



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E GESTÃO - DTG
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA

CECILIANA PAULA DE ARAÚJO DE MORAIS

**O CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E
PREVENÇÃO DA DOENÇA NO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO
NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.**

João Pessoa
Novembro 2016

CECILIANA PAULA DE ARAÚJO DE MORAIS

**O CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E
PREVENÇÃO DA DOENÇA NO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO
NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Tecnologia
em Gestão Pública para a obtenção
do grau pela Universidade Federal
da Paraíba, sob orientação do Prof.
Dr. Roberto Mendoza.

João Pessoa

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M827c Morais, Ceciliana Paula de Araújo de.
O Câncer do colo uterino: uma análise da prevalência e prevenção da doença no hospital Napoleão Laureano na cidade de João Pessoa - PB / Ceciliana Paula de Araújo de Morais. – João Pessoa, 2016.
55f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Mendoza
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologia em Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

1. Saúde preventiva da mulher. 2. Câncer do colo uterino. 3. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU: 35(043.2)

**O CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E
PREVENÇÃO DA DOENÇA NO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO
NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.**

Data: ___/___/_____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profº.Drº Roberto Mendoza
Orientador-UFPB

Profº.DrºVanderson Carneiro
Examinador-UFPB

Profº.Drº Dailton Alencar Lucas de Lacerda
Examinador-UFPB

João Pessoa
2016

AGRADECIMENTOS

À Deus, que na sua infinita bondade e misericórdia tem me sustentado até o momento para almejar esta primeira grande conquista profissional, e sei que tudo o que me acontece é conforme a permissão d'Ele.

Agradeço a minha guerreira mãe Cecília que já se encontra na morada eterna, por ter me incentivado desde criança a lutar pelos meus sonhos e a nunca abandonar os estudos.

Ao meu pai Paulo que me ajuda nos períodos difíceis e que sempre me apoia nas decisões.

À minha heroína avó Antonieta, por sua paciência e ansiedade ao me esperar todos os dias chegar em casa, e por me proporcionar tudo o que preciso através de seu sacrifício.

Ao meu orientador Prof. Roberto Mendoza, que desde a disciplina de pesquisa aplicada me ajudou muito, foi tão atencioso e compreensivo comigo.

E por fim, sou grata pelas pessoas que surgiram na minha vida de alguma forma para contribuir e torcer por esta concretização.

RESUMO

Este trabalho aborda a temática do câncer de colo de útero para avaliar o perfil da mulher segundo as variáveis e a prevenção, que estão expressas no estudo de caso desenvolvido no Município de João Pessoa no estado da Paraíba. Objetivou-se identificar e analisar a prevalência de diagnósticos do câncer cervical no Hospital Napoleão Laureano nos anos de 2012 a 2015 e as práticas intervencionistas. Para consubstanciar a investigação, utilizou-se a tipologia descritiva com abordagem quantitativa, como também duas entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde. A análise dos dados foi sobre a base de 393 casos de pacientes do sexo feminino, diagnosticadas com neoplasia cervical. Apresentou-se média e mediana e identificou frequências das variáveis correspondentes. Traçaram-se tabelas de contingência entre variáveis calculadas pelo teste qui-quadrado e fizeram-se duas entrevistas que colaboraram para atingir os objetivos propostos da pesquisa. Com base nas informações coletadas, pode-se dizer que as usuárias pobres são mais tendentes a ter menos oportunidades de receber informação pertinente e oportuna em atividades de prevenção. Por este motivo, provavelmente chegam tardiamente ao atendimento, quando sua saúde já está muito comprometida e não podem fazer cirurgias, o que ocasiona altas chances de não curar-se e vir a óbito precocemente por descobrir tarde demais o diagnóstico. Assim, seus direitos ficam cerceados.

Palavras-chave: Câncer de Colo Uterino; Saúde; HNL; Prevenção; SUS.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of cervical cancer to evaluate the profile of women according to the variables and prevention, which are expressed in the case study developed in the city of João Pessoa in the state of Paraíba. This study aimed to identify and analyze the prevalence of diagnosis of cervical cancer at the Hospital Napoleon Laureano in the years 2012 to 2015 and interventionist practices. To substantiate the research, we used the descriptive typology with quantitative approach, as well as two semi-structured interviews with health professionals. Data analysis was based on 393 cases of female patients diagnosed with cervical cancer. He introduced himself mean and median and identified frequencies of the corresponding variables. They drew up contingency tables between variables calculated using the chi-square test and made up two interviews that contributed to achieving the goals of the research. Based on the information collected, it can be said that poor users are more tending to have fewer opportunities to receive relevant and timely information on prevention activities. For this reason, probably belatedly come to care when their health is already very committed and can no longer do surgery, which causes high chances of not heal and come to death early to discover too late diagnosis. Thus their rights are curtailed.

Keywords: Cervical cancer; Cheers; HNL; Prevention; SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Média e Mediana	p.32
Tabela 02- Frequência e porcentagem do nível salarial	p.32
Tabela 03- Frequência e porcentagem do nível de instrução	p.33
Tabela 04- Frequência e porcentagem de Religião	p.33
Tabela 05- Frequência e porcentagem de etnia	p.34
Tabela 06- Frequência e porcentagem de convênio	p.34
Tabela 07- Frequência e porcentagem do ano	p.34
Tabela 08- Frequência e porcentagem de óbito	p.35
Tabela 09- Frequência e porcentagem de cirurgia	p.35
Tabela 10- Contingência das diferenças significativas entre nível salarial e tipo de convênio	p.35
Tabela 11- Contingência das diferenças significativas entre nível de instrução e tipo de convênio	p.36
Tabela 12- Contingência das diferenças significativas entre religião e tipo de convênio	p.37
Tabela 13- Contingência das diferenças significativas entre grupo étnico e tipo de convênio	p.37
Tabela 14- Contingência das diferenças significativas entre idade e número de cirurgias	p.38
Tabela 15- Contingência das diferenças significativas entre nível salarial e número de cirurgia	p.38
Tabela 16- Contingência das diferenças significativas entre nível de instrução e número de cirurgias	p.39
Tabela 17- Contingência das diferenças significativas entre número de cirurgias e tipo de convênio	p.40

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCU – Câncer de Colo Uterino
CDC – Centro de Diagnóstico do Câncer
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV – Vírus da Imunodeficiência
HNL – Hospital Napoleão Laureano
HPV – Papilomavírus humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional de Câncer
SUS – Sistema Único de Saúde
MS – Ministério da Saúde
NIC – Neoplasia Intra-Epitelial Cervical
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Ações Unidas
PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo de Útero
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Ações Unidas para a Infância

SUMÁRIO (organizar as paginas)

1. INTRODUÇÃO	11
1.2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICO	13
2. RELEVÂNCIA DO TEMA	13
3. A SAÚDE COMO DIREITO	15
3.1.A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO	15
3.1.1. O SUS	18
3.2. A MULHER COMO PREOCUPAÇÃO NA AGENDA POLÍTICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	20
3.3. O INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER	25
3.4. O CÂNCER DE COLO UTERINO	27
4. METODOLOGIA	31
4.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	31
5. ANÁLISE DOS DADOS	32
5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS	32
5.2 ANÁLISE DO TESTE QUI-QUADRADO	35
5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	40
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
9. ANEXOS	48

1. INTRODUÇÃO

Considerado um problema de saúde pública, o câncer atinge hoje gradativamente os países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, devido ao seu crescimento acelerado, ele torna-se uma das mais importantes e preocupantes causas de morte no mundo atual, visto que pode ser atribuído tanto ao envelhecimento da população, como pode estar atrelado às mudanças de hábitos, consumo e vida (GEOVANINI, 2013).

Nas primeiras décadas do século XX, a preocupação com a saúde da mulher no âmbito das políticas nacionais era de forma restrita, visando apenas à gravidez e parto (MS-BRASIL, 2004). No entanto, havia desigualdades sociais em relação ao papel da mulher na saúde, de modo que era vista raramente dentro dos planos de políticas da saúde pública.

No ano de 1984 foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PAISM (MS-BRASIL, 1984). Esse programa foi incorporado às realizações de ação educativa, diagnósticos de doenças, e apoio inclusive às necessidades de câncer de colo de útero.

De acordo com MS-BRASIL (2004), constituem objetivos específicos e estratégias da PAISM diminuir a morbimortalidade e lesões que geram câncer invasivo na população feminina, organizando polos de referências nos municípios para o diagnóstico e tratamento do câncer cervical e mama e oferecer, gratuitamente, o teste de doença sexualmente transmissível, especialmente de HPV e DST.

Além disso, surge em 1998 o Programa Viva mulher, como principal objetivo o combate à incidência de mortes por neoplasia maligna uterina (MS-BRASIL, 2002).

Atualmente, o câncer de Colo do útero é o segundo tipo de neoplasia mais comum que atinge as mulheres, só perdendo para o de mama, e tem como principal fator agressor relacionado a esse tipo de câncer a infecção local pelo vírus HPV (Papilomavírus Humano). A transmissão do HPV se dá principalmente pela via sexual, sendo considerada a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum nos dias atuais (PRATES, 2009; INCA, 2006). De acordo com o Dr. Drauzio Varella, o tumor passa por um estágio de pré-malignidade que pode ser conceituada em graus I, II, III e IV que varia com a gravidade do caso (VARELLA, 2012).

As mulheres que tendem a contrair o câncer cervical são as quem começaram muito cedo a atividade sexual, tiveram vários parceiros sexuais, constituindo multiparidade, as que tiveram ausência de realização de exames preventivos, uso inadequado de anticoncepcional

oral, como também, deficiência na higiene e apresentando o uso prolongado de cigarros. A prevenção primária se dá pela vacinação para meninas e a educação sexual ainda na juventude e ações educativas. Já a prevenção secundária seria o teste de Papanicolau que é o mais eficiente para o diagnóstico, e a terciária é o tratamento realizado sem interrupções para combater a doença com possibilidades de cura (WHO, 2006).

Mediante o levantamento histórico acima apresentado, percebe-se que o câncer cervical é uma das doenças trabalhadas na agenda pública da saúde que foi discutido por pesquisadores do mundo, e com criações frequentes de políticas, programas e planos de redução da prevalência, incidência e mortalidade impostas e executadas até o momento, entretanto, esses programas precisam ser mais divulgados e acompanhados.

A pesquisa proposta pretende verificar a prevalência e ações de prevenção, por meio de análises críticas aos dados coletados e apresentados no hospital, e se estão sendo executadas corretamente. Bem como, se há outros projetos ou planos sendo desenvolvidos pelas instituições hospitalares para o público. Além disso, propõe entrevistar o profissional de Ginecologia Oncológica do hospital acerca da neoplasia, se estão informadas de campanhas educativas e quais os medos e dificuldades estão sendo enfrentados por eles.

O objeto de pesquisa será estudado no Hospital de referência Napoleão Laureano, localizado na cidade de João Pessoa-PB. O hospital é uma unidade filantrópica, que atende na esfera Federal, Estadual e Municipal a fim de tratar pacientes com neoplasias, contribuir para a educação sanitária da população da Paraíba como também ajudar os profissionais em busca do campo científico e assistência à saúde (HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, 2016).

Considerando-se o que foi exposto em linhas gerais sobre o câncer de colo uterino e seus programas vigentes, surge a necessidade de conhecer sua execução nesse hospital.

Foram formuladas as seguintes questões de pesquisa:

- Qual a prevalência do CCU segundo às variáveis sociodemográficas na população estudada?
- Quais práticas de prevenção para o público alvo que estão sendo implementadas no Hospital Laureano acerca da doença mencionada acima?

