia de sua morte, sendo o personagem principal de uma ato que ele próprio presidia.

Para melhor compreensão sobre o complexo processo da morte, de forma bastante simplificada, apresentaremos a seguir três aspectos fundamentais relacionados a esse processo.

1) O testamento.

Do século XIII ao século XVIII, o testamento, parte integrante do rito da morte, era o meio através do qual o indivíduo exprimia de forma muito pessoal seus pensamentos profundos, sua fé religiosa, seu apego às coisas, aos seres que amava, a Deus, bem como as decisões que havia tomado para assegurar a salvação de sua alma e o repouso do seu corpo. (ARIÈS, 2003).

Era o meio pelo qual o moribundo afirmava seus pensamentos profundos e suas convicções, mais do que um ato de direito privado para transmissão de herança. Era a forma através da qual se garantia que a vontade do defunto fosse respeitada e por onde o indivíduo confessava sua fé, reconhecia seus pecados e pagava um dízimo à Igreja, calculado sobre o valor de sua herança.

A partir da segunda metade do século XVIII, houve uma mudança considerável na redação dos testamentos que foi generalizada em todo o Ocidente. As cláusulas piedosas, as escolhas de sepultura, as instituições de missas e serviços religiosos e as esmolas desapareceram, tendo sido o testamento reduzido ao que é hoje – um ato legal de distribuição de fortunas. (ARIÈS, 2003).

Após essas mudanças é que as vontades do moribundo em relação ao ritual da morte passaram a ser comunicadas oralmente à família.

2) O luto.

Do fim da Idade Média ao século XVIII, o luto possuía uma dupla finalidade: por um lado induzia a família do defunto a manifestar, pelo menos durante um certo tempo, uma dor que nem sempre experimentava. Por outro lado, o luto tinha também o efeito de defender o sobrevivente, sinceramente submetido à provação, contra os excessos da dor, pois impunha-lhe um certo tipo de vida social – as visitas de parentes, vizinhos e amigos que lhe eram feitas – e, no decorrer das quais, a dor podia ser liberada sem que sua expressão ultrapassasse, entretanto, um limite fixado pelas conveniências. (ARIES, 2003).

No século XIX esse limite não foi mais respeitado e o luto passou a ser a expressão, de forma mais espontânea e mais insuperável, de uma gravíssima dor: chorava-se, desmaiava-se, desfalecia-se... O século XIX é a época dos lutos que os psicólogos chamariam de histéricos. E esse exagero do luto tem um significado: “os sobreviventes aceitam com mais dificuldade a morte do outro do que o faziam anteriormente. A morte temida não é mais a própria morte, mas a morte do outro.” (ARIÈS, 2003, p 72).

3) O sepultamento.

Na Antiguidade Ocidental, apesar da familiaridade com os mortos, os homens os temiam e os mantinham à distância. Os ritos praticados ao pé da sepultura eram para que os mortos permanecessem no seu devido lugar, sem ameaçar os vivos. O mundo dos vivos e o mundo dos mortos eram radicalmente separados e os cemitérios antigos situavam-se fora das cidades.

Posteriormente, suavizando-se essa repulsa dos vivos em relação aos mortos, o sepultamento começou a ser realizado no interior das cidades, aproximando-se das Igrejas e feitas no interior destas – o sepultamento passou a ser feito em local santo.

As sepulturas passaram a ser localizadas ao lado ou dentro das Igrejas. Esse fato é uma característica do catolicismo. Segundo Rodrigues (1983), o que importava nesse momento, sobretudo, era a fusão tranqüila na massa dos mortos, sob a proteção dos santos mártires e da divindade, aguardando o momento da grande ressurreição.

A visita ao túmulo de um ente querido era desconhecida. Na segunda metade do século XVIII, as práticas mudaram. Tornou-se intolerável o acúmulo dos mortos nas Igrejas, ou nos pátios das mesmas. Isso aconteceu porque, por um lado, a saúde pública estava comprometida pelas emanações pestilentas, pelos odores infectos provenientes das fossas. Por outro, o chão das Igrejas, a terra saturada de cadáveres dos cemitérios, a exibição dos ossários violavam permanentemente a dignidade dos mortos. Reprovava-se a Igreja, por ter feito tudo pela alma e nada pelo corpo, por se apropriar do dinheiro das missas e se desinteressar dos túmulos. (ARIÈS, 2003).

Ainda na Idade Média, começaram a surgir os túmulos individuais e individualizados, que eram considerados um luxo e expressavam uma tentativa não só de assegurar a permanência do morto no céu, como também na Terra.

Na sociedade moderna, a morte tornou-se um objeto de consumo. A indústria das pompas fúnebres e dos funerais tem uma função moral e social: suaviza as saudades dos sobreviventes e dispõe os monumentos e os jardins da morte para a felicidade dos vivos. (ARIÈS, 2003).

Na segunda metade do século XIX, começa a ser expressa uma tendência: aqueles que cercam o moribundo procuram poupá-lo e ocultam-lhe a gravidade de seu estado. Isso vai contribuir para que a morte, que foi tão presente e familiar no passado, torne-se vergonhosa e seja objeto de interdição. Os rituais de morte ainda eram conservados, ao menos na aparência, mas começavam a ser esvaziados de sua carga dramática.

Na primeira metade do século XX, já se inicia um deslocamento do local da morte. Não se morre mais em casa junto à família, mas sim no hospital, sozinho. O hospital tornou-se o local onde se prestam os cuidados que já não se pode prestar em casa, e passa a ser o local privilegiado da morte. Para Ariés (2003), morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar. Vamos ao hospital não só para sermos curados, mas também para morrer.

A morte inicialmente era pública: o ritual era presidido pelo próprio moribundo, passando mais tarde a iniciativa do moribundo à sua família, na qual tinha toda a

confiança. Essa iniciativa passou da família ao médico e à equipe hospitalar. Estes são agora os donos da morte, de seu momento e circunstâncias.

O hospital que hoje é o local mais bem aparelhado para atender o doente, passa a ser o local onde se protege a família da doença e da morte, onde se protege o doente das pressões emocionais de sua família, onde se protege a sociedade da publicidade da morte. A morte não é mais pública, é privada. Nem o moribundo, nem sua família são mais os donos da morte. A morte foi entregue aos médicos e suas máquinas. A morte deixou de ser um processo, passa a ser uma notícia manipulada pelo médico e equipe hospitalar.

Atualmente, em nossa sociedade, ainda que a morte não aconteça no espaço hospitalar, legalmente somente o médico pode atestar a morte. Isso não significa, entretanto, que todas as pessoas morrem com assistência médica. Ainda existe um número considerável de óbitos sem assistência médica.

A morte é um fenômeno técnico, causada pela parada dos cuidados, ou seja, de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe hospitalar. Inclusive na maioria dos casos, há muito o moribundo perdeu a consciência. A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração... (ARIES, 2003, p. 86)

Como a doença nem sempre se desenvolve como a descreve o conhecimento médico, ela pode tomar um caminho ou manifestar sintomas que o médico pode desconhecer e com isso ele também enfrenta sentimentos de frustração, culpa e até mesmo de perda e luto em alguns casos. O fato de a morte acontecer no espaço hospitalar não significa que a equipe de saúde e o médico do hospital não sofram com isso. Tanto isso acontece que, talvez por isso mesmo, a morte não seja falada, não seja chorada, para exatamente evitar essa emoção da perda.

Segundo Rasia (1996), isso pode levar a um afastamento do médico. A morte do doente pode provocar um sentimento de culpa no médico pela impossibilidade da cura. O autor, referindo-se à doença com longos períodos de tratamento e especificamente a uma mulher doente que há 16 anos trata-se com o mesmo médico no mesmo hospital, afirma:

Nessas situações o conhecimento médico permite prever para breve a morte do doente, e o médico se antecipa ao sofrimento que ela possa causar-lhe afastando-se do doente. De posse desse dado, o médico rompe com uma relação que ultrapassou os limites puramente profissionais e assumiu a

dimensão de uma longa amizade. A ruptura é seu mecanismo de defesa contra um luto que se anuncia e com a culpa que se instalará com a perda. (RASIA, 1996, p. 167).

Na verdade, o que se quer evitar com o interdito da morte é a emoção. É a emoção que é preciso evitar tanto no hospital como na sociedade de um modo geral. Só se tem direito à comoção, em particular, ou seja, às escondidas. (ARIÈS, 2003).

Na nova maneira de enfrentar a morte, deve se reduzir ao mínimo decente as operações inevitáveis destinadas ao sepultamento. Todos, a sociedade, os amigos, vizinhos, as crianças devem se aperceber o mínimo possível de que a morte ocorreu. As formalidade e cerimônias devem ser discretas e evitar qualquer emoção. Por isso, desapareceram as manifestações aparentes de luto, que hoje inclusive são condenadas. As roupas escuras não são mais usadas e não há uma aparência diferente daquela de todos os outros dias.