O trabalho teve como **objetivo geral** analisar a prevalência dos diagnósticos de câncer realizados no Hospital Napoleão Laureano (João Pessoa), como também observar se existe algum plano de ação educativa complementar para a população alvo acerca do controle e prevenção do câncer de colo uterino no período de 2012-2015.

Para tanto, os **objetivos específicos** foram:

- Realizar um levantamento documental e bibliográfico sobre o tema proposto;
- Consultar os dados coletados fornecidos pelo Hospital de câncer;
- Identificar o perfil da mulher que apresenta neoplasia segundo idade, etnia, nível educacional, religião, e nível salarial no período considerado.
- Atribuir o número de cirurgias por paciente
- Analisar os tipos de cobertura: pública, privada e conveniada.
- Identificar planos ou campanhas educativas complementares realizadas no âmbito hospitalar e na Secretaria de Saúde do Município acerca do câncer cervical.

2. RELEVÂNCIA DO TEMA

No município de João Pessoa, a necessidade de combater as doenças crônicas emergenciais, inclusive o câncer no Sistema Público de Saúde, é um tema de grande relevância. Assim, a Pesquisa Nacional da Saúde Escolar 2015, IBGE (2016) mostra que em relação ao conhecimento da campanha de vacinação contra o vírus HPV, 88% dos estudantes brasileiros do 9º ano afirmaram conhecê-la. Os Estados de Sergipe e Mato Grosso tiveram, respectivamente, o maior índice (91,6%), e menor índice (84,2%) de conhecimento (IBGE, 2016).

Por outra parte, a pesquisa informa que foram vacinadas o 74,2% por alunas do sexo feminino, e o percentual menor foi encontrado nas Regiões Norte e Nordeste com 68,9% e 69,7% respectivamente. Na região Sudeste, 78,8% das estudantes confirmou o recebimento da vacina. E entre as unidades da Federação, as meninas que tomaram a vacina superou 80% no Distrito Federal e em São Paulo ao contrário da Bahia que registrou o menor percentual de 62,6%” (IBGE, 2016).

Levando em consideração aos mais jovens na fase de sua adolescência, percebe-se que nas escolas também há uma preocupação, pois estão fazendo sexo sem preservativos e estão expostas as doenças DST, e, por conseguinte, vindo gravidez precoce. Segundo uma pesquisa

feita pelo IBGE (2016): 22,3% dos jovens tiveram relação sexual alguma vez; 31,7% são meninos; 14,5% são meninas; 24,1% São da rede Pública; 14,2% são de rede privada; 56,5% usaram o preservativo na primeira relação sexual; 38,8% Tiveram relações sexuais com um parceiro.

Na organização pública, a missão do gestor é estabelecer as metas, objetivos e atividades bem definidas e mapeadas, que é necessário para atender ao público-alvo no tempo e local certo, nas condições e formas desejadas, de forma economicamente eficaz, eficiente e efetivamente no uso dos recursos públicos. O Governo deve se importar com a saúde da população, buscando elaborar estratégias, em todos os sentidos, até porque isso é de responsabilidade, um dever do Estado.

O trabalho trata de um aspecto muito importante e que também deve ser compreendido na literatura sobre a gestão das políticas públicas como um direito fundamental do cidadão. Especialmente da mulher, pelo papel fundamental que joga tanto no processo produtivo e reprodutivo na sociedade, visto que, é um assunto que deve ser cada vez mais discutido e trabalhado em nossa contemporaneidade. Além disso, o trabalho contribuirá para que os gestores possam dar uma maior atenção às necessidades das pacientes diagnosticadas com câncer cervical. E que pensem em como podem melhorar as condições enfrentadas por elas, pois a importância atribuída aos processos que interferem diretamente na eficiência das organizações e políticas públicas abriu um espaço para que atividades na área da saúde fosse objeto de maior atenção dos administradores públicos.

3. A SAÚDE COMO DIREITO

3.1 A saúde como um direito de todos e dever do Estado

O Brasil é signatário dos acordos de Alma Ata (1978), no qual se compromete a cuidar da saúde de todos (as) os brasileiros. O SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, a partir da constituição de 1988.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde de Alma Ata realizada em 12 de setembro de 1978, surge com a necessidade de unir governos a fim de promover o desenvolvimento da saúde digna a todas as nações do mundo. Textualmente, as declarações foram (OPAS, 2016):

- I.) A Conferência enfatiza que a saúde–Estado de completo bem- estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
- II.) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.
- III.) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.
- IV.) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.
- V.) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de

toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

- VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

- VII) Os cuidados primários de saúde:
- 1 – Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
 - 2 – Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
 - 3 – Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento imunização contra as

apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 – Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 – Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 – Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 – Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais

uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento podem e devem liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde. A canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento (OPAS, 2016).

A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

3.1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O acesso gratuito ao SUS (Sistema Único de Saúde) é uma garantia constitucional para toda população brasileira, independente de gênero, raça ou cor. Porém, há determinados grupos de pessoas que utilizam o acesso integral aos serviços de média e alta complexidade com mais facilidade que outros. (CONASS, 2003)

Segundo o **Decreto nº 7.508, de 28/06/2011** que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (PLANALTO, 2011).

Segundo (Eduardo, 2004):

“Pela primeira vez nas Cartas Constitucionais brasileiras, a de 1988

apresenta uma seção específica para a saúde, consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado. Esse procedimento desloca a noção de seguro social, vigente desde os anos 20, pela de seguridade, isto é, à semelhança do que ocorre no Estado de Bem-Estar Social, está previsto que o acesso pleno ao sistema de saúde passa a não depender da renda, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania”.

Depois da Constituição Federal de 1988, o Brasil determinou um Sistema de Saúde integrativo e complexo (O sistema SUS), norteado pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. O Sistema Único de Saúde tem a finalidade de ser universal, para que toda população brasileira tenha acesso a este serviço, além de ser preventivo e recuperativo. A evolução do setor de saúde brasileiro sofreu simultaneamente pelo processo de democratização e foi apoiada e gerida por movimentos, profissionais da saúde e sociedade civil (CONASS, 2003).

Apesar das limitações, o SUS melhorou de forma significativa a atenção básica e emergencial, e um dos enfrentamentos futuros é reformar a estrutura de financiamento a fim de garantir melhor a universalidade, equidade e sustentabilidade em longo prazo para atender as mudanças epidemiológicas e a melhoria de condições de vida e proteção dos usuários. Estes desafios a serem enfrentados pelo Sistema Único de Saúde são de competência política, e podem ser solucionados com apoio da sociedade brasileira (CONASS, 2003).

Figura 1: Nível de complexidade de atenção do SUS



Fonte: <http://soumaissus.blogspot.com.br/2015/04/a-hierarquizacao-no-contexto-do-sus.html>.

Observamos na figura anterior, que o nível primário ou atenção básica é de baixa complexidade e estabelecido para prover atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As atividades da atenção básica têm baixo custo e realizam atendimentos pelos profissionais da saúde de UBS (Unidade Básica de Saúde) ou saúde da família, acompanhamentos em ambulatórios, e assistência à saúde e condições ambientais saudáveis (SOUMAISSUS, 2016).

O nível secundário ou atenção de média complexidade realizam atividades em especialidades médicas, ginecológicas, pediatria e clínica cirúrgica. São procedimentos de médio custo e feitos em ambulatórios, internações, atendimentos de urgência e reabilitação. O exame do papanicolau para a detecção do câncer de colo de útero é um procedimento realizado pelo corpo técnico especializado do nível secundário (SOUMAISSUS, 2016).

O nível terciário ou atenção de alta complexidade é onde estão as situações mais complexas, corre os maiores danos ao bem-estar e risco de morte. É feito em hospitais especializados de referência de tratamento de câncer e transplante (SOUMAISSUS, 2016)

A Lei dos 60 dias, criada em 22 de novembro de 2012 veio para levar um prazo máximo de 60 dias para realizar o primeiro tratamento ao paciente com câncer. Tais procedimentos que serão feitos nesse prazo são: cirurgia, quimioterapia ou radioterapia. Se caso não cumprirem o prazo de 60 dias para chamarem o usuário com neoplasia, o paciente deverá submeter a Secretaria de Saúde de seu município com uma reclamação acerca do não cumprimento, e se ainda, a secretaria não resolver, deve-se recorrer à justiça (PLANALTO, 2012).

A execução da saúde em conformidade com os pareceres constitucionais estabelece providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. A consecução desse objetivo exigirá do Estado à formulação de políticas públicas voltadas à desmercantilização da saúde – o que no âmbito da assistência médica sugere o incentivo as formas não lucrativas, em detrimento das modalidades lucrativas na produção de serviços –, e à busca incessante de novos padrões de gestão na relação público/privado, capazes de viabilizar a eficácia social do SUS (EDUARDO, 2004)

3.2 A mulher como preocupação na agenda política e as políticas públicas no Brasil

Nota-se nos dias atuais que as mulheres de qualquer idade são prejudicadas e se tornam vulneráveis pela falta da informação, pois a educação é um fator importante para que todas elas tenham o conhecimento que permita identificar os fatores contribuintes para a prevenção desta doença.

A saúde da mulher no Brasil foi colocada nas políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX e atendia apenas as demandas de gravidez e parto. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e destacando a prevenção de câncer do colo de útero (MS-BRASIL, 2004).

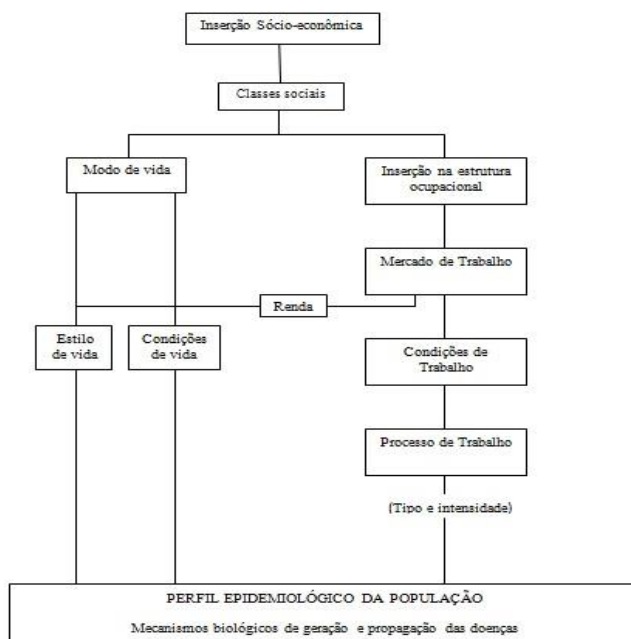
A Política de Atenção Integrada à Saúde da Mulher-PAISM foi pensada como uma prioridade de governo, criada pelo Ministério da Saúde em parceria com vários setores da sociedade, movimento feministas, pesquisadores, grupos científicos, entidades filantrópicas, gestores do SUS e órgãos de cooperação internacional, e tem como finalidade promover a garantia dos direitos humanos femininos e diminuir a morbimortalidade por meio de prevenção evitável (MS-BRASIL, 2004).

Em geral, quando se fala de um problema coletivo de morbidade, este deve se entender como um processo mais o menos diverso que afeta a uma população determinada, antes que um estado permanente e fixo. A epidemiologia atual no Brasil (Possa, 1998) estuda este tipo de problemas. Ela define seu âmbito de estudo como sendo o processo Saúde-doença, determinado pelas condições de existência de uma população num momento histórico e lugar previamente definidos.

Assim, existe uma estrutura de causalidade que determina as formas específicas de morbidade/salubridade/morbidade que configuram o perfil epidemiológico de uma população concreta. Desta maneira, o indivíduo deixa de ser objeto isolado de risco de doenças, passando a ter esta sujeição ao risco explicada pelas formas concretas de sua inserção na sociedade.

Neste sentido, o gráfico abaixo (Possas, 1998), exhibe essa estrutura de causalidade segundo os níveis de determinação que se deve ter em conta para estudar o perfil epidemiológico de uma população dada. (Ver gráfico 1):

Gráfico 1: Níveis de determinação do perfil epidemiológico da população



Fonte: Epidemiologia e Sociedade (POSSAS, 1998).

Por nossa parte, consideramos que nesse gráfico, ainda que muito completo, estaria faltando especificar, nas condições de vida, o acesso ou não acesso ao sistema de saúde dessa população.

Buscando compreender as causas que condicionam o modo de saúde da mulher, este documento analisa os dados epidemiológicos tirados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de pesquisas feitas por pesquisadores e instituições que usam esse tema.

O PAISM contempla as mulheres acima de 10 anos de idade. No Brasil, as doenças cardiovasculares frisando o infarto agudo do miocárdio é que mais afeta as mulheres; em segundo vem o acidente vascular cerebral-AVC, e logo depois as neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais, metabólica, diabetes e causas externas (MS-BRASIL, 2004).

A desigualdade salarial é um dos empecilhos que as mulheres enfrentam pelos homens, mesmo quando fazem trabalhos parecidos, e também pelo aumento do número de famílias carentes dirigidas só por mulheres (CORRAL, 2000).

Os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher são (MS-BRASIL, 2004):

- a) Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos

meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

- b) Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- c) Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Dentro dos objetivos específicos e estratégias do PAISM, podemos observar a ampliação da atenção ginecológica para as portadoras de infecção por vírus HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana e outras DTS's, promovendo o cuidado da mulher na rede SUS. Além disso, fortalecer as campanhas preventivas de controle das doenças sexualmente transmissíveis nas mulheres e reduzir a morbimortalidade por neoplasia, oferecendo aos municípios polos de referência para o diagnóstico e tratamento de câncer cervical e mama (CORRAL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2004) compõe as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher:

- O SUS deve ser orientado e preparado para a atenção à saúde da mulher, visando a promoção da saúde, necessidades das mulheres, controle de patologias mais vistas nesse grupo e garantia do direito ao serviço de saúde.
- O PAISM deverá alcançar as mulheres em todos os ciclos de vida, tendo em vista as especificidades das diferentes faixas etárias dos distintos grupos da sociedade (Indígenas, mulheres que habitam em regiões de difícil acesso, mulheres negras, situação de risco, presidiárias, deficientes, homossexuais, dentre outras).
- A criação, desenvolvimento, implementação e monitoramento das Políticas de Saúde da mulher deverão ter como direção o enfoque de raça, etnia, gênero, rompendo fronteiras de saúde sexual e reprodutiva para almejar todas as feições da saúde feminina.
- A Administração da Política de Atenção à Saúde deve ter uma integração para atender as necessidades emergenciais ou antigas, em todos os padrões assistenciais.
- Deverão ser entendidas em sua dimensão mais ampla as políticas de saúde da mulher, frisando o advento e crescimento das condições precisas conforme os direitos

femininos, seja nos setores de saúde, governamentais, SUS, favorecendo a proteção, justiça, labuta, previdência social e educação.

- A atenção integral à saúde da mulher se remete a união de práticas de promoção, segurança, reabilitação, assistência, colocadas em todos os níveis de atenção, seja da primária a mais complexa.
- O Sistema Único de Saúde deverá assegurar o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, na lógica da descentralização, hierarquização e dinâmica de ações, visto que é distribuída de acordo com a competência a todos os níveis de gestão, para realizar o serviço da Política de Atenção à Saúde da Mulher.
- A atenção integrada à saúde da mulher refere-se ao atendimento a partir do contexto de vida de cada mulher, do momento que aparece a demanda, levando também em conta o seu individualismo e condições, sendo responsável por suas decisões.
- O atendimento deve ser feito a todas as mulheres, independente de religião, cultura, etnia, classe econômica, nível educacional ou região, respeitando todas as discrepâncias estabelecidas, focando a sensibilização e valorização humana das ações de saúde.
- As ações de saúde devem ser baseadas nos princípios da humanização, fazendo com que o profissional da saúde aja dignamente, atendendo às necessidades de cada mulher, incentivando a informação em relação às condições de saúde e seu corpo, a promoção do acolhimento, tenham acesso às novas tecnologias e sintam interessadas a solucionar os problemas e reduzir o sofrimento ao processo de doença e morte das pacientes e seus familiares.
- Na parte de implantação, implementação e monitoramento do PAISM, deve ser motivada com a participação dos movimentos femininos e sociedade civil organizada.
- A participação da sociedade civil na execução das práticas de saúde da mulher em todos os âmbitos, em competência às instâncias gestoras, qualificar a demanda de informações sobre as políticas públicas da saúde da mulher, ferramentas de gestão e regulação do Sistema Único de Saúde.
- As execuções das práticas dos serviços de saúde devem ser feitas em todos os níveis de atenção, pois, promove a ação de forma horizontal, permitindo as alterações de cada realidade local.

- As práticas voltadas a melhoria de vida e bem-estar de cada mulher deve ser feita pelas entidades do governo, empresas conveniadas e setores filantrópicos afim de assegurar as redes integradas para obter os melhores fins.

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo (MS-BRASIL, 2004).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2002):

“O projeto-piloto, denominado Viva Mulher, foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu 124.440 mulheres, priorizando mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Em 21 de junho de 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98. A primeira fase de intensificação ocorreu de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações, estabelecimento de mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo. A coordenação do programa foi oficialmente transferida para o INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Neste mesmo ano foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO - para monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30/08/1999). De 1999 a 2001, as ações pela oferta de serviços foram ampliadas, resultando na realização de 8 milhões de exames citopatológicos por anos. Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitou a realização de uma segunda fase de intensificação.” (INCA, 2002).

O Programa Viva Mulher foi firmado como prioridade na Política de atenção oncológica (INCA, 2005) e no Pacto pela Saúde (MS, 2006).

3.3 O INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA)

O INCA - Instituto Nacional do Câncer é uma entidade auxiliar do Ministério da Saúde (MS) que busca o desenvolvimento e coordenações das práticas integrativas para o controle e prevenção da neoplasia maligna no Brasil. Ele coordena muitos programas nacionais de controle do câncer e teve seus primeiros passos na década de 1930, mas que teve

a conquista de sua sede inaugurada em 1957(INCA, 2016).

Seu papel é:

- Elaborar políticas e diretrizes técnicas para o controle da neoplasia.
- Coordenar a produção de informação epidemiológica sobre o câncer
- Apoiar tecnicamente as secretarias municipais e estaduais de saúde nas ações de rastreio e tratamento de lesões precursoras.
- Analisar e Avaliar as práticas no nível nacional
- Promover expansão do tratamento do câncer no nível terciário
- Capacitar o corpo técnico nas áreas estratégicas no controle da neoplasia.
- Impor metas, objetivos e executar as práticas de comunicação em saúde.

Em questão da ação de controle, a promoção da saúde é fator fundamental para o bem estar da população. O acesso a informação e a diminuição de empecilhos de acesso ao serviço da saúde são questões importantes e devem ser garantidas para aumentar o grau de escolaridade e renda da sociedade e qualificar o SUS. Uma das prioridades da Política Nacional de promoção a saúde é o controle do tabagismo, que é um dos fatores de risco para a propagação do câncer cervical (INCA, 2016).

O SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero foi criado pelo INCA em 1999 em parceria com o Datasus, como instrumento de gerenciamento das práticas do controle de câncer cervical. Os dados colhidos pelo SISCOLO monitoram a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões pré-câncer, a situação do segmento das pacientes com resultados alterados, como outras informações sobre o acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. Quem tem acesso ao Sistema SISCOLO são as coordenações estaduais, regionais, municipais que administram as práticas preventivas como também avalia; e os laboratórios que realizam exames citopatológico e histopatológico do colo uterino fornecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde também têm acesso ao sistema (INCA, 2016).

A OMS(Organização Mundial da Saúde) cria uma definição em 1990, mas foi atualizada em 2012 sobre os cuidados paliativos da neoplasia cervical:

"Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais" (WHO, 2002).

As ações paliativas são essenciais para o controle dos sintomas dos pacientes que já apresentaram grau avançado do câncer cervical, pois isso também melhora no atendimento e manejo das complicações que surgem. Observa-se também a carga que traz ao paciente terminal dos sintomas físicos, psicológicos, emocionais, a dor e preocupação da família, e por isso precisa-se a adoção de dinâmicas interativas, respeitando sempre a limitação da própria paciente.

O Próprio INCA oferece estes cuidados paliativos para os pacientes oncológicos apenas em unidades hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, como também há um hospital que faz pesquisas e ensinamentos referentes a estes cuidados e promove discussões para a expansão desta área na política de saúde no Brasil (INCA, 2016).

3.4 O CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer de colo uterino (CCU) é um importante problema de saúde pública que incide precisamente em países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Estas mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares, o que compromete seus papéis no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar, acarretando um prejuízo social. Segundo as estimativas mundiais, o câncer cervical é o quarto tipo de câncer mais frequente nas mulheres, e no Brasil ocupa o segundo lugar, perdendo apenas para o câncer de mama. Com 527 mil novos casos em 2012, o risco inicia aos 30 anos, e vai aumentando na faixa etária dos 50 aos 60 anos (ONCOGUIA, 2014; MELO SCCS, 2001).

O Câncer cervical é uma neoplasia maligna que adentra a parte inferior do útero, chamada de colo. É um tipo de doença que pode levar entre cerca de 10 a 20 anos para se desenvolver, mas se diagnosticado precocemente pode ter chances de cura total. Quando já avançado o estágio do tumor, se espalhando além do colo do útero, o diagnóstico é reservado, acompanhados de dores, hemorragias podendo até chegar a morte (MULHER CONSCIENTE, 2016).

O CCU é causado pelo agente infeccioso do vírus HPV (Papilomavírus humano), principalmente pelo HPV-16 e HPV-18, que são os principais responsáveis por esta neoplasia cervical (WHO, 2010)

O contágio pelo Papiloma vírus humano é comum. Estimativas apontam que sua prevalência é cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão ter o vírus ao longo de suas

vidas. A infecção pelo vírus HPV é uma condição necessária, mas não satisfatório para adquirir o câncer de colo de útero (INCA, 2016).

O Papilomavírus humano (HPV) é muito comum na sociedade. A mulher adquire o vírus na fase da adolescência ou muitas vezes no início da vida sexual. Nesta fase, as lesões precursoras e tumores que invadem o colo do útero nos estágios iniciais não apresentam sintomas. Posteriormente, quando a infecção se torna profunda, acaba ocasionando lesões pré-cancerosas, que se não prevenidas precocemente, estas lesões se tornam câncer (MULHER CONSCIENTE, 2016).