Resta o luto solitário e envergonhado, pois só se tem o direito de chorar quando ninguém vê, nem escuta. O trauma da perda de um ente querido pode ser agravado pelo recalque da dor, a proibição de sua manifestação pública e a obrigação do sofrimento solitário.

Em uma família em que o sentimento é valorizado, em que a morte prematura torna-se mais rara (exceto em caso de acidente em estradas), a morte de alguém próximo é sempre profundamente sentida, como na época romântica. (ARIÈS, 2003).

Para Ariès, o Destino se revela pela morte; e a cerimônia da morte é tão importante quanto a dos funerais e a do luto.

A morte é para cada um, o reconhecimento de um Destino em que sua própria personalidade não é aniquilada, por certo, mas adormecida – *requies*. Esta *requies* supõe uma vida além da morte, porém amortecida, atenuada – a sobrevivência cinzenta das sombras ou dos espectros do paganismo, aquela das ressurreições do cristianismo antigo e popular. (ARIÈS, 2003, p. 100).

A morte no século XX tornou-se um tabu. O interdito da morte, que ocorre após vários séculos, onde a morte era um acontecimento público e estava presente no cotidiano, sem que ninguém precisasse esquivar-se, pode ter uma causalidade imediata.

...a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda a causa de tristeza ou de aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estamos no fundo da depressão. Demonstrando algum sinal de tristeza, peca-se contra a felicidade, que é posta em questão, e a sociedade arrisca-se, então, a perder sua razão de ser (ARIÈS, 2003, p. 90).

A morte é o fim absoluto da pessoa. O medo de nossa transitoriedade talvez seja amenizado apenas com a ajuda de uma fantasia coletiva de vida eterna em algum outro lugar. Segundo Elias (2001), ao refletirmos sobre tais questões, não se pode ignorar o fato de que não é a própria morte que desperta temor e terror, mas é a imagem antecipada da morte. É a consciência do ser humano de que nós morremos.

Essa descrição histórica sobre a morte leva-nos a crer que muitas dessas cenas que eram vividas nesse período ainda estão presentes em nosso imaginário, o que contribui significativamente para o nosso medo da morte.

Para Kübler-Ross, nosso inconsciente não consegue imaginar um fim real para nossa vida na terra; é como se a morte não existisse para nós. Diz ser “inconcebível morrer de morte natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo”. (KÜBLER-ROSS, 1996, p.14)

Para a autora, diante de uma doença incurável, o medo da morte manifesta-se em cinco estágios: a) negação e isolamento; b) raiva; c) barganha; d) depressão; e) aceitação. Esses estágios não acontecem nessa ordem para todas as pessoas, algumas manifestam um ou outro estágio. Outras podem permanecer longo período em um dos estágios.

A negação origina-se do conhecimento de um diagnóstico, que é comunicado por quem não leva em consideração o preparo do paciente. A negação ou negação parcial é usada pelo paciente, no primeiro estágio da doença ou mesmo numa fase posterior. Pode considerar a possibilidade da morte, por um determinado tempo, mas precisa deixá-la de lado para lutar pela vida.

No relato de Bárbara fica expresso de forma significativa o pavor, o desespero e o medo de morrer.

- Ah, é terrível, filha. Terrível, 'pavorador', que a gente sabe que... ah, eles fazem tudo pra salvar a pessoa, mas é... é angustiante, a gente sabe, convive, que saber que tem ele dentro do teu corpo, é terrível! Aí, um desespero. Me deu um desespero. Eu tenho medo de morrer... Eu falava para os filhos: eu não quero morrer, eu não quero morrer. Nossa, todos eles ficaram... esse que é o caçula, o César ficou até doente, também, de nervoso, que ficou preocupado comigo; e ele é o que mais preocupa comigo. (Bárbara, 63 anos, divorciada, oito filhos, 20 netos, sete bisnetos, 3º ano 1º grau).

A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras

medidas menos radicais. Entretanto, isso não significa que esse mesmo paciente não queira ou não se sinta feliz e aliviado em poder sentar-se mais tarde e conversar com alguém sobre sua morte próxima. (KÜBLER-ROSS, 1996).

O relato de Beatriz mostra sua ambivalência diante da possibilidade da morte. Em um momento diz que já pode morrer e deixar seus filhos, em seguida diz que não quer morrer.

- É, assim, como falei pra você que quando eu vim, para cá meu marido mudou. Ele mudou de uma forma que a família não interessava mais. E eu assumi uma coisa que nunca fiz na minha vida. Sabe, o meu maior sonho era ser dona-de-casa, cuidar da minha família, organizar as minhas coisas. E quando ele parou de ser o homem e passou a ser o indivíduo, eu tive que assumir responsabilidades de ser pai e mãe dos meus filhos. Então eu tinha que trabalhar pra eles estudarem, pra eles comerem, pra eles viverem. E quando eu ia ser tirada deles, que eles iam ficar sozinhos no mundo, então, esse era o meu medo de morrer, sabe. Mas hoje, depois de dois anos, tudo, de tratamento, eu aprendi outra coisa: hoje eu não tenho medo de morrer. Hoje eu tenho que estar preparada pra que eles saibam viver bem, entende? E daí, eu comecei a preparar as coisas, eles são indivíduos, têm a vida deles. Têm que batalhar pelas coisas... e se a mãe for embora eles não vão ficar dependendo de ninguém. Hoje eu já não tenho mais, mas naquele dia, eu não queria morrer, e hoje também não quero. Mas, eu acho que hoje eu sou, assim, mais corajosa, nesse sentido, entende? Eles não vão perder, sabe, só vai ser um afastamento.... (Beatriz, 41 anos, separada, dois filhos, 8ª série 1º grau).

O estágio de negação, quando não pode mais ser sustentado, é substituído por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. E aqui surge a clássica pergunta: “Por que eu?” A raiva propaga-se em todas as direções e projeta-se no ambiente, atingindo aos familiares, pessoas próximas e à equipe de saúde.

O relato de Márcia mostra esse questionamento: por que a doença tem que atingir a ela? Mostra sua angústia, sua aflição, seu desespero e sua solidão para o enfrentamento desse momento tão difícil em sua vida.

- Então há momentos realmente, que você pára e começa a pensar: por que tudo tem de acontecer com você, porque justo com você? No dia que fui fazer a minha cirurgia, naquele dia, isso nem elas sabem até hoje. Eu pedi para elas não levantarem que eu queria sair sozinha, saí de casa 5 horas da manhã, naquele dia sim, naquele dia eu me despedi delas. Eu olhei para a minha neta, olhei para minha filha, todo mundo dormindo, olhei para minha mãe, porque eu tinha impressão que eu não ia voltar, porque para mim é duro. Todo mundo fala em câncer, câncer, câncer, então aquilo tinha pavor, eu tinha a impressão que eu não ia voltar. Só que eu voltei e estou até hoje. A sensação é horrível, dá um pavor, uma angústia, um negócio angustiante; aquela vontade de chorar, aquela agonia, aquela aflição que te dá. Eu lembro quando me colocaram naquela maca que virava pra cá, pra lá, agora danou-se, agora foi. (Márcia, 43 anos, solteira, uma filha e uma neta 4ª série 1º grau).

Tatiana refere-se à informação sobre seu diagnóstico de câncer vinculando a doença à morte, mostrando revoltada frente a essa possibilidade.

- Terrível. Foi horrível. Foi 'pavorível', pra dizer a verdade. Porque a gente pensa um monte de coisa, você acha que vai morrer, você acha que vai morrer, você acha que vai deixar teus filhos ao léu, sem pai, sem mãe, sem nada. Porque, a primeira reação é essa, a primeira reação é essa: pronto, vou morrer, tenho câncer, vou morrer. Primeira reação é essa, não existe outra reação. (Tatiana, 35 anos, casada, três filhos, 2º grau completo.)

No estágio da barganha é onde se entra em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável. É uma tentativa de adiamento, estabelece uma meta auto-imposta. “A maioria das barganhas são feitas com Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessional do capelão”. (KÜBLER-ROSS, 1996, p.97).

Jussara tem dois filhos gêmeos de 26 anos, que não trabalham, apenas estudam e residem com ela. Em seu relato diz que não pode morrer, pois não pode deixá-los. Justifica sua vida em função de seus filhos. Expressa até mesmo um sentimento de culpa em relação a sua própria morte, como se morrer fosse uma escolha sua.