Há mais de 150 tipos de HPV, 40 se localizam na área genital, e 15 são agressivos, chamados de cancerígenos. Estes vírus que causam lesões pré-cancerosas no Colo do útero são denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), que podem ser divididas em 3 níveis: I, II e III. A NIC I é uma lesão benigna e não requer tratamento, porque possivelmente regride. A NIC II é uma lesão mediana em jovens com conduta benigna com altas taxas de regressão, porém quando a mulher tem mais idade, faz-se o tratamento por cauterização (células doentes são destruídas, para atrair células novas e saudáveis) ou retirada. A NIC III, que é a precursora da neoplasia maligna, requer sempre a excisão (retirada), e as taxas de cura são altas. (MULHER CONSCIENTE, 2016)

Além da infecção pelo vírus HPV, outros fatores de risco são: início da atividade sexual precoce, haver vários parceiros, fumar cigarro, ter imunidade baixa e apresentar más condições de higiene. O CCU não constitui fases iniciais de sintomas, pois progride de forma lenta, entretanto quando aparecem apresenta: sangramento vaginal principalmente após as relações sexuais, no intervalo da menstruação ou depois da menopausa e corrimento vaginal. Quando a doença está avançada surgem outros sinais como dores no lombo e abdômen, hemorragias, perda de peso e de apetite, massa palpável no colo uterino e entupimento das vias urinárias e intestinais (VARELLA, 2012).

Se as mulheres não procuram o ginecologista a cada seis meses e realiza o exame papanicolau, o tumor continua se desenvolvendo, e depois pode ocorrer sangramento, corrimento e dores após a relação sexual. Se a paciente apresentar doença avançada, alguns sintomas como dor contínua na região pélvica, dores nas costas, formigamento e inchaço nas pernas, obstrução dos vasos sanguíneos, bexiga e intestino, urina com sangue, dificuldade para evacuar, fezes com sangue, ocorrerão. O exame do papanicolau diagnóstica o tumor, mas para a confirmação é preciso fazer uma biópsia, exame patológico mandado para análise. Após a confirmação do diagnóstico, a paciente é submetida a vários exames para saber aonde

se está instalado o tumor. Alguns exames são ultrassonografias de abdômen total, cistoscopia, transvaginal, ressonância, tomografia computadorizada dentre outros.

A propagação do câncer cervical se dá por duas formas: continuação das estruturas e proximidades aos tecidos vizinhos, e também por gânglios linfáticos. O câncer no estágio inicial é microscópico e fica localizado no colo, mas na progressão da doença se não for combatido, o tumor se espalha nos tecidos vizinhos, parede vaginal, podendo adentrar na parede pélvica e ao restante do colo do útero. Se for muito avançado pode aparecer na bexiga e reto (intestino baixo) (MULHER CONSCIENTE, 2016).

Após a realização do diagnóstico, classifica-se a usuária em algum dos 4 estágios do câncer (ver quadro 1):

Quadro 1 – Estágios do câncer cervical

Estágio	Descrição
I	Câncer localizado no colo uterino, sem especificar tamanho.
II	O câncer invade outras áreas além do colo do útero. Envolve a vagina, mas não seu terço inferior (sua saída).
III	O câncer espalha até a parede óssea da pelve e envolve o terço inferior da vagina.
IV	O câncer se estende em locais distantes (metástases) e pode envolver a bexiga ou intestino baixo.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo a sua classificação, a paciente será submetida ao tratamento que pode ser feito por cirurgias de retirada do Colo, radioterapia e ou quimioterapia (MULHER CONSCIENTE, 2016).

A abordagem mais efetiva em nosso País para o controle do CCU seria a constatação precoce pelo exame do Papanicolau, considerado um teste de baixo custo, simples e oferecido por toda a rede pública de saúde. Ainda ocorre por diversos motivos, por parte das mulheres, a desistência de realizar o teste preventivo citológico por medo do diagnóstico, vergonha, desconhecimento da importância ou por achar o exame desnecessário, e muitas não voltam para saber o resultado, ou ainda, não o realizam com a periodicidade devida (VIEIRA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o teste do Papanicolau deve ser feito em mulheres entre 25 a 59 anos, ou que já tenham praticado relações sexuais mesmo antes dessa

faixa etária mencionada. Faz-se uma vez por ano, e após dois testes anuais negativos, faz-se novamente a cada três anos (INCA 2002).

A detecção adiantada, pela realização do exame citológico de Papanicolau, tem sido uma estratégia eficiente e segura para modificar as taxas de incidência e mortalidade deste câncer. Como os sintomas e/ou sinais deste câncer geralmente surgem muito tarde, vê-se a falta de interesse pelas mulheres ao quererem realizar o exame. E quando fazem, já estão em estado avançado da doença, reduzindo as chances de um tratamento com menos invasão e cura, pois o prognóstico piora quando a doença encontra-se avançada. Também, com o resultado positivo, isto provoca, por sua vez, danos físicos e psíquicos para a mulher, e emocionais para elas, seus parentes e amigos.

A prevenção primária do câncer cervical se dá pela atividade educativa sobre sexualidade, por meio de sistemas de informação repassados para a população a respeito dos fatores de risco e como evitá-los, e pela vacinação contra o HPV nas meninas entre 9 a 13 anos. A vacina quadrivalente é distribuída no SUS, ou seja, protege contra quatro tipos de HPV: o tipo 6, o 11, o 16 e o 18. Dois deles (o 6 e o 11) estão relacionados com o aparecimento de 90% das verrugas genitais. Os outros dois (o 16 e o 18) estão relacionados com 70% dos casos de câncer de colo de útero (MS-BRASIL, 2016).

A prevenção secundária que já foi mencionada anteriormente, seria a realização do exame citológico papanicolau nas mulheres acima de 25 anos ou que já tenham atividade sexual desde cedo, e por último, a terciária que acontece com as intervenções cirúrgicas e tratamentos oportunos, para evitar que, uma vez instalado o papiloma vírus, o câncer se espalhe e coloque em risco a vida da mulher.

Os programas de governo e as políticas públicas de saúde da mulher no combate ao câncer do colo de útero evoluíram e prosperaram, no ultimo tempo, visto que o INCA juntamente com o SISCOLO estão bem desenvolvido nas ações, propostas, estratégias, e metas de estudos.

Debates e conferências vêm sendo discutidos em todo Brasil acerca do CCU. Segundo (BRASILEIROS, 2016) o Brasil está atrasado no combate à prevenção de câncer cervical, e segundo ele, é que é decepcionante ver que se iniciou o programa das vacinas só em 2014.

O combate ao câncer de mama está sendo mais debatido e visível que o combate à neoplasia uterina nos últimos tempos. A comissão de assuntos sociais (CAS) promoveu debate em 2015 sobre o CCU, acerca de questões de prevenção e controle (AGÊNCIA SENADO, 2015). A Organização das Nações Unidas – ONU também não deixou de discutir

sobre a prevenção e tratamento da neoplasia cervical no Dia Mundial contra o Câncer (ONUBR, 2016).

4. METODOLOGIA

A metodologia adotada é de caráter descritivo. O estudo de caso foi no Hospital de Referência ao tratamento de câncer Napoleão Laureano (João Pessoa–PB). Foi feito um levantamento de documentos oficiais encontrados acerca das campanhas de projetos governamentais e não governamentais de intervenção do câncer de colo de útero utilizados até o momento. Além disso, foi realizada no âmbito hospitalar do HNL e no Centro de Diagnóstico do Câncer do Estado da Paraíba (CDC), uma entrevista semiestruturada com duas profissionais, para identificar planos e campanhas educativas complementares. Igualmente foram analisados os dados estatísticos do hospital do período 2012-2015, sobre o problema de pesquisa. Realizou-se uma análise descritiva da frequência e porcentagem, e uma análise de qui-quadrado da amostra estudada segundo idade, etnia, nível educacional, religião, número de cirurgias, nível salarial e tipos de cobertura (pública, privada e conveniada) nos últimos 4 anos. Estes dados quantitativos foram feitos através do software SPSS.

5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente entrou-se em contato com as autoridades da instituição para apresentar a pesquisa e seus objetivos, que foi aprovada pelo seu comitê de ética. Na primeira semana de julho de 2016, no setor de estatística deste hospital, solicitaram-se todos os dados relativos à pesquisa entre os anos de 2012-2015. Na semana seguinte realizaram-se duas entrevistas: uma com a diretora do CDC-Centro de Diagnóstico do Câncer do Estado da Paraíba e outra com uma das médicas especialistas do HNL.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Apresenta-se primeiro os resultados quantitativos sobre os dados descritivos do perfil sócio-demográfico da amostra. Ela foi composta por 393 casos de CCU de 85 municípios do Estado da Paraíba. Em segundo lugar, mostra-se o cálculo do qui-quadrado, e por último a

análise das entrevistas realizadas.

6.1 Análises descritivas

Tabela 1: Média e mediana

	Idade	Nº cirurgias	Casos válidos
Média	58	3	393
Mediana	58	3	393

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 1, observamos que a média e mediana de idade da amostra estudada é de 58 anos e o número de cirurgias foi de 3 para ambas as medidas.

Tabela 2: Frequência e porcentagem do nível salarial

	Frequência	Percentual válido
Sem renda	47	12%
Até um salário mínimo	95	24,2%
Até dois salários mínimos	20	5,1%
Até três salários mínimos	1	0,3%
Até quatro salários mín.	1	0,3%
Sem informação	229	58,3%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 2, observamos que na faixa salarial de sem renda e até um salário mínimo foi de 36% (12%+24%). De dois até três salários mínimos resultou em 5,4%, e até quatro salários mínimos foi 0,3%. Sendo que 58,3% não informaram seus respectivos salários.

Tabela 3: Frequência e porcentagem do nível de instrução

	Frequência	Percentual válido
Analfabeta	92	23,4%
Alfabetizada	58	14,8%
Ensino Fund. Incompleto	103	26,2%
Ensino Fund. Completo	22	5,6%
Ensino Médio Incompleto	18	4,6%
Ensino Médio Completo	57	14,5%
Ensino Superior Incompleto	4	1,0%
Ensino Superior Completo	11	2,8%
Mestrado	1	0,3%
Sem informação	27	6,9%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração Própria.

Na terceira tabela, verificamos que o nível de instrução distribuiu-se da seguinte maneira: 23,4% são analfabetas e 14,8% são alfabetizadas, fazendo um total de 38,2%. Já com ensino fundamental completo e incompleto encontramos 5,6% e 26,2%, respectivamente, fazendo um total de 31,8%. Quanto ao ensino médio completo e incompleto, observa-se que somados deu uma porcentagem de 19,2%. Para o ensino superior completo, incompleto e mestrado resultou num subtotal de 4,1%. Por fim, 6,9% não deram informações sobre o grau de instrução.

Tabela 4: Frequência e Porcentagem de Religião

	Frequência	Percentual válido
Católica	258	65,6%
Evangélica	69	17,6%
Cristã	13	3,3%
Testemunha de Jeová	2	0,5%
Espírita	2	0,5%
Sem informação	49	12,5%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 4, relativo à religião, constatamos que a grande maioria se diz católica (65,6%); 17,6% se dizem evangélica; 3,3% Cristã, Testemunha de Jeová e Espírita com 0,5% cada, e por último, sem informação 12,5%.

Tabela 5: Frequência e porcentagem de etnia

	Frequência	Percentual válido
Branca	76	19,3%
Preta	19	4,8%
Parda	278	70,7%
Sem informação	20	5,1%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Na quinta tabela, podemos ver que a maioria se diz parda com 70,7%. Em segundo lugar se dizem brancas com 19,3%, e em terceiro dizem-se pretas com 4,8%. Por último, 5,1% não deram informação.

Tabela 6: Frequência e porcentagem de convênio

	Frequência	Percentual válido
SUS	337	85,8%
Convênio	31	8,1%
Particular	25	6,4%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Na sexta tabela mostra que 85,8% são usuários da rede pública (SUS), e 14,5% são usuários da rede privada (8,1+6,4%) conveniadas e particulares, respectivamente.

Tabela 7: Frequência e porcentagem do ano

	Frequência	Percentual válido
2012	121	30,8%
2013	95	24,2%
2014	95	24,2%
2015	82	20,9%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Na sétima tabela, vemos que a prevalência de pacientes com CCU foram diagnosticadas em 2012 com 30,8%, em seguida 2013 e 2014 tiveram o mesmo percentual de 24,2%. Em 2015 obteve-se a menor porcentagem de diagnósticos com 20,9%, o que manifesta uma diminuição ao longo dos anos.

Tabela 8: Frequencia e porcentagem de óbito

	Frequência	Percentual válido
Sim	44	11,2%
Não	349	88,8%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Observamos na oitava tabela que dos 393 pacientes 11,2% foram óbitos.

Tabela 9: Frequência e porcentagem de cirurgia

	Frequência	Percentual válido
Sim	263	66,9%
Não	130	33,1%
Total	393	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 9, vemos que dos 393 casos 66,9% realizaram cirurgia.

6.2 Análise do teste Qui-quadrado

Tabela 10: Contingência das diferenças significativas entre o Nível salarial x Tipo de convênio

Nível salarial	Tipo de convênio			Total $\Sigma(\%)$
	Público $f(\%)$	Conveniados $f(\%)$	Particular $f(\%)$	
Sem renda	47* (100,0%)	0* (0,0%)	0 (0,0%)	47 (100,0%)
Até 1 salário	92* (96,8%)	0* (0,0%)	3 (3,2)%	95 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1) = 39,831$; $p < 0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

No que se refere às variáveis do tipo de convênio por nível salarial, o teste do qui-quadrado mostrou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1) = 39,831$; $p < 0,05$]. Deste modo, verifica-se que, levando em consideração as pessoas que não possuem renda e que tem até um salário mínimo, a frequência de atendimentos pelo SUS é bem mais alta que o

esperado, e nos casos dos atendimentos conveniados, observa-se uma frequência abaixo da esperada para esta categoria.

Tabela 11: Contingência das diferenças significativas entre o Nível de instrução *x* Tipo de convênio

Nível de instrução	Tipo de convênio			Total $\Sigma(\%)$
	Público <i>f</i> (%)	Conveniados <i>f</i> (%)	Particular <i>f</i> (%)	
Analfabetas	90* (97,8%)	0* (00,0%)	2 (2,2%)	92 (100,0%)
Alfabetizadas	55* (94,8%)	1 (1,7%)	2 3,4%	58 (100,0%)
Ens. Fund. Incompleto	99* (96,1%)	1* (1,0%)	3 (2,9%)	103 (100,0%)
Ens. Sup. Completo	7* (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	11 (100,0%)
Mestrado	0* (0,0%)	1* (100%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1) = 110,752$; $p < 0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

Em relação às variáveis tipo de convênio por nível de instrução, o teste qui-quadrado mostrou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1) = 110,752$; $p < 0,05$]. Deste modo, verifica-se que, levando em consideração as mulheres analfabetas, alfabetizadas e ensino fundamental incompleto, a frequência de atendimentos pelo sistema público é maior do que a esperada e, nos casos de instrução com ensino superior completo, foi menor que a esperada para esta categoria de atendimentos SUS. A frequência de atendimentos de pessoas com esses níveis de instrução citados anteriormente foi inferior a esperada na categoria conveniada. Observa-se ainda que a frequência de pessoas conveniadas é superior à esperada apenas mestrado.

Tabela 12: Contingência das diferenças significativas entre Religião x Tipo de convênio

Religião	Tipo de convênio			Total $\Sigma(\%)$
	Público <i>f</i> (%)	Conveniados <i>f</i> (%)	Particular <i>f</i> (%)	
Católica	242* (93,8%)	4* (1,6%)	12 (4,7%)	258 (100,0%)
Evangélica	67* (97,1%)	0* (0,0%)	2 (2,9%)	69 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1)= 131,497$; $p<0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

No que se refere às variáveis tipo de convênio por religião, o teste qui-quadrado mostrou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1)= 131,497$; $p<0,05$]. Desta forma, confere-se que levando em consideração as usuárias católicas e evangélicas, a frequência de atendimentos pelo SUS nesta categoria é bem mais alta do que a esperada. No entanto, quando considerados os atendimentos conveniados, observa-se uma frequência inferior a esperada de pessoas católicas e evangélicas.

Tabela 13: Contingência das diferenças significativas entre Grupo étnico x Tipo de convênio

Grupo étnico	Tipo de convênio			Total $\Sigma(\%)$
	Público <i>f</i> (%)	Conveniados <i>f</i> (%)	Particular <i>f</i> (%)	
Branca	58* (76,3%)	11* (14,5%)	17 (9,2%)	76 (100,0%)
Parda	249* (89,6%)	13* (4,7%)	16 (5,8%)	278 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1)= 26,447$; $p<0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

Em relação às variáveis tipo de convênio por Grupo étnico, o teste qui-quadrado mostrou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1) = 26,447$; $p<0,05$]. Deste modo, é possível observar que a frequência de atendimentos de pessoas brancas na categoria conveniados foi superior a frequência esperada para esta categoria. Já a frequência de atendimentos de pessoas pardas foi superior à esperada na categoria SUS. Ou seja, houve um aumento de atendimentos de pessoas brancas que possuem algum tipo de convênio, bem como houve um aumento de pessoas pardas que foram atendidas pelo SUS.

Tabela 14: Contingência das diferenças significativas entre Idade x *Número de cirurgias*

Idade	Número de cirurgias				Total $\Sigma(\%)$
	1 a 5 <i>f</i> (%)	6 a 10 <i>f</i> (%)	11 a 16 <i>f</i> (%)	Nenhum <i>f</i> (%)	
26-30	6 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (40,0%)	10 (100,0%)
31-35	15* (88,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (11,8%)	17 (100,0%)
36-40	24* (77,4%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)	6 (19,4%)	31 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1) = 62,65$; $p < 0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

No que se refere às variável número de cirurgias por idade, observaram-se efeitos marginalmente significativos [$\chi^2(1) = 62,65$; $p < 0,05$]. Levando em consideração a faixa etária, entre as pessoas de 31 a 35 anos e 36 a 40 anos, observa-se um aumento da frequência esperada na categoria de pessoas que realizaram entre um e cinco cirurgias.

Tabela 15: Contingência das diferenças significativas entre Nível salarial x *Número de cirurgias*

Nível Salarial	Número de cirurgias				Total $\Sigma(\%)$
	1 a 5 <i>f</i> (%)	6 a 10 <i>f</i> (%)	11 a 16 <i>f</i> (%)	Nenhum <i>f</i> (%)	
Sem renda	37* (78,7%)	5 (10,6%)	0 (0,0%)	5* (10,6%)	47 (100,0%)
Até 1 salário mínimo	76* (80,0%)	9 (9,5%)	1 (1,1%)	9* (9,5%)	95 (100,0%)
Até 2 salários mínimos	15 (75,0%)	2 (10,0%)	1* (5,0%)	2* (10,0%)	20 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1) = 100,306$; $p < 0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

De acordo com as variáveis de número de cirurgia por nível salarial, o teste do qui-quadrado mostrou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1) = 100,306$; $p < 0,05$]. Desta forma constataram-se que a frequência de pessoas que realizaram de 1 a 5 cirurgias levando em consideração a categoria de pessoas sem renda e com até um salário mínimo, foi superior

à esperada. Igualmente se observa que a frequência de pessoas que não realizaram nenhuma cirurgia nas 3 faixas salariais foi menor que a esperada. Também se verifica, que frequência de pessoas com até dois salários foi superior à esperada dentro da categoria que fizeram de 11 a 16 cirurgias.

Tabela 16: Contingência das diferenças significativas entre Nível de instrução \times Número de cirurgias

Nível de instrução	Número de cirurgias				Total Σ (%)
	1 a 5 <i>f</i> (%)	6 a 10 <i>f</i> (%)	11 a 16 <i>f</i> (%)	Nenhum <i>f</i> (%)	
Analfabetas	47 (51,1%)	4 (4,3%)	0 (0,0%)	41* (44,6%)	92 (100,0%)
Alfabetizadas	30 (51,7%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	27* (46,6%)	58 (100,0%)
Ens. Fund. Completo	12 (54,5%)	2 (9,1%)	1* (4,5%)	7 (31,8%)	22 (100,0%)
Ens. Méd. Completo	46* (80,7%)	2 (3,5%)	1 (1,8%)	8* (12,3%)	57 (100,0%)
Mestrado	0 (0,0%)	1* (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1) = 70,161$; $p < 0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

No que se refere às variáveis de número de cirurgia por nível de instrução, o teste do qui-quadrado mostrou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1) = 70,161$; $p < 0,05$]. Deste modo, verifica-se que levando em consideração as pacientes analfabetas e alfabetizadas sua frequência na categoria de nenhuma cirurgia foi maior que o esperado. Ou seja, os resultados sugerem que pessoas analfabetas e alfabetizadas estão passando menos por procedimentos cirúrgicos que o esperado. Das que tinham ensino fundamental completo observa-se um aumento da frequência esperada das que realizaram de 11 a 16 cirurgias. Já com relação as que possuem ensino médio completo houve uma frequência maior que a esperada das que realizaram de 1 a 5 cirurgias. Já neste mesmo nível de ensino, a frequência das que não realizaram nenhuma cirurgia foi menor que o esperado. Por fim, o número de pessoas atendidas que possuem mestrado e que se submeteram entre 6 e 10 procedimentos cirúrgicos foi superior à esperada. Em outras palavras, as pessoas de menor escolaridade estão passando por menos cirurgias que as esperadas, e acontece um aumento de cirurgias das pacientes com maior escolaridade. Ainda que, igualmente se observa que, aquelas que têm maior

escolaridade se submetem a menos cirurgias que as estatisticamente esperadas.

Tabela 17: Contingência das diferenças significativas entre Número de cirurgias *x* Tipo de convênio

Número de cirurgias	Tipo de convênio			Total $\Sigma(\%)$
	Público <i>f</i> (%)	Conveniadas <i>f</i> (%)	Particular <i>f</i> (%)	
6-10	16 (66,7%)	6* (25,0%)	2 (8,3%)	24 (100,0%)
11-16	1* (33,3%)	2* (66,7%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Nenhum	120* (92,3%)	5* (3,8%)	5 (3,8%)	130 (100,0%)

Fonte: elaboração própria. $\chi^2(1) = 23,248$; $p < 0,05$. - *Resíduo ajustado contido fora do intervalo entre -2 e +2 – Efeito significativo.

No que se refere à variável tipo de convênio por número de cirurgias, o teste do qui-quadrado apresentou efeitos estatisticamente significativos [$\chi^2(1) = 23, 248$; $p < 0,05$]. Deste modo, observa-se que a frequência de pessoas do Sistema Público (SUS), que não realizam nenhuma cirurgia é bem maior que as conveniadas ou particulares. Já as conveniadas que realizaram de 6 a 10 cirurgias e de 11 a 16 cirurgias foi superior a frequência esperada. Dessa forma, pode-se inferir que as pessoas conveniadas estão realizando mais cirurgias do que as pessoas atendidas pelo SUS. As outras faixas de cirurgia não deram efeitos significativos.