-Ah, eu pensava que eu ia morrer e deixar meus dois filhos gêmeos. Porque os dois têm problemas são surdos e são mudos. E eu sou tudo pra eles. Eu que entendo eles, embora eles tiveram colégio, onze anos de colégio, e eles entendem tudo, isso que me passava na cabeça. Daí eu pensei, vou deixar esses dois coitados, será que eles [os familiares] vão ter paciência com eles. Mas não, todo mundo tem, eles sabem o problema, eles são inteligentes. E, graças a Deus não me dão trabalho, não se misturam, não saem, de jeito nenhum e só tem os amigos deles que são mudos, surdos, que estudaram tudo junto... Só tinha medo de deixar eles. Que cabeça? Me passou pela cabeça, isso. Até hoje, eu ainda digo: eu tenho um peso de uma hora eu morrer e deixar os dois, como é que eles vão fazer? (Jussara, 68 anos, casada, onze filhos, analfabeta).

O relato de Bárbara mostra como ela tenta barganhar com Deus, dizendo que não pode morrer sem antes pagar suas contas, como se a vida lhe permitisse essa escolha. Mostra também seu medo de morrer sozinha, pois mora sozinha.

- Apesar da gente servir a Deus, a gente sabe que vai morrer, um dia a gente vai morrer, mas é que a gente tem medo. Aquela angústia, ai meu Deus. E eu ainda com esses problemas, com essas vendas (venda de objetos) minhas, o médico proibiu eu de vender, sair no sol. Por que está me atingindo a pele. Eu achava que esses problemas da pele seriam de eu tomar muito sol. Que eu ando de sombrinha, o dia inteiro, mas achava que era por causa do sol e ele falou que é dele também, do câncer também. Eu estou com a pele ressecada, e estava começando no braço, no rosto, em vários lugares no rosto. Que é dele também [do câncer]. Que não é mais para mim sair no sol...

Eu falei: pronto, agora mesmo, eu falei, do que que eu vou viver? Daí falei pro César [filho], falei: Oh, até agora fazia de tudo, eu morava aqui, moro aqui que é casa é do Gilberto [outro filho], não pago aluguel nem nada. O César me ajuda, muita comprinha é ele que faz, esse é o caçula, ele sempre faz a cada dois meses, um mês, ele faz uma comprinha, pra mim. Eu falei que só, com as outras coisas, gás, essas outras coisas, uma fruta, um leite, uma outra coisa que você quer... eu arranco disso daí [das vendas que faz]. .

Aí ele falou, o doutor: não, a senhora pode até vender suas coisinhas, só que não no sol. Não assim, dia que ta com sol, de manhã, de tardezinha, sem ficar andando muito no sol.

Eu falei, ai meu Deus. Aí eu ficava, aí meu Deus, eu não quero morrer, eu tenho conta para pagar. Ai meu Deus, eu não quero morrer. Agora eu quero pagar primeiro as minhas contas... aquela angústia que deu em mim, aqui dentro, sabe. Me deu uma aflição, uma angústia, um medo de morrer. E eu ainda sozinha aqui. Eu falava, ai meu Deus, e se eu morrer aqui sozinha, quem... não tem ninguém para me dá um copo d'água. Ou se eu morrer aqui, ninguém está aqui junto, para me acudir. Por que eu falei assim, eu falo assim para eles: eu vou morrer aqui, sozinha, com a casa fechada, os vizinhos tudo eu conheço, já, moro aqui há 15 anos, todos me conhecem, sabem do meu problema, do problema de desmaio, do problema de saúde, tudo. Ah, eles vão falar: dona Bárbara está para a rua: a senhora só vive na rua. Está na rua vendendo os produtos dela. E quando acaba eu estou aqui dentro, morta, inchando. Aí, os urubus vão começar a voar aí em cima... (Bárbara, 63 anos, divorciada, oito filhos, 20 netos, sete bisnetos, 3º ano 1º grau).

O estágio da depressão pode manifestar-se de duas formas: a depressão reativa que pode ser originada na perda do emprego por excesso de faltas ou impossibilidade de assumir suas funções, ao isolamento dos filhos quando necessário, encargos financeiros assumidos em função do tratamento; e a depressão preparatória, quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados. (KÜBLER-ROSS, 1996).

Nesse tipo de depressão há predominância de silêncio, com pouca ou nenhuma necessidade de palavras. É o momento para expressão de sentimentos mútuos, que pode ser traduzido por um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos ou apenas por sentar-se ao lado do paciente.

Bianca, foi a única entrevistada que estava desenganada pelos médicos. Ela não fazia nenhum tratamento, pois tinha dois tipos de cânceres e seu organismo não agüentava quimioterapia e radioterapia. Estava em casa acamada e apenas tomava remédios para dores. Sabia que não tinha cura. Apesar de relatar que estava bem e de demonstrar coragem para enfrentar sua doença e aceitação diante da mesma, era visível seu sofrimento.

- Isso aí, só Deus tem conhecimento do dia que a gente nasceu e o dia que a gente vai. Não sou, não é ninguém que vai dizer se vai amanhã ou vai depois. O médico pode dizer: está com os dias ali, mas ele também não dá tempo... Nem ele sabe, nem tem esse direito também. Daí as pessoas se

apavoram. A gente é viva e vamos correr atrás... A gente não trouxe nada, não vai levar nada, então tem de procurar desgarrar, desgarrar de tudo, só levar Deus mesmo... As coisas boas, e Deus que deu toda essa vida maravilhosa para gente... (Bianca, 43 anos, solteira, sem filhos, 1º grau completo).

A aceitação surge quando o paciente já conseguiu superar os estágios anteriores. Contemplará seu fim próximo com certo grau de tranqüilidade. É um momento que geralmente estará fraco, cansado, com necessidade de dormir com freqüência a intervalos curtos; é uma necessidade gradual e crescente de aumentar as horas de sono, como um recém-nascido, no sentido contrário. Para Kübler-Ross (1996), a aceitação não deve ser confundida com um estágio de felicidade.

É quase uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do 'repouso derradeiro antes da longa viagem' no dizer de um paciente. É também o período em que a família geralmente carece de ajuda, compreensão e apoio, mais do que o próprio paciente; à medida que ele, às vésperas da morte, encontra uma certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui. E deseja que o deixem só, ou pelo menos, que não o perturbem com notícias e problemas do mundo exterior. (KLÜBER-ROSS, 1996, p. 126)

No relato de Nazaré, observamos que manifesta estar feliz após o enfrentamento da doença, demonstrando aceitação pela sua transitoriedade na vida.

- Eu me sinto feliz muito feliz, muito feliz. Porque mesmo se tiver ainda que passar por alguma coisa, porque pra semente a gente não vai ficar mesmo. Então, pelo menos essa fase grande assim, muito feliz Não tenho, não tenho nenhum espanto. (Nazaré, 65 anos, casada, dez filhos, 22 netos, cinco bisnetos, 1ª série 1º grau).

Por outro lado, no relato de Sandra observamos sua não conformidade frente à doença, a aceitação de sua doença está vinculada a sua morte.

- E seu eu morrer, se não der nada certo, se eu morrer assim, só se morrer mesmo daí eu não posso dizer mais que não aceito, enquanto tiver de pé não aceito mesmo. Posso estar usando...[referindo-se à bolsa de colostomia] não aceito. (Sandra, 53 anos, solteira, um filho, 2º ano 1º grau).

A equipe de saúde tem um papel fundamental nesse momento de poder observar em que estágio o paciente se encontra para melhor entendê-lo e acompanhá-lo nesse processo. Infelizmente, as equipes de saúde são pouco preparadas para isso e muitas vezes a dificuldade em lidar com a morte do paciente é uma dificuldade em lidar com a sua própria morte.

Todos esses estágios são permeados pela esperança. Na natureza humana mesmo com a aceitação da morte, há uma porta aberta para esperança qualquer. É

esse fio de esperança pela manutenção da vida que sustenta os dias e dias de sofrimento. Esperança que tudo não passe de um pesadelo.

Mas, mesmo com a esperança, a morte e o sofrimento pela morte são inevitáveis. Com ou sem doença a morte é inevitável. O medo de morrer, sem dúvida está relacionado ao medo de perda e destruição daquilo que é considerado como significativo pelos moribundos e ao medo de enfrentar o enigma da morte.

CONCLUSÃO

No Sistema Único de Saúde predomina a ideologia baseada no projeto neoliberal que se assenta em três bases: a privatização dos serviços (aqui representados pelos serviços privados, contratados para prestação de serviços ao SUS); a descentralização, principalmente de ações e serviços de saúde, e a focalização dos recursos que chegam em pequena proporção aos segmentos pobres dos municípios.

O Movimento da Reforma Sanitária, que contribuiu de forma significativa com o texto constitucional sobre a saúde, propondo uma nova forma de organização de serviços, não avançou nada a partir de então, perdendo espaço para o projeto neoliberal. E o sistema de saúde que deveria ser reorganizado manteve a lógica de funcionamento da assistência médica privatista.

Depois de quinze anos de criação, o SUS ainda mantém paradoxos que não foram resolvidos até hoje como a questão da universalização dos serviços, sendo que os serviços oferecidos não atendem a todo o universo da população. A classe média que na década de 70 era atendida pela Previdência Social migrou para a assistência médica suplementar e muitos trabalhadores passaram a ter plano de saúde coletivo contratado pela empresa. A universalização foi acompanhada por mecanismos de racionamento de gastos que expulsaram do sistema os segmentos sociais mais favorecidos, criando a universalização excludente. Mas, ainda assim o princípio da universalização efetivou o direito social à saúde, embora a assistência médica, que é o que deveria ser garantido à população, não seja universal, isto é, não há consultas e internações hospitalares disponíveis para toda população.

Os modelos de atenção à saúde também deveriam ser repensados quanto a sua adequação e abrangência em cada local ou região. Da mesma forma, deve-se descobrir mecanismos de controle sobre a aplicação de recursos financeiros definidos pela Emenda Constitucional nº 29, até hoje não regulamentada, o que facilita com que cada Estado ou município defina o percentual de sua receita a ser aplicado em saúde, não se respeitando, portanto, a legislação.

Cabe aos gestores do SUS repensar suas bases para que atendam às reais necessidades da população de acordo com a possibilidade de financiamento do sistema.

O Programa VIVA MULHER, com todas as suas contradições, sem nenhuma dúvida é um Programa de grande importância para o rastreamento do câncer do colo do útero buscando a detecção precoce da doença, já que sua cura é possível, e a morte é evitável. No município de Curitiba, a sua implantação e execução causaram impacto positivo no quadro de mortalidade por câncer do colo do útero, sendo que num período de sete anos reduziu a mortalidade em 50%, considerando-se ainda que o quadro de mortalidade diz respeito a toda a população de mulheres do município e não somente das mulheres atendidas pelo SUS.

Os dados analisados não deixam dúvida sobre a necessidade de um redirecionamento do Programa VIVA MULHER no município de Curitiba, pois todos os dados mostraram que a maior parte dos exames realizados situam-se nas faixas de idade até os 49 anos e a maioria dos óbitos acontecem acima dos 50 anos. Observou-se também uma queda no percentual de mulheres cobertas pelos exames preventivos. Deveria ser intensificada a cobertura para as mulheres na faixa etária acima dos 50 anos ou mais, pois, é nessa faixa que há maior incidência de câncer do colo do útero, com maior taxa de mortalidade. Para apresentar melhores resultados de impacto, o Programa deve corrigir seu curso mobilizando as mulheres acima dos 50 anos para a realização do exame preventivo. Com pouco investimento, mas com uma estratégia de intervenção melhor orientada, que rompam com as dificuldades existentes, o número de óbitos por câncer do colo do útero poderia ser mais reduzido no município de Curitiba.

O Programa VIVA MULHER é um meio através do qual é controlada e combatida a incidência de câncer ginecológico nas mulheres atendidas pelos serviços de saúde do SUS. Após longos anos de luta, o controle do câncer conseguiu manter-se até hoje como uma preocupação central das políticas de saúde pública e conseqüentes intervenções.

Todos os esforços na implantação do Programa VIVA MULHER no município de Curitiba foram positivos. Atualmente, qualquer mulher residente em Curitiba pode chegar em uma Unidade de Saúde e fazer seu exame preventivo (ou Papanicolaou). A realização desse exame pareceu satisfatória para a maioria das mulheres entrevistadas, que manifestaram, de modo geral, maior confiança no médico para a coleta do material, do que nas enfermeiras ou auxiliares que também realizam a coleta.

Das 27 mulheres entrevistadas, 24 fizeram ou estavam fazendo o tratamento indicado pelo serviço de saúde. Apenas três não relataram a existência de câncer de colo de útero, apesar de fazerem parte da listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Dessas, duas estavam em acompanhamento pelas respectivas Unidades de Saúde, inclusive com consultas de retorno agendadas, e uma delas não comparecia há um ano na Unidade de Saúde. Informamos o caso ao Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Portanto, podemos considerar que uma das mulheres entrevistadas não estava em tratamento.

Em relação às entrevistas, percebemos em muitas mulheres que elas gostaram muito de “ser escolhida”, como elas mesmas diziam. Algumas agradeciam muito por isso. A maioria tinha uma imensa necessidade de falar, falar de si, falar da doença, falar do atendimento, falar do seu sofrimento, falar da sua solidão. Outras eram lacônicas e tentávamos estimulá-las com o roteiro de entrevistas que tínhamos preparado, mas mesmo assim podia-se ver que não queriam muita conversa. Não forçávamos nada, pois era um direito delas não querer falar. Foi nessas mulheres que observamos que aceitaram a entrevista porque era agendada pela Unidade de Saúde, como se não pudessem recusar o pedido do serviço de saúde.

Quanto ao roteiro que estabelecemos para as entrevistas, percebemos, hoje, que outras questões poderiam ser levantadas dentro desse estudo. Mas só pudemos observar isso quando as entrevistas estavam se encerrando e tivemos de conviver com a frustração de não ter ido um pouco mais adiante. Mas nem por isso o material de pesquisa que coletamos perdeu em quantidade nem em qualidade.

O que foi assustador para algumas mulheres foi a forma como lhes informaram que tinham um câncer do colo do útero. Em três relatos que pareceram mais expressivos em relação a essa questão, as mulheres souberam do resultado de seu exame por outros profissionais de saúde que não o médico, de uma maneira muito imprópria. Em um desses relatos, o resultado foi entregue por um auxiliar administrativo que informou à mulher que seu resultado deu bom. Foi ela que, com todas as suas limitações, ao ler a palavra carcinoma, percebeu que havia algo de grave.

Essa questão da entrega do resultado alterado também deveria ser revista pelo sistema público de saúde, pois é uma situação muito delicada. Como algumas

mulheres relataram, existem algumas formas inconseqüentes de se dar a informação. Saber que se tem uma doença grave como o câncer já constitui um sofrimento implacável, e a forma como se chega a essa informação pode aumentar muito esse sofrimento. O número de mulheres com câncer do colo do útero, por Unidade de Saúde, não é muito grande. Poderia ser pensada uma maneira diferente e menos agressiva de se dar a informação sobre o resultado do exame, momento crucial para se encaminhar de forma adequada o tratamento.

Isso entra numa outra esfera: a qualificação do pessoal técnico, questão que o sistema de saúde também deve repensar, pois apesar de se buscar várias estratégias possíveis para a melhoria da qualidade do serviço e do bom funcionamento do sistema, a qualificação do profissional ainda é um problema não totalmente resolvido. Esse tipo de providência não passa só pela qualificação do exercício da função, mas também pela rotatividade de pessoal, salários, renovação do quadro de pessoal, passando também pela questão do poder e autoridade exercidos pelos funcionários das Unidades de Saúde.

A maioria dos profissionais de saúde que estão na linha de frente do atendimento, enfermeiras, atendentes de enfermagem, agentes comunitárias de saúde, são mulheres – apesar de os médicos ainda serem a maioria homens -, também mereceriam um tratamento especial quanto a sua capacitação para o atendimento à clientela dos serviços de saúde, pois essas mulheres também sofrem todas as discriminações e preconceitos e limitações impostas pela sociedade patriarcal e pela dominação masculina.

Pelos relatos das entrevistas não há dúvidas da necessidade de se investir na melhoria da qualidade do atendimento às mulheres nas Unidades de Saúde. Além de comparecer à Unidade de Saúde em seu próprio benefício geralmente cabe à mulher levar os filhos para o atendimento médico pediátrico. É a mulher, dentro do universo familiar, que está em constante ligação com o serviço de saúde e com os profissionais de saúde.

As mulheres portadoras do câncer do colo do útero sentem-se ameaçadas com a manifestação da doença, pois além do desconhecimento sobre o desenvolvimento da mesma e do tratamento, há o preconceito imposto pela sociedade. Essa questão contribui ainda mais para que as mulheres sejam merecedoras de um tratamento especial, tendo em vista os efeitos sociais e

psíquicos da doença, e que não são, e nem deveriam ser, tratados na consulta médica ou apenas com a consulta médica.

Um avanço do Programa VIVA MULHER poderia ser o planejamento de um serviço de apoio – que o sistema de saúde pode oferecer – coordenado por equipe multidisciplinar, que pudesse ao menos ouvir essas mulheres, em suas dores, suas angústias e seus medos, na tentativa de reduzir os efeitos negativos da doença e do tratamento, amenizando dessa forma o sofrimento calado e a solidão em que elas vivem.