6.3 Análises das entrevistas

Segundo a diretora do CDC (Centro de Diagnóstico do Câncer), este local trabalha com o serviço de sistema online oferecido pelo MS chamado SISCAN – Sistema de Informação do Câncer, onde todos os resultados de exames citopatológicos são inseridos nesse sistema. Em 2013, o sistema usado era o SISCOLO, entretanto, nesse mesmo ano o MS unificou-o no SISCAN. Porém atualmente esse sistema se encontra inconsistente pelo fato de que os gestores das unidades de saúde necessitam de outras informações de serviços especializados, ou seja, o sistema não consegue gerar relatórios que permitem visualizar o perfil epidemiológico. O sistema fornece as informações de número de mulheres que apresentam alto ou baixo grau de lesão, mas não mostra soluções para que os gestores trabalhem em cima desses pontos. O SISCAN tem suas falhas, mas é um sistema rico em

informação, porém o que precisaria aprimorar seria a permissão de informações epidemiológicas para os centros especializados de referência. O CDC recebe as lâminas que são coletadas nos municípios pactuados com João Pessoa para após isso serem encaminhados ou não para o Hospital Napoleão Laureano.

Antes do SISCAN, atendiam cerca de 180 a 190 municípios da Paraíba, mas com a criação deste sistema apenas são inseridos aos municípios que pactuaram os exames citopatológicos com a cidade de João Pessoa. Antes faziam cerca de 10.000 exames mensais, e hoje fazem apenas 3.000 a 5.000 exames. No ponto de vista da Diretoria do CDC foi ruim, pois antes atendiam sem restrição.

Observa-se que a transição do SISCOLO para o SISCAN resultou em uma perda de informações para fazer cruzamento de dados, relatórios epidemiológicos precisos, como também a redução do número de municípios contemplados para a realização do teste de Papanicolau.

O que acontece no CDC em relação aos resultados é que quando a mulher apresenta lesão de baixo grau (NIC I), recomenda-se realizar o exame citopatológico novamente após seis meses. Se caso apresentar lesão de alto grau NIC II e III, elas serão tratadas no CDC, pois, quando não tratada essa lesão precursora, pode evoluir a um câncer. O Colposcopista realiza esse tratamento na mulher com alto grau de lesão, e encaminha para o setor de análise de biópsia. Se o resultado da biópsia der positivo, encaminham imediatamente ao Laureano.

A Diretora do Centro de diagnóstico do Câncer – CDC do Estado, também afirmou que “a equipe faz campanhas e atividades de prevenção em datas pontuais ou quando verificam se algum município encontra-se insatisfatório. Então juntamente com os gestores das cidades, todos trabalham a intervenção”.

Por outra parte, a Doutora do HNL afirmou que “os gestores precisam ser incentivados para promoverem a prevenção porque nos países desenvolvidos não há câncer de colo de útero”. O HNL não realiza a prevenção do CCU atualmente porque a demanda de pacientes vem crescendo e a priorização é apenas para tratamento”.

Verifica-se no depoimento das profissionais, que as atividades de prevenção não são adequadas, isto é, são escassas para a gravidade do problema epidemiológico estudado.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Torna-se claro, pois, que as analfabetas, alfabetizadas e com ensino fundamental incompleto quase em sua totalidade são atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Igualmente se verifica que as pacientes que tem menor grau de instrução são submetidas à cirurgia em menor proporção em comparação das que tem maior instrução.

Pode-se afirmar pelos dados apresentados que a classe social menos favorecida particularmente, as de menor instrução, baixa renda e em sua maioria pardas, são relegadas de um atendimento adequado em relação ao nível primário e secundário de prevenção e controle. Observando ainda os resultados de uma forma geral, a pergunta que fica é: Por que as pacientes com menor grau de instrução são pouquíssimas submetidas à realização de cirurgias?

Considera-se que, provavelmente a resposta desse questionamento seria que as mulheres mais pobres quando chega ao hospital para consultar-se devem apresentar fases muito avançadas da doença. Isso também deve estar relacionado provavelmente com a ausência de campanhas ostensivas de difusão e informação sobre a doença, tal como foi relatada na entrevista pelas profissionais de saúde tanto do CDC como do HNL.

As informações reportadas pela direção do CDC a respeito da unificação do Sistema de Informação do Câncer e a redução de municípios contemplados para realização do teste papanicolau é coerente a redução de entrada de pacientes no HNL conforme mostra a tabela 7, pois, quando diminui a quantidade de mulheres para a efetivação desse teste de prevenção secundária, conseqüentemente, também se reduz a entrada de pacientes no hospital de tratamento de câncer. Por isso, os dois fatores que provavelmente explicam a diminuição de entrada no HNL de 2012 à 2015 seria a unificação do SISCAN e a redução de municípios pactuados com o Centro de Diagnóstico de Câncer de João Pessoa. Em outras palavras, a mudança no sistema de informação e de pactuação com os municípios, tem afetado tanto a qualidade da informação técnica como a cobertura de atendimento das mulheres que sofrem desta grave endemia. As mais prejudicadas uma vez mais são as mulheres, especialmente aquelas de uma condição social mais vulnerável.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentaram que em média, a entrada de pacientes no Hospital Napoleão Laureano é de 58 anos de idade e que fizeram pelo menos três cirurgias. Também se observou pela frequência que há mais mulheres diagnosticadas com até um salário mínimo, de ensino fundamental incompleto, católicas, pardas e inseridas pela rede SUS.

Ao longo dos quatro anos, os diagnósticos da neoplasia cervical foram caindo. Teve-se 44 óbitos de 393 casos, e mais da metade fizeram alguma cirurgia. Com a análise dos cruzamentos do teste qui-quadrado, conclui-se que a maioria que é atendida pelo SUS são pardas, religiosas (católica e evangélica), com baixo grau de escolaridade e baixa renda. Das que são atendidas por algum convênio são proporcionalmente em maior medida, brancas, de uma renda um pouco maior e um nível um pouco mais alto de instrução. Além disso, o cálculo também relatou que as pacientes de convênio se submetem a mais cirurgias que as do SUS, e em comparação com a análise da entrevista, entende-se que a unificação do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN e a redução dos municípios pactuados com o CDC provavelmente resultou na diminuição de novos casos no Hospital Napoleão Laureano de 2012 a 2015. No entanto, a diminuição não foi dada por uma menor incidência de casos de câncer de colo de útero, mas por uma mudança burocrática que afetou a cobertura do atendimento no Estado da Paraíba.

Considerando em direitos constitucionais e declarações, é direito de toda sociedade participar individualmente ou em grupo, do planejamento e ações dos cuidados com a saúde. O Estado e os governos devem ter para com a população, a responsabilidade de tomar medidas adequadas, sanitárias e sociais, proporcionando serviços preventivos de qualidade na atenção primária. Efetivar uma melhoria nos exames que submetem à atenção secundária, e não deixando que falte nenhum tipo de tratamento nos hospitais de alta complexidade, na atenção terciária. Além disso, todos os níveis de atenção devem trabalhar a prevenção pois sendo fortalecido essa questão, os custos serão enxugados pela baixa entrada de pacientes doentes.

O SUS deve melhorar o funcionamento da execução em longo prazo, visando perceber e atender as transições epidemiológicas, e logo, melhorar a condição de vida das usuárias. De acordo com os objetivos que propõe a Política de Atenção à Saúde da Mulher, os gestores devem trabalhar a melhoria do acesso à recuperação da saúde das mulheres e a redução de óbitos, principalmente por causas que podem ser evitadas como o próprio câncer.

Antes, com o SISCOLO, podíamos relatar a qualidade dos testes preventivos nas mulheres em todos os municípios, os dados da prevalência das lesões pré-câncer, o monitoramento da população-alvo como, por exemplo, as ações de rastreio, diagnóstico e tratamento, entretanto, com a unificação para o SISCAN, os dados são apresentados de forma geral, sem especificações.

Conforme a pesquisa do IBGE (2016) afirma também que as adolescentes da região nordeste têm o menor percentual do que se diz conhecer as campanhas de vacinação contra o HPV. As jovens estão cada vez mais praticando atividades sexuais sem preservativos e contraindo mais doenças DST's, inclusive o HPV que é o principal agente infeccioso do CCU.

Em suma, podemos concluir que a determinação do perfil epidemiológico da população feminina afetada pelo câncer cervical está relacionada com o modo de vida em que a população encontra-se inserida, isto é, a vulnerabilidade dos níveis sociais, educacionais e étnicos. Neste sentido, a sociedade pobre é a mais atingida por possuir baixas condições de vida e saúde. A acessibilidade ao sistema de saúde pública como a todas as informações que apoderam as mulheres sobre sua saúde física e mental, deve ser um direito inalienável para todas as mulheres cidadãs e um dever do Estado Brasileiro.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CORRAL, T. **Agenda social. In: Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI.** Brasília: Instituto de Política; Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local. PNUD, 2000.

GEOVANINI, Fátima; BRAZ, Marlene. **Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia.** Rev. Bioét. Dez 2013, vol.21; p.455-462.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2015.** Rio de Janeiro, 2016; p.64-66;81-82.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer. **Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA.** RevBrasCancerol, 2002.

MS-BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

MS-BRASIL. **Coordenação de Prevenção e Vigilância: a situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006e; p.120.

MS-BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MS-BRASIL. **Viva Mulher: Programa Nacional de controle do câncer do colo de útero e mama.** INCA, 2002

POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil.** Editora Hucitec. São Paulo, 1989; p.192-215.

SCCS, Melo; L, Prates; MDB,Carvalho;SS,Marcon;SM, Pelloso. **Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino.** Ver GaúchEnferm. Porto Alegre (RS), 2009.

VIEIRA, Angela;SANCHES, Marislei; MARIA, Ana;SANTOS,Iácara. **A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.**2011; p.255-262.

WHO, Geneva.**Comprehensive cervical control: a guide to essential practice.** 2006.; p.282.

SITES:

AGÊNCIA SENADO. **CAS promove debate sobre o câncer de mama e de colo de útero.** Disponível em:<<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/10/26/cas-promove-debate-sobre-cancer-de-mama-e-de-colo-do-utero>>. Data de acesso: 23 de maio de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Dispõe sobre a organização do Sistema

Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento ao paciente com neoplasia maligna. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm>. Data de acesso: 24 de novembro de 2016.

BRASILEIROS. **Brasil está atrasado na prevenção do câncer de colo do útero, diz Nobel de Medicina.** Disponível em: <<http://brasileiros.com.br/2016/03/brasil-esta-atrasado-na-prevencao-do-cancer-de-colo-do-utero-diz-nobel-de-medicina/>>. Data de acesso: 10 de maio de 2016.

CONASS. **Legislação do SUS, 2003.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Data de acesso: 18 de julho de 2016.

EDUARDO, Paulo. **Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo.** São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005>. Data de acesso: 5 de agosto de 2016.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS. **Prevenção de câncer do colo de útero.** Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/colo-de-utero>>. Data de acesso: 25 de março de 2016.

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO. **Quem somos.** 2016. Disponível em: <<http://hlaureano.org.br/quem-somos/o-hospital/>>. Data de acesso: 23 de abril de 2016.

INCA. **O Colo do útero.** 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>. Data de acesso: 8 de setembro de 2016.

INCA. **Sobre o Instituto.** Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstitutoinca>>. Data de acesso: 25 de agosto de 2016.

INCA. **Programa Nacional de controle de câncer de colo de útero.** Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio>. Data de acesso: 8 de setembro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Campanha contra o HPV.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/hpv/o-que-e.html>>. Data de acesso: 03 de maio de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HPV: perguntas e respostas mais frequentes.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327>. Data de acesso: 22 de março de 2016.

MULHER CONSCIENTE. **Sobre o câncer de colo de útero.** Disponível em: <<http://www.mulherconsciente.com.br/cancer-colo-de-utero/>>. Data de acesso: 23 de agosto de 2016.