A integração da equipe do Hospital com a equipe da Unidade de Saúde também deveria ser revista, pois algumas Unidades de Saúde desconheciam a situação das mulheres a serem entrevistadas. Não resta dúvida que há necessidade de maior envolvimento dos hospitais que prestam atendimento, pois o tratamento feito no hospital parecer ser uma etapa isolada e independente do atendimento da Unidade de Saúde. Dessa forma não há integração nem articulação dos níveis de atendimento à mulher.

Observamos nos relato das mulheres sobre o tratamento radioterápico as angustias que são vividas quanto à duração do tratamento que de no mínimo vinte e cinco sessões diárias. Essas mulheres muitas vezes deslocam-se para o hospital sozinhas e com transporte coletivo, o tempo e a distância de deslocamento contribuem ainda mais para o desconforto. O isolamento no tratamento com rádio-moldagem onde a mulher permanece aproximadamente três dias isolada e praticamente imóvel numa cama, também contribui para seu sofrimento solitário, apesar desse procedimento ser o mais seguro para se evitar ou diminuir a contaminação radiológica.

Não é menor o sofrimento provocado pelas dúvidas que as mulheres têm sobre sua doença ou seu tratamento. Algumas não sabiam informar que cirurgias já tinham feito, tinham dúvidas sobre a forma de manifestação da doença e sobre seu diagnóstico. Isso pode demonstrar por um lado, o medo que mulheres podem ter em querer saber sua situação real de saúde, ou seja, o medo de saber que tem uma doença tão assustadora como o câncer; e, por outro, o distanciamento da equipe de saúde e muitas vezes do médico, em quem depositam a esperança e confiança do tratamento e da cura.

As mulheres também atribuem sua cura ao sagrado, a Deus. Algumas atribuíam sua cura ou melhora no tratamento a Deus, parecendo-lhes ser muito

difícil entender como essa cura poderia ser obra do saber médico e da condição de seu corpo. Essa entrega ao sagrado de sua doença ou sua cura suaviza o enfrentamento de uma doença grave como o câncer que carrega consigo a possibilidade da proximidade da morte.

O sofrimento diante da doença e do tratamento só é suportado pelo desejo de livrar-se da doença, pela esperança da cura. O sofrimento pela manifestação do câncer é implacável e pode ser amenizado com um acolhimento mais humano e individualizado por parte dos profissionais de saúde, com tratamento psicoterápico, grupos de apoio e outras atividades onde os sentimentos que surgem com a manifestação da doença possam ser socializados e elaborados dentro da vivência singular de cada mulher.

Pelos dados obtidos sobre a mortalidade por câncer, verificamos que, no Brasil e no Paraná, as neoplasias ocupam segundo e terceiro lugar no grupo de causas de morte. O câncer do colo do útero ocupa a segunda causa no Brasil e terceira causa no Paraná, o que sem dúvida mostra sua importância como um problema de saúde pública.

A morte por câncer do colo do útero pode ser prevenida e evitada. Isso justifica os investimentos na forma de rastreamento utilizada – o exame Papanicolaou – que é reconhecido internacionalmente como a melhor forma de rastreamento em populações expostas ao risco. Embora seja preciso reconhecer, boa parte das mulheres não utilizam esse recurso para prevenir o câncer.

Quanto aos dados analisados sobre o Estado do Paraná, também não restam dúvidas que o Programa desenvolvido por todos os municípios não gera impacto no quadro de mortalidade do Estado. É premente a necessidade de se rever as estratégias de intervenção em nível estadual, regional e municipal. Aqui, pode-se inferir que os investimentos realizados têm gerado um controle do câncer do colo do útero insatisfatório, uma vez que não se sente seu impacto na redução da mortalidade do Estado.

Por certo, as dificuldades existentes nos municípios para o desenvolvimento desse Programa estão relacionadas a dificuldades com organização de serviços e recursos humanos. Porém, seria necessário um estudo particularizado por município e por região para se detectar onde estão os pontos críticos que não permitem que o Programa avance. Talvez tenha uma excessiva preocupação com a realização do exame Papanicolaou sem se preocupar com o impacto e resultados

dessa atividade, pois, como afirmamos no capítulo 2, a preocupação maior é com o número de exames realizados e não com as providências a serem tomadas a partir desses exames, que vão culminar na redução do índice de mortalidade de mulheres com câncer do colo de útero.

Como vimos, quando trabalhamos, hoje, com as políticas públicas de saúde, percebe-se que a mulher ainda não constitui o foco de atenção. O incentivo nas instituições públicas de saúde, seja em nível federal, estadual ou municipal, se volta para o Programa de Saúde da Família e os municípios que o implantam recebem recursos financeiros por número de equipes existentes. A atenção básica passou a ser o foco principal. Nela estão incluídos aspectos da saúde reprodutiva como, por exemplo, o planejamento familiar. Não se considera a saúde da mulher como uma questão específica. Mesmo existindo no Ministério da Saúde uma *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, desde 2004, que veio substituir o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, essa política define diretrizes e estratégias de ação que levariam um bom tempo para serem colocadas em prática e que precisariam de muitos incentivos para que isso acontecesse de forma minimamente satisfatória.

A integração de pressupostos e pressuposições do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro, na década de 80, possibilitou a elaboração do PAISM, que tinha uma proposta avançada de atenção integral à saúde da mulher, mas que não se estruturou no sistema público de saúde. O movimento feminista hoje, inclusive representado no Conselho Nacional de Saúde, tem condições de avançar na busca de novos objetivos, através da própria política de saúde e da Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde em busca de maiores benefícios e conquistas para as mulheres.

Os movimentos de mulheres deveriam ser melhores preparados para sua participação nas instâncias de controle social da saúde pública, ou seja, nas conferências de saúde. Retomar as discussões sobre atenção à saúde talvez possa ser uma das maneiras de se buscar uma organização de serviços de saúde que esteja mais próxima das necessidades da população. As questões de gestão, financiamento e controle social tomaram conta da agenda e das discussões das conferências de saúde.

Na análise da relação das mulheres doentes com a equipe de saúde pudemos observar como o poder saúde e o poder médico dominam os pacientes,

como estes estão submissos a tudo que é falado pelo médico e pela própria equipe de saúde. Como vimos na relação de dominador/subordinado, este último sempre tem uma possibilidade de liberdade, ainda assim sabemos que as pessoas, principalmente as pessoas pobres e humildes que são a maioria da clientela do serviço público de saúde, estabelecem uma certa dependência com o serviço e dificilmente se rebelam pelo atendimento que recebem, pois muitas vezes não vêem esse atendimento como um direito e sim como um benefício do Estado, como se fosse um favor que o Estado faz ao atendê-los.

A incorporação das questões de gênero na saúde pública e especialmente na saúde reprodutiva poderiam dar uma nova visão ao serviço e, quem sabe um dia, uma nova prática. A integração dos serviços que atendem às mulheres – pré-natal, aleitamento materno, prevenção e detecção do câncer, violência, contracepção – é fundamental, para a busca de novas formas de compreensão e intervenção que tragam resolubilidade aos problemas de saúde da mulher no SUS.

Pode-se observar também que o tratamento das mulheres é exclusivamente voltado para a retirada ou eliminação do tumor, o que parece ser feito muito bem. Quase todas as mulheres entrevistadas encontravam-se em tratamento ou acompanhamento pelo serviço de saúde, com exceção de apenas uma que não retornou à Unidade de Saúde após o resultado de seu exame. A preocupação do serviço de saúde é exclusivamente com a doença. Essa preocupação excessiva com a doença, o tumor, a prática clínica, o tratamento, distancia a possibilidade de se considerar os aspectos sociais relacionados à doença e a subjetividade do doente, o que poderia contribuir em muito com o tratamento e com a resposta do doente frente a seu mal.

Maiores informações deveriam estar disponíveis às pacientes, para que tivessem melhores condições de fazer opções sobre suas possibilidades de tratamento. O desconhecimento sobre o corpo impede as mulheres de tomarem decisões e suas escolhas reproduzem as indicações da equipe de saúde, principalmente a do médico, em quem depositam confiança e de quem esperam a cura.

Os serviços públicos de saúde e talvez as profissionais de saúde mulheres poderiam tentar repensar essa imagem da mulher como reprodutora e, assim, fosse possível começar a inserir nos serviços de saúde outros conceitos relacionados à mulher – sexualidade, saúde reprodutiva, mulheres negras, mulheres índias –,

para, quem sabe, tentar se buscar um novo horizonte, uma nova forma de ver a mulher, que não seja através da concepção de que mulher é igual a mãe. O sistema público de saúde reproduz toda a ideologia da sociedade patriarcal e da dominação masculina.

Pela pesquisa realizada e pela nossa experiência na área da saúde, podemos concluir que os treinamentos que são realizados são voltados unicamente à execução de atividades específicas. Não se amplia para a discussão de conceitos e concepções que contemplem os sujeitos a serem atendidos pelo referido Programa. Por exemplo, nos treinamentos do Programa do Câncer, não se coloca em discussão a questão da mulher, como essa mulher historicamente foi atendida pelo sistema de saúde, como o seu corpo foi se tornando medicalizado, qual é a função maior que a sociedade lhe outorga, ou, ainda, o que o útero significou para os médicos na história do século XVII e XIX e o que significa hoje. A discussão do papel de mãe estritamente vinculado às mulheres, por si só, já seria um bom início de conversa.

E, para finalizar, não vamos deixar de falar da morte também. Os profissionais de saúde que tratam da saúde e da doença, da vida e da morte, estão preparados para entender esse mistério que envolve os sujeitos? Pelos relatos que as mulheres apresentaram sobre a morte, todos relatos de medo, de desconhecimento, de desinformação, isso pode indicar que esse assunto não é abordado. Nenhuma delas relatou ter conversado com a equipe de saúde sobre a morte, sobre a sua morte. Existe um grande tabu em torno desse tema que é invisível nas relações médico-paciente, ou equipe de saúde-paciente. É preciso incluir a discussão sobre a morte na capacitação das equipes de saúde. É preciso tirar a morte da invisibilidade do serviço de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E. M. L. A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, A L., LAGO, M. C. S., RAMOS, T. R. O. (Orgs.) **Falás de gênero**. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999, p.161-172.

AQUINO, E. M. L., ARAÚJO, T. V. B., MARINHO, L. F. B. Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: GIFFIN, K., Costa, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 187-203.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARROSO, C., BRUSCHINI, C. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, M.E. (Org.), **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1989, p.223-267.

BATAGLIN, C. et al. Viva Mulher em Curitiba: o avanço no controle do câncer de colo uterino. In: DUCCI, L., et al (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES,2001, p.187-199.

BERLINGER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BODSTEIN, R. C. A (Coord.) **História e saúde pública**: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

BOLTANSKI, L.. **As classes sociais e o corpo**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In, JAGGAR, A M., BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997, p.19-41.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOURDIEU, P. (Coord). **A Miséria do Mundo**. 4ª ed. Editoras Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica**. NOB/SUS/1996.

BRASIL. **Constituição federal**, 1988.

BRASIL. **Lei orgânica da saúde** – Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL. Saúde é assunto para mulheres. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos [1999?].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Conhecendo o Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.** Rio de Janeiro: INC, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde.** NOAS/SUS/01/2002. Brasil. Portaria 373/GM, 27/02/2002a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 05 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Atlas da mortalidade por câncer no Brasil, 1979-1999.** Rio de Janeiro: INCA, 2002b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 05 jan. 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Compromissos do Governo federal 2003: políticas públicas para as mulheres.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005 – uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>> Acesso em: 20 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006.** Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 13 mar. 2006.

BRUSCHINI, C., LOMBARDI, M. R., UNBEHAUM, S. Trabalho, renda e políticas sociais. In: **O Progresso das mulheres no Brasil.** Brasília: UNIFEM, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre la medicina.** Buenos Aires: Amorrortu, 2004.

_____. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2002.

COELHO, M. T. A D., ALMEIDA FILHO, N de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In, GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R. M. G. e GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003,p.101-113.

CORREA, S. Gênero e saúde: campo em transição: In, BRUSCHINI, C., UNBEHAUM, S. G. (Orgs.) **Gênero, democracia e sociedade brasileira.** São Paulo: Editora 34, 2002, p. 359-388.

COSTA, A M. e AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A M., MERCHÁN-HAMANN, E. e TAJER, D. (Orgs.) **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.** Editora Universidade de Brasília, 2000, p. 181-202.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ELIAS, N. **Introdução à sociologia.** Lisboa/Portugal: Edições 70, 1970.

_____. **A Sociedade de Indivíduos.** Lisboa/Portugal: Publicações Don Quixote,1994.

_____. **A Solidão dos Moribundos.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FEGHALI, J. Gênero e controle social na saúde. In: COSTA, A M., MERCHÁN-HAMANN, E. e TAJER, D. (Orgs.) **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.** Editora Universidade de Brasília, 2000, p. 275-295.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (Orgs.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil – dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999, p. 165-179.

HAMILTON, W. e FONSECA, C. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953.** In: Revista História, Ciências, Saúde: Manguinhos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003, v. 10, nº 3, p. 791-825.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Normas e recomendações para câncer do colo do útero.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49 (4), p. 205. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 05 jan. 2006.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero no Brasil.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 05 jan.2006a.

KOIFMAN, S., KOIFMAN R. J. Incidência e mortalidade por câncer em mulheres adultas no Brasil. In: Giffin, K., Costa, S. H. (Orgs.) **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LINS, R. N. **A cama na varanda**: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo. 8ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

MARTINS, A P. V. **Visões do Feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004.

MÉDICI, A C., Mulher Brasileira muito prazer. In: LABRA, M. E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ARASCO, 1989, p. 71-117.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto liberal. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999, p. 19-91.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MOYSÉS, J.S., et al. A construção social do Distrito Sanitário. In: DUCCI, L., et al (Orgs.). **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001, p. 21-31.

OLIVEIRA, F., MAIA, M. **Participação feminista no Conselho Nacional de Saúde**. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, nº 27, setembro de 2005, p. 21-26. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>> Acesso em: 20 jan. 2006.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Conferência Mundial sobre a Mulher**, 4 , Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. (352p.)

PORTELLA, A P. **O programa de saúde da família e a saúde da mulher**. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, nº 27, setembro de 2005, p. 14-17. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>> Acesso em: 20 jan. 2006.

RASIA, J. M. **Hospital**: sofrimento e sociabilidade. Curitiba, 1996 (Tese para concurso de Professor Titular em Sociologia) Universidade Federal do Paraná.

RASIA, J. M. **As mulheres do radinho**: o tratamento radioterápico do câncer de colo de útero. Curitiba, IESS/FIOCRUZ, Primeira Jornada Paranaense de Antropologia da Saúde, 1999.

_____ **Temporalidade e subjetividade em presença do câncer**. XI Congresso Brasileiro de Sociologia, Sociedade Brasileira de Sociologia, Campinas, 2003.

_____ **As mulheres com câncer de colo de útero**: do dito e do não dito. Departamento de Ciências Sociais. Curitiba, 2005.

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

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SCAVONE, L. Das diferenças às desigualdades: o conceito de saúde reprodutiva na sociologia. In: SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**. São Paulo, Ed. UNESP, 2004.

SCHUNEMANN JUNIOR, E. **Quimioterapia neoadjuvante em câncer localmente avançado de colo de útero**. Curitiba, 2000. 115 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

SIMMEL, G. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. (Coleção grandes cientistas sociais)

_____. **Sobre la individualidad y las formas sociales**. Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes, 2002.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUTO, R., FALHARI, J.P.B., CRUZ, A D. **O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias**. Revista Brasileira de cancerologia, 2005, 51 (2) p.155-160. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em 05 jan. 2006.

TAMANINI, M. Saúde Reprodutiva, Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GENUS; SARTORI, A., J., BRITTO, N. S. (Orgs.). **Gênero e Educação**. Florianópolis/SC, 2004, v. 1, p. 66 -77.

TAVARES, M. **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1980.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombras: maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro: Record:Rosa dos Tempos, 1996.

ZEFERINO, L., LOREN, G. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec/Population Council, 1999, p. 347-365.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALVES, B. M., PITANGUY. **O que é Feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** 4ª ed. São Paulo: Papyrus, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.**

CASSORLA, R. M. S. (Coord.) **Da morte: estudos brasileiros.** São Paulo: Papyrus, 1991.

DAHLKE, R. **A doença como linguagem da alma.** São Paulo: Cultrix, 2003.

DOLTO, F. **A imagen inconsciente do corpo.** São Paulo: Perspectiva, 2004.

DUCCI, L., et al (Orgs.). **Curitiba: a saúde de braços abertos.** Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil.** 15ª ed. São Paulo: Editora Nacional, 1977.

GIORDANI, R. C.F. **A experiência corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica.** Curitiba, 2004. Dissertação. Universidade Federal do Paraná.

GOFFMAN, E. **Estigma.** 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida.** Rio de Janeiro: GMT, 1998.

LABRA, M. E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil.** Rio de Janeiro: Petropolis/ABRASCO, 1989.

LE SHAN, L. **O câncer como ponto de mutação.** São Paulo: Summus, 1992.

LINS, D. S. (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades.** Campinas: Papyrus, 1997.

MARANHÃO, J. L. de S. **O que é morte.** São Paulo: Brasiliense, 1998.