ONCOGUIA. **Principais dados estatísticos sobre o câncer de colo de útero.** 2014. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/principais-dados-estatisticos-sobre-o-cancer-de-colo-do-utero/6717/283/>>Data de acesso: 02 de maio de 2016.

ONUBR. **Em Dia Mundial contra o câncer, ONU vai debater prevenção e tratamento do câncer de colo de útero.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/em-dia-mundial-contra-o-cancer-onu-vai-debater-prevencao-e-tratamento-do-cancer-de-colo-do-utero/>>. Data de acesso: 23 de maio de 2016.

OPAS. **Declaração de Alma Ata.** 2016. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Data de acesso: 4 de agosto de 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Legislação do SUS. Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/264/Legisla%C3%A7%C3%A3o_b%C3%A1sica_do_SUS>. Data de acesso: 5 de agosto de 2016.

SOU MAIS SUS. **Hierarquização no contexto do Sus.** Disponível em: <<http://soumaissus.blogspot.com.br/2015/04/a-hierarquizacao-no-contexto-do-sus.html>>. Data de acesso: 23 de agosto de 2016.

VARELLA, DRÁUZIO. **Câncer de Colo de Útero.** Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/cancer-de-colo-de-utero/>>. Data de acesso: 03 de maio de 2016.

ANEXOS

ANEXO A: DOCUMENTOS E ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Fotos com exemplos de HPV (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

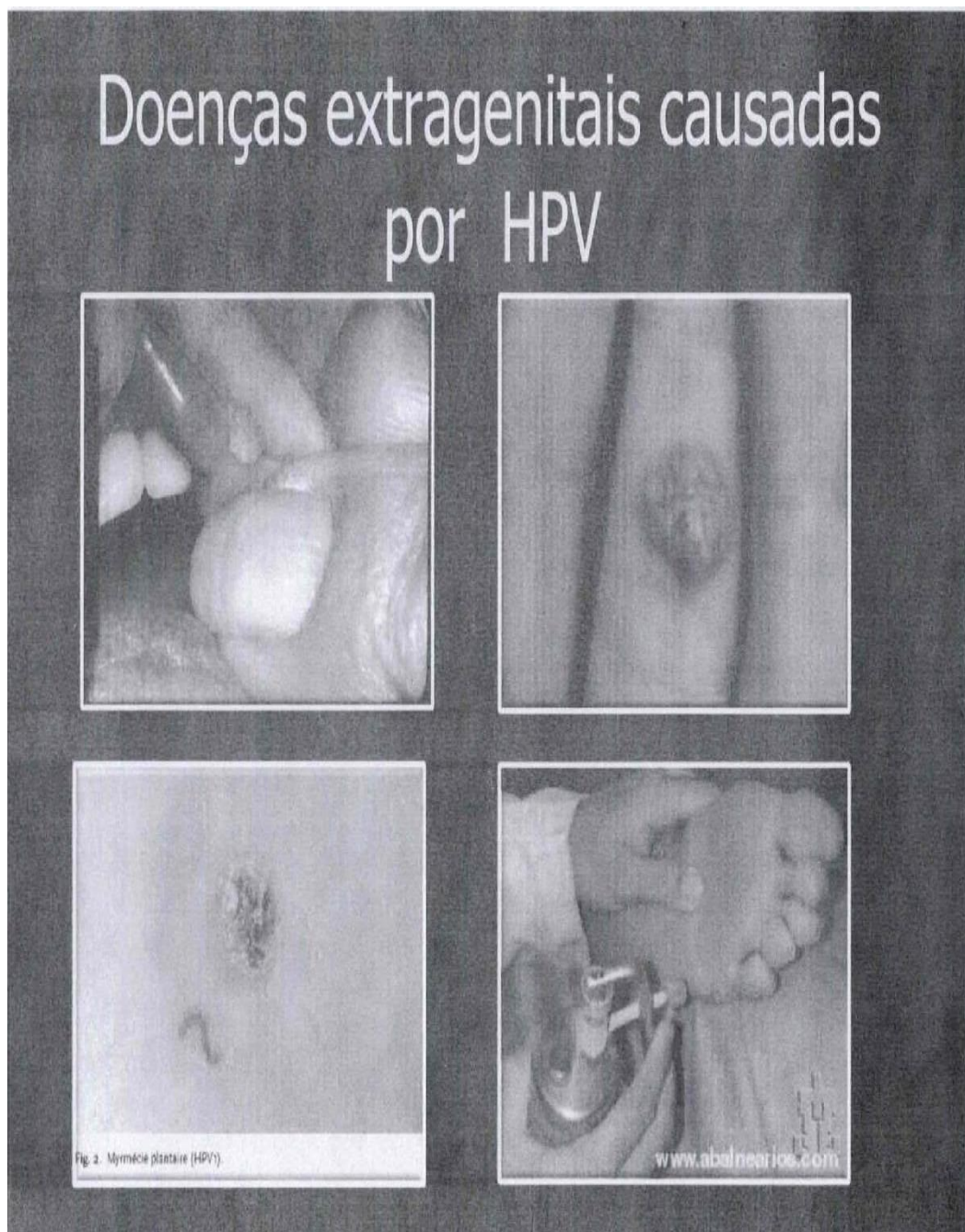


Ilustração 2: Verrugas anogenitais de HPV (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

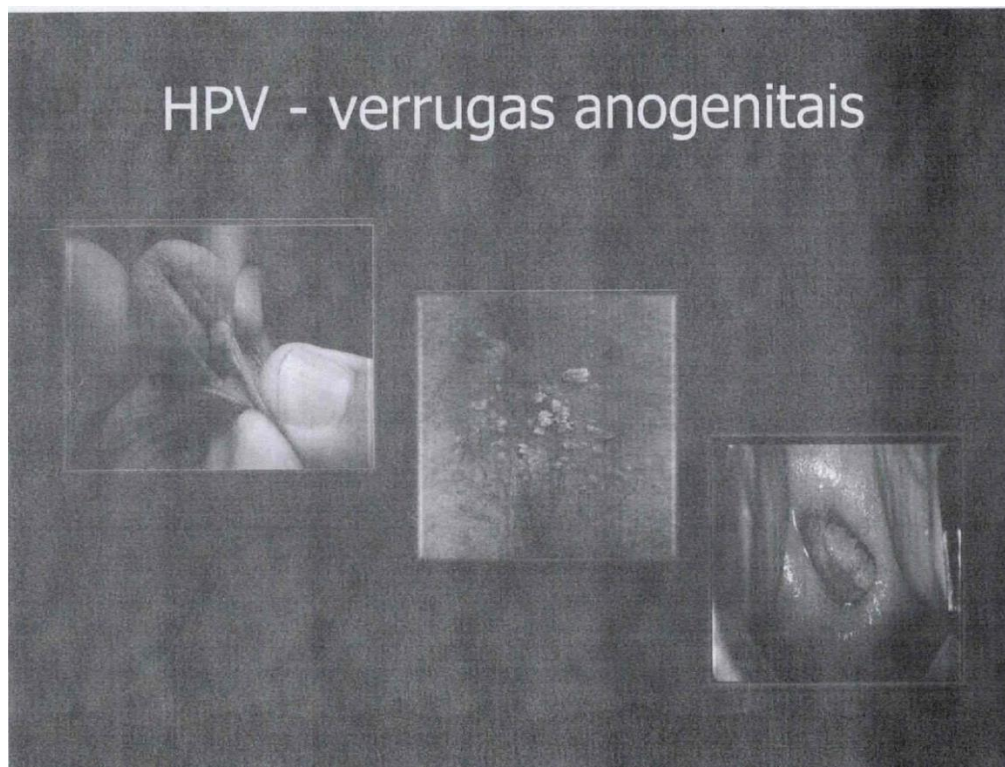


Ilustração 3: Porcentagem de câncer causado pelo HPV (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

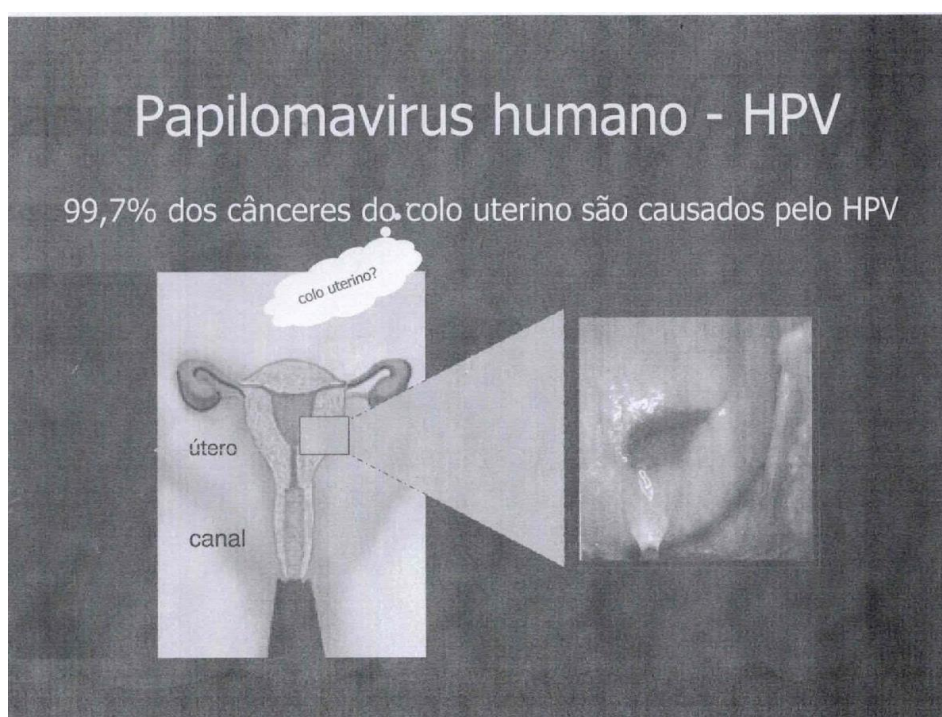


Ilustração 4: Etapas de realização do teste Papanicolaou (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

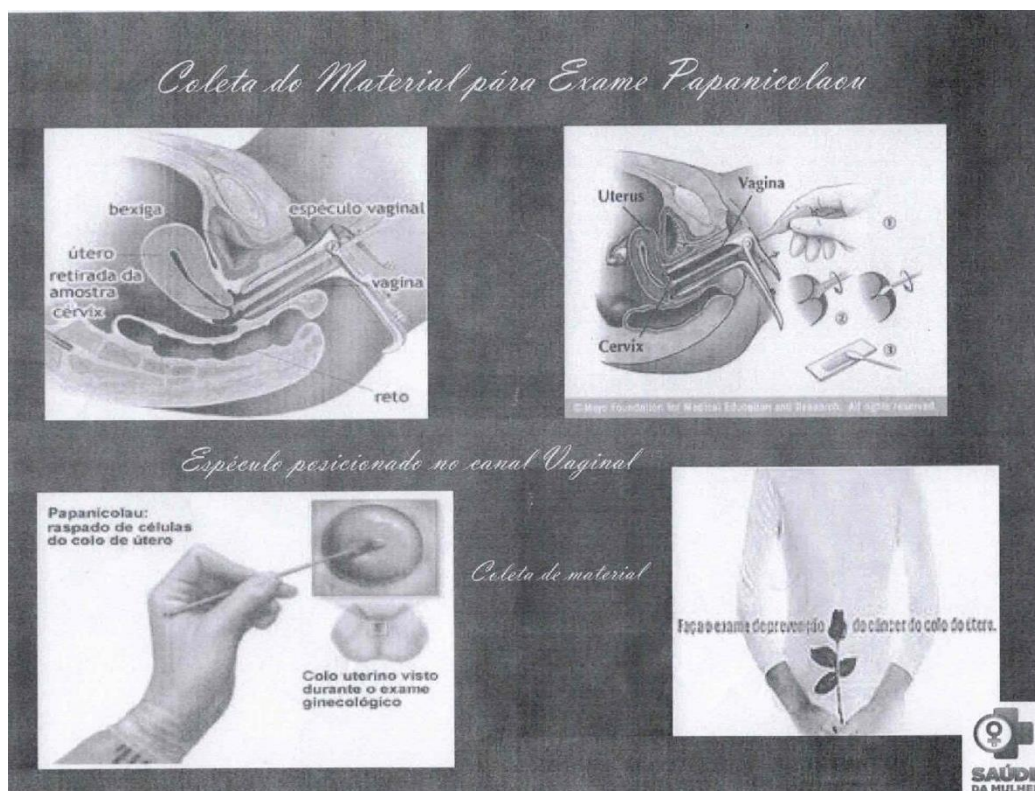


Ilustração 5: Folder de informações gerais sobre o câncer cervical e prevenção (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

1 O que é o câncer do colo do útero?

É um tipo de câncer que demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que dão origem ao câncer do colo do útero são facilmente descobertas no exame preventivo. Conforme a doença avança, os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor.