OLIVEIRA, F. **PAISM, 20 anos depois.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, nº 27, setembro de 2005, p. 4-9. Disponível em: <[http:// www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)> Acesso em: 20 jan. 2006.

PEDRO, J. M. A criminalização das práticas abortivas. In, SILVA, A L., LAGO, M. C. S., RAMOS, T. R. O. (Orgs.). **Falas de gênero.** Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999, 173-185.

QUAYLE, J. e LUCIA, M. C. S. **Adoecer: as interações do doente com sua doença.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

RASIA, J. M.; RODRIGUES, E. **A representação de doença entre pacientes portadores de neoplasias.** In: Revista de Ciências Humanas, nº3, Ed. UFPR, 1994, ano 3.

RASIA, J. M. **Imagens médicas do corpo, sofrimento e sociabilidade**. X Congresso Brasileiro de Sociologia, Sociedade Brasileira de Sociologia, Fortaleza, 2001.

_____. **O doente internado**: o sonho de Angélica. XI Encontro de Sociologia do Norte e Nordeste. XI CISO, Aracaju, 2003.

RÊA, M. F. Benefícios à mãe trabalhadora: conquistas e recuos nas políticas públicas. In: BRUSCHINI, C., UNBEHAUM, S. G. (Orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Editora 34, 2002, p. 389-402.

RODRIGUES, J. C. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.

SINGER, P., CAMPOS, O., OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar**: O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

VELHO, G. **Subjetividade e sociedade**: uma experiência de geração. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APÊNDICE B - Ficha de Cadastro das Entrevistadas.

APÊNDICE C – Percentual de cobertura de exames citopatológicos, por faixa etária, Paraná, 2002 a 2004.

APÊNDICE D – Percentual de cobertura de exames citopatológicos, por faixa etária, Curitiba, 2002 a 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Você realizou o exame Papanicolaou através do Sistema Único de Saúde (Posto de Saúde da Prefeitura) e está sendo convidado a participar de um estudo sobre o Programa de Prevenção da Saúde da Mulher. É através das pesquisas que ocorrem os avanços nas áreas médicas, sociais, etc., e sua participação é de fundamental importância.

b) O objetivo desta pesquisa é estudar a trajetória das mulheres que recebem o resultado do exame citopatológico (Papanicolaou) do Posto de Saúde.

c) A sua participação nesta pesquisa não implica em nenhuma realização de exames ou consulta médica.

d) A entrevista não ocasionará nenhum desconforto físico, como agulhada, coleta de sangue, punção etc.

e) No decorrer da entrevista não haverá nenhuma indicação de tratamento.

f) A sua participação na entrevista não implica em realizar consultas médicas de acompanhamento, exames de laboratório, ou qualquer outro exame.

g) Os benefícios esperados desta pesquisa é poder conhecer como são atendidas as mulheres que realizam o exame preventivo para câncer do colo de útero pelos serviços municipais de saúde, e instrumentalizar os serviços de saúde para melhorar o atendimento à essas mulheres.

h) O pesquisador Marise Gnatta Dalcuche – assistente social – fone 41 253 1994, poderá ser contatado para alguma informação complementar, conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.

i) Não haverá nenhuma indicação de tratamento tradicional ou alternativo, no decorrer da entrevista.

j) Estão garantidas todas as informações que você queira, sobre a pesquisa, após a mesma.

l) Neste estudo não será utilizado um grupo controle ou placebo.

m) A sua participação nesta entrevista é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar da mesma estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.

n) As informações relacionadas ao estudo poderão ser analisadas por médicos, pesquisadores e orientadores e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

o) Não haverá nenhuma despesa da responsabilidade da entrevistada.

p) Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

q) Quando os resultados da entrevista forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

r) Durante a entrevista, não haverá indicação de uso de nenhum medicamento.

s) A entrevista será gravada, quando houver consentimento das mulheres e, quando não houver esse consentimento, serão feitas anotações por escrito.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da entrevista da qual fui convidada a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura da entrevistada _____ Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador _____

APÊNDICE B**Universidade Federal do Paraná****Programa de Pós-Graduação em Sociologia****Pesquisadora: Marise Gnatta Dalcuche****Orientador: José Miguel Rasia****CADASTRO DA ENTREVISTADA**

Nome: _____

Endereço _____

Bairro _____ CEP _____ Telefone _____

Ponto de referência: _____

Idade _____ estado civil: _____ Mora com marido/companheiro _____

Quantas uniões/casamentos teve _____ Nº de filhos _____

Idade dos filhos: _____

filhos que trabalham: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Profissão do marido/companheiro: _____ Renda _____

Renda da mulher: _____ Renda familiar _____ Maior renda _____

Religião _____ Praticante () Sim () Não

Cor _____

Em qual Posto de Saúde está cadastrada: _____

Há quanto tempo utiliza esse Posto: _____

Observações: _____

Data _____

APÊNDICE C

PERCENTUAL DE COBERTURA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS, POR FAIXA ETÁRIA,
PARANÁ, 2002 A 2004.

FAIXA ETÁRIA	2002			
	Pop. feminina	Pop. Feminina SUS	Nº exames citopatológicos	% cobertura
ABAIXO 10 ANOS	936.730	655.711	-	-
10 A 19 ANOS	974.573	682.201	31.268	4,58
20 ^A 29 ANOS	864.159	604.911	142.935	23,63
30 A 39 ANOS	782.560	547.792	165.386	30,19
40 A 49 ANOS	588.194	411.736	128.939	31,32
50 A 59 ANOS	382.936	268.055	65.927	24,59
ACIMA 60 ANOS	416.059	291.241	34.588	11,88
NÃO ESPECIFICADO	-	-	1.191	-
TOTAL POP FEMININA	4.945.211	3.461.648	570.234	16,47
TOTAL POP CURITIBA	9.797.967	-	-	-
	2003			
ABAIXO 10 ANOS	946.206	662.344	-	-
10 A 19 ANOS	984.585	689.210	25.332	3,68
20 ^A 29 ANOS	875.008	612.506	109.700	17,91
30 A 39 ANOS	792.189	554.532	116.050	20,93
40 A 49 ANOS	595.483	416.838	87.270	20,94
50 A 59 ANOS	387.072	270.950	48.036	17,73
ACIMA 60 ANOS	419.986	293.990	24.586	8,36
NÃO ESPECIFICADO	-	-	1.518	-
TOTAL POP FEMININA	5.000.529	3.500.370	412.492	11,78
TOTAL POP CURITIBA	9.906.812	-	-	-
	2004			
ABAIXO 10 ANOS	930.612	651.428	-	-
10 A 19 ANOS	974.071	681.850	27.664	4,06
20 ^A 29 ANOS	882.737	617.916	123.117	19,92
30 A 39 ANOS	813.633	569.543	131.067	23,01
40 A 49 ANOS	613.084	429.159	103.662	24,15
50 A 59 ANOS	396.699	277.689	58.495	21,06
ACIMA 60 ANOS	444.983	311.488	30.920	9,93
NÃO ESPECIFICADO	-	-	997	-
TOTAL POP FEMININA	5.005.819	3.539.073	475.922	13,45
TOTAL POP CURITIBA	10.015.425	-	-	-

FONTE: População IBGE, disponibilizado pela SESA/PR
SESA (nº de exames citopatológicos)

NOTA: As mulheres compõem, em média, 50% da população do Paraná. Fazendo uma análise linear da cobertura de exames citopatológicos por faixa etária, considerando-se que cada exame corresponde a uma mulher e que as mulheres fazem um exame por ano (o que nem sempre acontece, pois, conforme orientação do Programa Viva Mulher pode ser estabelecida a periodicidade de exames a cada três anos após dois exames positivos), podemos deduzir que a maior parte dos exames são realizados na faixa dos 30 aos 49 anos, que é a faixa etária estabelecida como prioritária. Nos três anos analisados a maior porcentagem foi na faixa dos 40 aos 49 anos. Acima dos 50 anos, onde ocorre o maior percentual de óbitos, o percentual de cobertura é bem reduzido.

APÊNDICE D

PERCENTUAL DE COBERTURA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS, POR FAIXA ETÁRIA,
CURITIBA, 2002 A 2004.