2 O que pode levar ao câncer do colo do útero?

A principal causa é a infecção por alguns vírus chamados de HPV – Papiloma Vírus Humano. Fatores como: o início precoce da atividade sexual, a diversidade de parceiros, o fumo e a má higiene íntima podem facilitar a infecção.

3 Como evitar o câncer do colo do útero?

Fazendo o exame preventivo (Papanicolaou). Esse tipo de câncer demora muitos anos para se desenvolver, e as alterações das células podem ser descobertas desde o início. Por isso, se você fizer o exame preventivo, detectar a alteração precocemente e seguir o tratamento de forma adequada, as possibilidades de cura são de 100%.

4 O que é o exame preventivo?

O exame é simples e rápido. É colocado um espéculo para visualizar o colo do útero e fazer a coleta da secreção utilizando espátula e escovinha. O material é colocado numa lamina de vidro e encaminhada para o laboratório para ser examinada.

Procure a Unidade de Saúde mais próxima, mesmo que não tenha sintomas

5 Quem deve se submeter ao exame?

Todas as mulheres que já tiveram atividade sexual, principalmente aquelas com idade de 25 a 64 anos. As mulheres grávidas, as que fizeram histerectomia e as que estão na menopausa, também podem fazer o exame preventivo.

6 Quais os cuidados antes do exame?

Não usar duchas ou medicamentos vaginais e não ter relação sexual, nem mesmo com camisinha dois dias antes do exame e não estar menstruada. Em caso de sangramento fora do período menstrual, a mulher deve procurar o serviço de saúde.

7 O que fazer após o exame?

A mulher deve retornar ao local onde foi realizado o exame na data marcada para saber do resultado e receber orientação. Se o exame der alterado o médico deverá encaminhar a mulher para realizar outro exame mais detalhado. Caso seja necessário, será feito um tratamento.

Lembre-se! Tão importante quanto fazer o exame é pegar o resultado.

Ilustração 6: Emojis de impacto social pelo contágio do HPV (SECRETARIADASAÚDE,

2016)

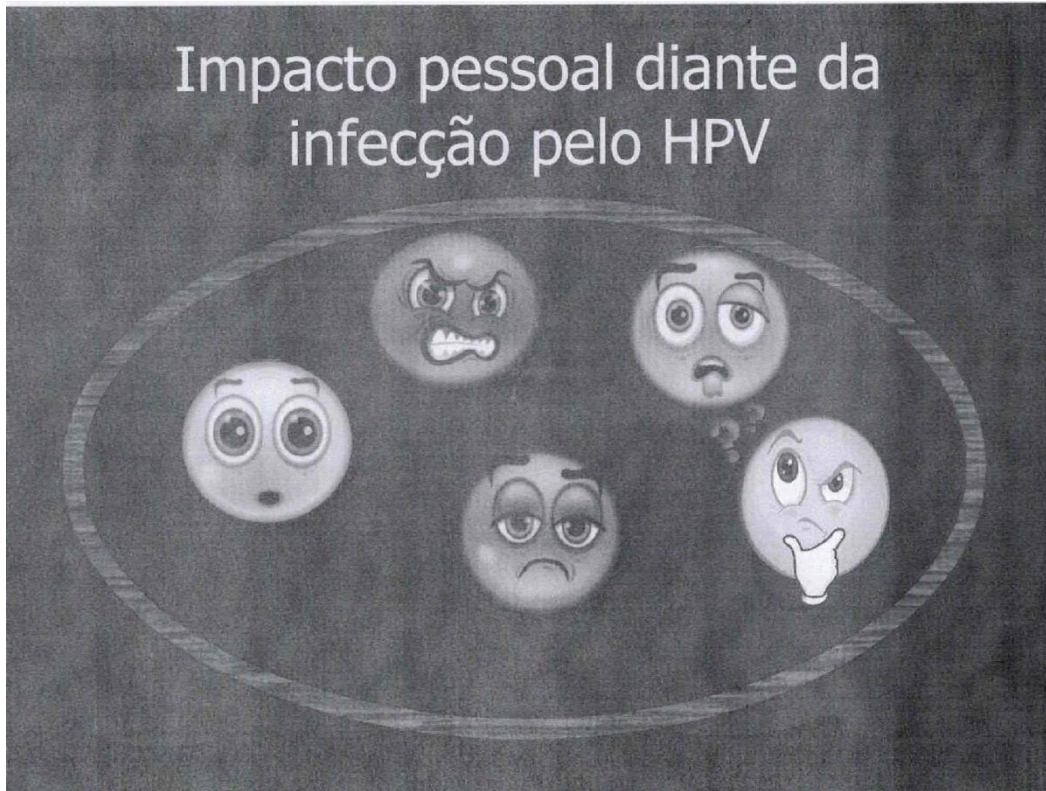


Ilustração 7: Dicas de detecção precoce (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

Deteção precoce

- Exame Preventivo –Papanicolau- examina células coletadas no colo útero
- Quando fazer: - Anualmente em toda mulher após a primeira relação sexual e com vida sexual ativa.
- Procurar o serviço de saúde mais próximo para realizar o exame;

Prevenção e tratamento do câncer do colo de útero e de mama. Um cuidado que vale para toda vida.

SAÚDE DA MULHER

Ilustração 8: Demanda diária de pacientes para consulta no Hospital Laureano (2016)



Ilustração 8: Imagem alertando a importância da prevenção (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

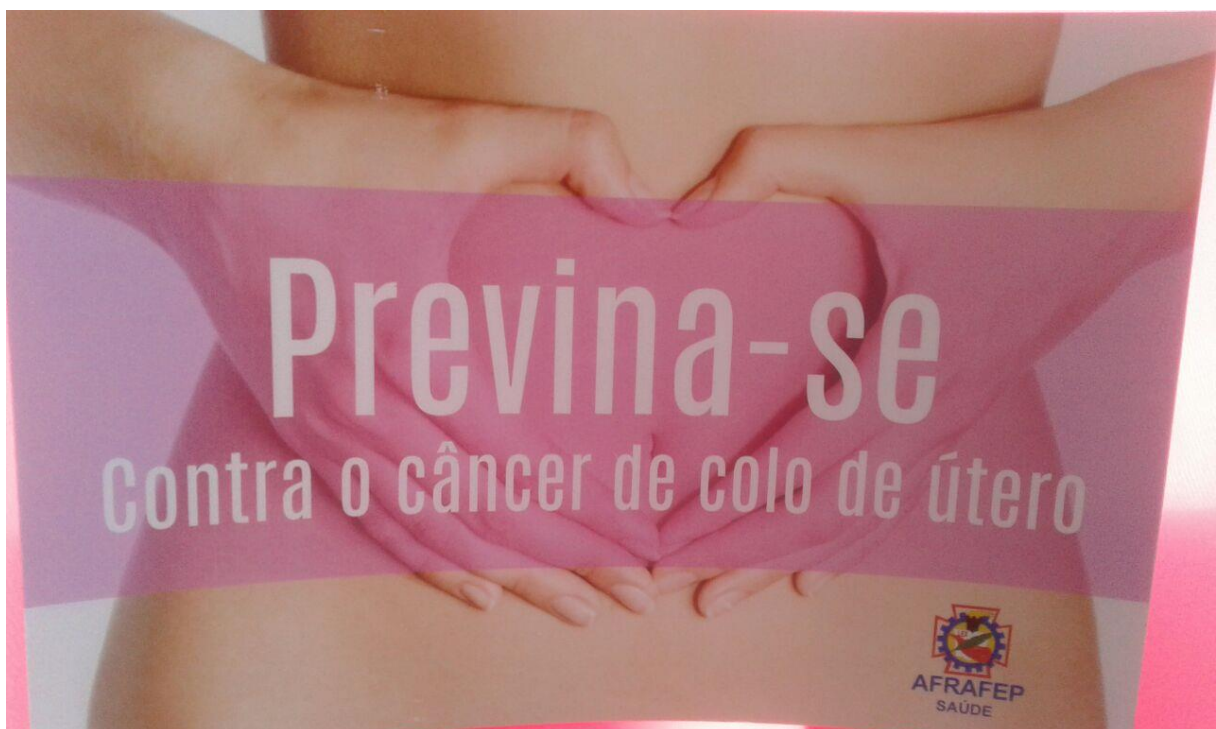


Ilustração 9: Informação sobre o que significa o câncer cervical (SECRETARIADASAÚDE, 2016)

2016)

Você sabe o que é Câncer de Colo do Útero?

É a consequência do aparecimento de células anormais que adquirem a capacidade de dividir e invadir outros tecidos, na maioria das vezes, devido à infecção pelo vírus HPV.

Existem dois tipos principais de câncer do colo de útero, o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma. Cerca de 80% a 90% dos cânceres cervicais são carcinomas de células escamosas.

O câncer do colo do útero, quando detectado precocemente, é altamente curável. No entanto, no Brasil ainda são frequentes as mortes por câncer de colo do útero, o que denota um diagnóstico e tratamento tardios.



fonte: <http://www.google.com.br>

 AFRAFEP
SAÚDE

ANEXO B: QUESTIONÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
ALUNA: CECILIANA PAULA DE ARAÚJO DE MORAIS
ORIENTADOR: DR. ROBERTO MENDOZA

O CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E PREVENÇÃO DA DOENÇA NO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.

SOLICITAÇÃO PARA O HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO NO PERÍODO DE 2012-
2015

DADOS ESTATÍSTICOS:

- PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DA DOENÇA
- ÓBITOS
- CIRURGIAS DE CÂNCER CERVICAL
- NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS
- LEVANTAR OS DADOS SEGUNDO IDADE, NÍVEL EDUCACIONAL, NÍVEL ECONÔMICO, RAÇA, REGIÃO E RELIGIÃO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
ALUNA: CECILIANA PAULA DE ARAÚJO DE MORAIS
ORIENTADOR: DR. ROBERTO MENDOZA

**O CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E
PREVENÇÃO DA DOENÇA NO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO
NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.**

PERGUNTAS PARA AS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO LAUREANO E DO CENTRO
DE DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

- 1- Há êxito na busca de dados e informações sobre a prevalência e incidência no CDC?
Como funciona o CDC?
- 2- Como funciona o convênio do CDC com vários municípios acerca da realização do teste papanicolau? Atendem todos?
- 3- A equipe realiza alguma atividade de difusão sobre a prevenção e controle?