FAIXA ETÁRIA	2002			
	Pop. feminina	Pop. Feminina SUS	Nº exames citopatológicos	% cobertura
ABAIXO 10 ANOS	139.674	97.772	-	-
10 A 19 ANOS	156.163	109.314	9.700	8,87
20 ^A 29 ANOS	163.287	114.301	32.649	28,56
30 A 39 ANOS	143.389	100.372	32.625	32,50
40 A 49 ANOS	112.351	78.646	27.108	34,47
50 A 59 ANOS	69.346	48.542	13.837	28,51
ACIMA 60 ANOS	72.083	50.458	8.590	17,02
TOTAL POP FEMININA	856.293	599.405	124.509	20,77
TOTAL POP CURITIBA	1.644.599	-	-	-
	2003			
ABAIXO 10 ANOS	141.934	99.354	-	-
10 A 19 ANOS	158.689	111.082	8.819	7,94
20 ^A 29 ANOS	165.927	116.149	30.196	26,00
30 A 39 ANOS	145.707	101.995	26.569	26,05
40 A 49 ANOS	114.167	79.917	21.357	26,72
50 A 59 ANOS	70.467	49.327	11.731	23,78
ACIMA 60 ANOS	73.247	51.273	6.959	13,57
TOTAL POP FEMININA	870.138	609.097	105.631	17,34
TOTAL POP CURITIBA	1.671.193	-	-	-
	2004			
ABAIXO 10 ANOS	135.576	94.903	-	-
10 A 19 ANOS	154.865	108.406	8.474	7,82
20 ^A 29 ANOS	165.470	115.829	28.846	24,90
30 A 39 ANOS	149.266	104.486	25.652	24,55
40 A 49 ANOS	119.917	83.942	21.573	25,70
50 A 59 ANOS	74.341	52.039	12.310	23,66
ACIMA 60 ANOS	84.506	59.154	7.674	12,97
TOTAL POP FEMININA	883.941	618.759	104.529	16,89
TOTAL POP CURITIBA	1.697.703	-	-	-

FONTE: População IBGE, disponibilizado pela SESA/PR
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (nº de exames citopatológicos)

NOTA: As mulheres compõem, em média, 52% da população do município de Curitiba. Fazendo uma análise linear da cobertura de exames citopatológicos por faixa etária, considerando-se que cada exame corresponde a uma mulher e que as mulheres fazem um exame por ano (o que nem sempre acontece, apesar das mulheres entrevistadas terem relatado fazer exames anuais; conforme orientação do Programa Viva Mulher pode ser estabelecida a periodicidade de exames a cada três anos após dois exames positivos), podemos deduzir que a maior parte dos exames são realizados na faixa dos 20 aos 49 anos. Nos três anos analisados a maior porcentagem foi na faixa dos 20 aos 29 anos, sendo que nessa faixa etária há um baixo número de óbitos. Na faixa dos 50 aos 59 anos a cobertura fica próxima das faixas etárias anteriores. Acima dos 60 anos a cobertura é reduzida.

ANEXOS

ANEXO A – Mapa de Curitiba com Distritos Sanitários e Unidades de Saúde.

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética.

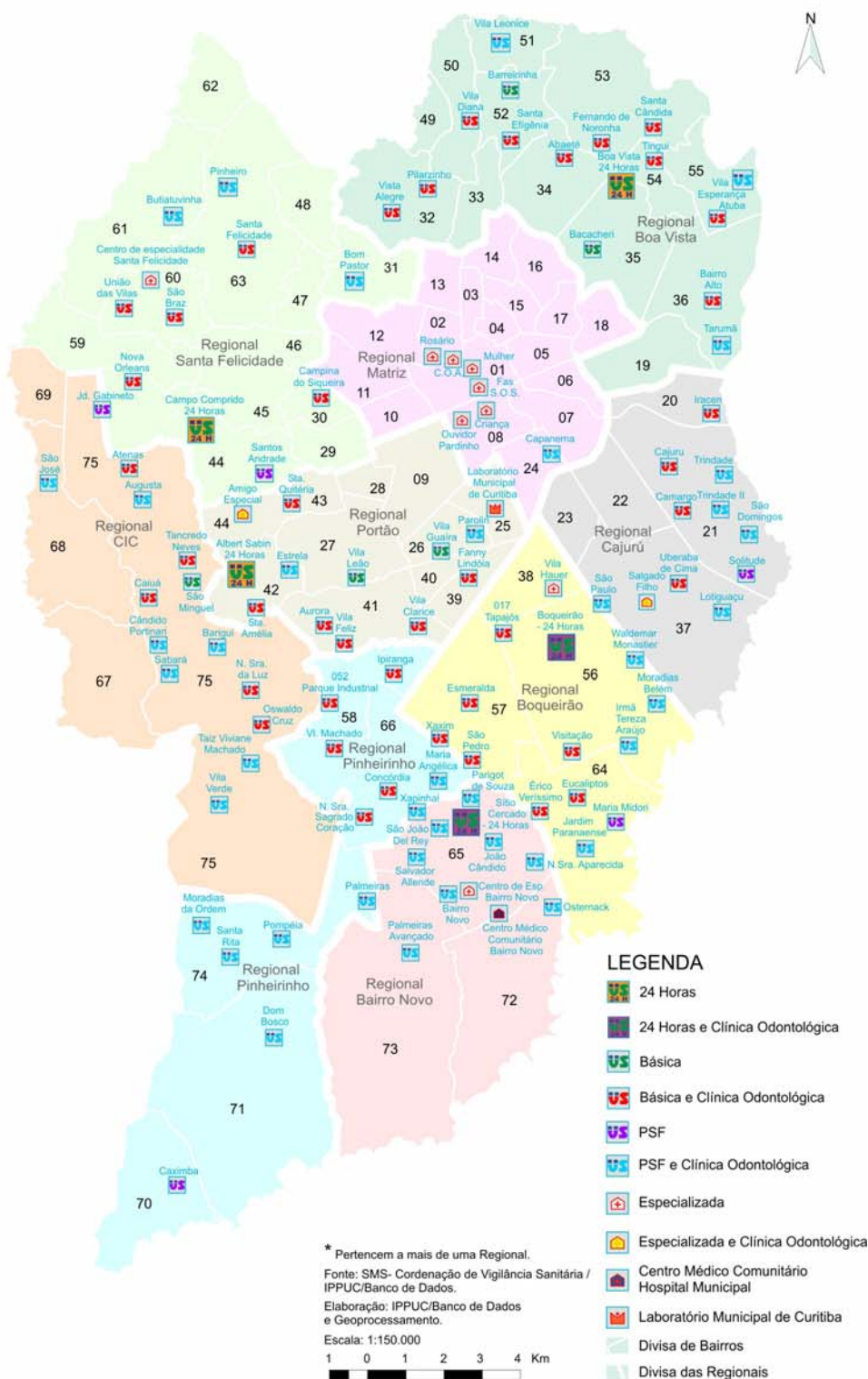
ANEXO A – MAPA

Unidades Municipais de Saúde por

Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2005

BAIRROS

- 01 - Centro
- 02 - São Francisco
- 03 - Centro Cívico
- 04 - Alto da Glória
- 05 - Alto da Rua XV
- 06 - Cristo Rei
- 07 - Jardim Botânico
- 08 - Rebouças
- 09 - Água Verde
- 10 - Batel
- 11 - Bigorriho
- 12 - Mercês
- 13 - Bom Retiro
- 14 - Ahú
- 15 - Juvevê
- 16 - Cabral
- 17 - Hugo Lange
- 18 - Jardim Social
- 19 - Tarumã
- 20 - Capão da Imbuia
- 21 - Cajuru
- 22 - Jardim das Américas
- 23 - Guabirota
- 24 - Prado Velho
- 25 - Parolim
- 26 - Guaíra
- 27 - Portão
- 28 - Vila Isabel
- 29 - Seminário
- 30 - Campina do Siqueira
- 31 - Vista Alegre
- 32 - Pilarzinho
- 33 - São Lourenço
- 34 - Boa Vista
- 35 - Bacacheri
- 36 - Bairro Alto
- 37 - Uberaba
- 38 - Hauer
- 39 - Fanny
- 40 - Lindóia
- 41 - Novo Mundo
- 42 - Fazendinha
- 43 - Santa Quitéria
- 44 - Campo Comprido*
- 45 - Mossunguê
- 46 - Santo Inácio
- 47 - Cascatinha
- 48 - São João
- 49 - Taboão
- 50 - Abranches
- 51 - Cachoeira
- 52 - Barreirinha
- 53 - Santa Cândida
- 54 - Tingui
- 55 - Atuba
- 56 - Boqueirão
- 57 - Xaxim
- 58 - Capão Raso
- 59 - Orleans
- 60 - São Braz
- 61 - Butiatuvinha
- 62 - Lamenha Pequena
- 63 - Santa Felicidade
- 64 - Alto Boqueirão
- 65 - Sítio Cercado
- 66 - Pinheirinho
- 67 - São Miguel
- 68 - Augusta
- 69 - Riveira
- 70 - Caximba
- 71 - Campo de Santana
- 72 - Gancharinho
- 73 - Umbará
- 74 - Tatuquara
- 75 - Cidade Industrial*



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 250-1414 :: Fax (41) 254-8661 :: E-Mail ippuc@ippuc.org.br ::

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA