

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Grupo Hospitalar Conceição

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**PERFIL DAS PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ATENDIDAS
NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO SETOR DE PATOLOGIA
CERVICAL DO HNSC**

Eunice Itajaíra Cardoso Feijó

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cláudia Meira

Porto Alegre, março de 2008

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Grupo Hospitalar Conceição

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**PERFIL DAS PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ATENDIDAS
NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO SETOR DE PATOLOGIA
CERVICAL DO HNSC**

Eunice Itajaíra Cardoso Feijó

*Projeto de Conclusão como Requisito Parcial para
Obtenção de Título de Especialista em Informação,
Científica e Tecnológica em Saúde*

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cláudia Meira

Porto Alegre, março de 2008

SUMÁRIO

• Introdução.....	4
• Objetivos.....	7
• Embasamento teórico.....	8
• Metodologia.....	19
• Cronograma.....	23
• Orçamento.....	24
• Referências	25

INTRODUÇÃO

O presente projeto **Perfil das portadoras de câncer de colo do útero atendidas no ambulatório de ginecologia do Setor de Patologia Cervical** será desenvolvido no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre – RS. O HNSC que pertence ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma empresa mista com diversas especialidades.

O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional atendendo à população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado. Tem referência estadual para atendimento especializado, sendo 50% a população de Porto Alegre, 40% da região metropolitana e 10% do interior do estado. Entre os atendimentos especializados está o Serviço de Hematologia e Oncologia que presta assistência ambulatorial e de internação.

No 2º Congresso Internacional de Controle de Câncer – Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizado de 25 a 28 de dezembro de 2007, foi informado que o câncer de colo do útero registra 500 mil novos casos e 270 mil mortes a cada ano no mundo, sendo 80% deles concentrados nos países em desenvolvimento. Segundo Santini (2007), diretor do INCA, sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos comparando com os desenvolvidos.

Em relação do câncer de colo do útero, a taxa permanece alta no Brasil. Estima-se 18.580 novos casos no ano de 2008 no país, ocupando o terceiro lugar entre os cânceres mais incidentes no sexo feminino perdendo apenas para o câncer de pele e de mama (INCA, 2008).

Segundo os dados do INCA (2008), os estados com maior risco de câncer de colo do útero são: o Rio Grande do Sul com 30,9 casos a cada 100 mil mulheres, Amazonas com 29,29, Paraná com 27,52, Espírito Santo com 27,3, Rio de Janeiro com 26,64, Campo Grande com 26,53 e Amapá com 23,27. As

menores estimativas são encontradas no Acre, Rondônia, Minas Gerais, Bahia, Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte, com risco estimado entre 8,4 e 16,37 a cada 100 mil mulheres.

O Ambulatório de Ginecologia do HNSC é composto pelos setores de mastologia, infertilidade e patologia cervical. O Setor de Patologia Cervical do HNSC foi implantado em 1986. Neste ambulatório chegam usuárias encaminhadas de vários locais. São eles: postos do serviço de saúde comunitária do GHC, postos das unidades básicas de saúde, da grande Porto Alegre e interior do estado do Rio Grande do Sul.

O ambulatório de ginecologia atendeu no ano de 2006, 20.793 usuárias e no ano de 2007 atendeu 21.596. Dentre os dados, o Setor de Patologia Cervical que trata as portadoras do câncer de colo do útero diagnosticou oitenta e dois casos no ano de 2006 e setenta e dois casos em 2007.

Tive o interesse em desenvolver o estudo por três motivos:

1º motivo: é para entender quais as dificuldades encontradas por parte das mulheres portadoras de câncer de colo do útero.

2º motivo: é pela demanda no atendimento e o número de casos.

3º motivo: é que, conforme informativo do INCA, este é o terceiro câncer que mais mata no Brasil. É uma doença que pode ser prevenida, estando diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país. Chamou-me a atenção como profissional da área da saúde, que os fatores de risco estão associados aos aspectos culturais, sociais e econômicos, dentre eles:

- baixas condições sócio-econômicas,
- início precoce da atividade sexual,
- multiplicidade de parceiros sexuais,
- tabagismo,
- higiene íntima inadequada,
- uso prolongado de contraceptivos orais,

- infecção por (HIV), vírus da AIDS,
- sistema imunológico menos capaz de lutar para eliminar cânceres iniciais,
- falta de exames preventivos regulares,
- infecção por (HPV)vírus papiloma humano.

O presente estudo tem como objetivo conhecer a realidade social, cultural, emocional e econômica das mulheres portadoras de câncer de colo do útero atendidas no ambulatório de ginecologia do Setor de Patologia Cervical do HNSC.

Neste projeto, enfocaremos a explicação sobre a doença, o câncer de colo do útero, e destacarei os aspectos emocionais, culturais, sociais e econômicos que devem ser levados em conta, porque caminham junto com a doença.

O estudo que vai traçar o perfil das mulheres portadoras de câncer de colo do útero é importante para as usuárias, o setor e o GHC/SUS. Em relação as usuárias, porque terão acesso as informações sobre os seus direitos e os recursos disponíveis através das políticas sociais. Para o setor, porque divulgará o perfil das usuárias mostrando a realidade social em que vivem, as dificuldades pelas quais passam e também para que os profissionais conheçam mais suas assistidas numa totalidade. Quanto ao GHC/SUS na medida em que for conhecendo o perfil das usuárias saberão buscar soluções para melhor atendê-las.

OBJETIVOS

- **Objetivo Geral**

- Traçar o perfil psicossocial das mulheres portadoras de câncer de colo do útero atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Setor de Patologia Cervical do HNSC.

- **Objetivos Específicos**

- Conhecer a realidade social para saber em que condições vivem as portadoras de câncer de colo do útero.
- Identificar alguns aspectos do estado emocional das portadoras de câncer de colo do útero através das dificuldades que caminham junto com a doença.
- Verificar a situação econômica através da classificação da classe social das portadoras de câncer de colo do útero.
- Destacar a questão do relacionamento familiar.
- Estimular o processo da informação em relação a doença e os direitos das portadoras de câncer de colo do útero.

EMBASAMENTO TEÓRICO

Explicarei o que é a doença, o câncer de colo do útero, baseando-me nos artigos publicados pelo INCA e por especialistas. Também destacarei os aspectos emocionais, culturais, sociais e econômicos.

No artigo publicado “Detecção Precoce para o câncer de colo uterino”, Zelmanowicz (2007) define: o colo uterino é a parte do útero que fica dentro do canal da vagina, na sua parte superior. Ele tem um orifício por onde sai a menstruação. Nesta parte, há células que podem se modificar produzindo um câncer.

Este tipo de câncer costuma apresentar crescimento lento. Durante vários anos, células da superfície do colo do útero se tornam anormais. No início, estas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer e são denominadas displasias. Porém, algumas dessas alterações ou displasias podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento de câncer do colo de útero. Esta é uma doença curável quando descoberta no início.

De outro lado, o HPV é um dos fatores de extrema significância.

Segundo Ramos (2007), o HPV é responsável pelo câncer de colo do útero, podemos dizer que praticamente 99% dos cânceres de colo do útero contém HPV. O HPV é um vírus transmitido pelo contato sexual que afeta a área genital tanto de homens como de mulheres. É uma família de vírus com 100 tipos.

-
- Displasias: ação de modelar, formação, anormalidade no desenvolvimento.
 - Vírus: agente infeccioso, invisível, que caracteriza por não ter metabolismo independente e ter capacidade de reprodução apenas no interior de células hospedeira e malignas.
 - Papiloma: tumor belígio de origem epitelial, que se apresenta ramificado, que se desenvolve sobre o tecido conjuntivo.

Enquanto alguns deles causam apenas verrugas comuns no corpo, outros infectam a região genital, podendo ocasionar lesões que, se não tratadas, se transformam em câncer de colo do útero. Existem quatro tipos mais agressivos: o tipo 6 e 11 são responsáveis pelo aparecimento de verrugas genitais, conhecidos como condiloma, e os tipos 16 e 18 são os principais responsáveis pelo aparecimento do câncer de colo do útero. Se as verrugas não forem tratadas, também podem evoluir para o câncer infectando a pele dos órgãos genitais além do contágio (transmissão por parceiro). Ramos (2007) também ressalta que, em estágios iniciais, as doenças causadas pelo HPV podem ser tratadas com sucesso em cerca de 90% dos casos, impedido que a paciente tenha maiores complicações no futuro. Portanto, a melhor arma contra o HPV é a prevenção e se fazer o diagnóstico o quanto antes.

Podemos prevenir o HPV tomando alguns cuidados:

- manter cuidados higiênicos,
- ter parceiro fixo ou reduzir o número de parceiros,
- usar preservativos durante toda a relação sexual,
- visitar regularmente o ginecologista para fazer todos os exames de prevenção.

Quanto a transmissão, o uso de preservativos não é 100% eficaz, porque o vírus pode ficar alojado em outros locais que não o pênis (virilha, por exemplo). Os homens desempenham um importante papel na transmissão da doença que é através do contato sexual. O homem atua como o vetor da doença.

-
- Condiloma: Excrecência carnuda e dolorosa que se observa no ânus, na vulva.
-

Segundo dados do INCA (2007), relaciono abaixo alguns **sinais e sintomas** possíveis de displasia ou câncer cervical:

- pequenos sangramentos fora do período menstrual,
- menstruação mais longa e volumosa que o usual,
- sangramento após relação sexual,
- dor durante a relação,
- sangramento na menopausa,
- aumento de secreção vaginal.

Quando apresentam alguns destes sintomas muitas mulheres tendem a ignorá-los por parecer que estão relacionados com condições pouco sérias. Quanto mais tempo leva para diagnosticar o câncer de colo e mais tempo se demora em iniciar o tratamento, piores são as chances de cura.

Em relação ao **diagnóstico**, o exame ginecológico regular é o melhor método para o diagnóstico precoce. Toda mulher sexualmente ativa deve realizar os exames preventivos de acordo com o calendário estabelecido pelo seu médico (a cada um a três anos). Se o médico percebe alterações no colo do útero durante o exame ginecológico (Papanicolau), ele pode tratar como infecção e depois repetir mais uma vez o exame após o tratamento.

Dentre os **tratamentos** mais comuns para o câncer de colo do útero, estão a cirurgia e a radioterapia, mas a quimioterapia também é usada em alguns casos. O tipo de tratamento que a pessoa receberá depende do estágio da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais como idade e desejo de ter filhos.

-
- Câncer: tumor que pode surgir em qualquer parte em virtude de uma proliferação de células e por infecção bacteriana.
 - Cervical: relativo ao colo uterino.
 - Radioterapia: especialidade da prática médica que utiliza radiações eletromagnéticas ou radiações específicas no tratamento de doença.
 - Quimioterapia: tratamento por meio de agentes químicos que, além de poder intervir de modo variável sobre a doença, são passíveis de causar efeitos tóxicos, de maior ou menos intensidade, no organismo do paciente.

O tipo de tratamento que a pessoa receberá depende do estágio da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais como idade e desejo de ter filhos no futuro.

O **exame preventivo** do câncer é chamado Papanicolau, segundo informativo do INCA (2007). Este é um dos mais importantes exames para a saúde da mulher. É normal que existam medos e ansiedades para a sua realização. O exame é simples e tem reduzido as mortes por câncer de colo de útero em 70%, desde sua criação pelo Dr. George Papanicolau em 1940. O sucesso deste deve-se ao fato de detectar doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer.

O exame não é somente uma maneira de diagnosticar a doença, mas serve principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer.

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 a 59 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano e caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. Meninas menores de 15 anos têm baixo risco deste tipo de tumor. O risco aumenta dos 20 aos 35 anos. Acima de 40 anos, as mulheres ainda têm riscos e devem continuar fazendo o Papanicolau regularmente. A melhor época de fazê-lo é uma semana antes da menstruação.

Segundo o artigo “Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil”, Santini (2007) declara: “Em países desenvolvidos, a **sobrevida** média estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%” (s/p).

Em relação à **mortalidade**, o INCA (2007) informa que o câncer de colo do útero ainda é a terceira causa morte por câncer em mulheres no Brasil, com 3.300

óbitos estimados anualmente. Em relação aos **estágios da doença**, o câncer é estadiado conforme a sua extensão de acometimento. Sabendo do estágio, o médico pode decidir sobre o melhor tratamento e avaliar prognósticos.

Santini (2007) também lembrou que as estimativas são importantes para que as políticas de controle de câncer se tornem mais efetivas, principalmente no sentido de permitir a detecção e o tratamento precoce da doença (s/p). “Esses dados orientam o Ministério da Saúde os secretários estaduais e municipais de saúde de todo o país nos sistemas de atenção e controle” (s/p).

Após leitura bibliográfica citada neste estudo, entendo que se uma mulher for informada que existe um exame preventivo para o câncer de colo do útero, e procurar e receber assistência médica, ela poderá se prevenir ou se tiver sinais e sintomas poderá ser salva à tempo.

Sabemos que existem projetos dos governos: federal, estadual e municipal. Esses são desenvolvidos geralmente nas secretarias de saúde. Penso que falta divulgação e aproximação por parte dos governantes, porque muitas pessoas não têm acesso à informação, principalmente aquelas que vivem em situação sub-humanas, sem nenhuma infra-estrutura.

Na introdução, citei que 50% dos usuários do GHC são da capital, 40% são da região metropolitana e 10% do interior do estado. Sabemos que o cidadão, independente de classe social, tem direito ao acesso à saúde. Conforme constituição federal de 1988, “a saúde é um direito de todos e um dever do estado que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

É importante informar a procedência da paciente para saber de onde vêm e quais as dificuldades que enfrentam para chegar até o hospital.

Sabe-se que, no HNSC e na rede pública de saúde, a maioria das pessoas que procuram assistência, pertencem à classe menos favorecida. Muitas vezes, estas pessoas enfrentam problemas de ordem financeira, emocional, de relacionamento familiar e outros.

A procura de atendimento na capital é porque as secretarias municipais de saúde e da região metropolitana de Porto Alegre não possuem serviços especializados. Para chegar na capital, as pessoas do interior do estado dependem do transporte da prefeitura local para receber assistência médica.

Há casos de pessoas portadoras de câncer que chegam aqui com diagnóstico sem tratamento em estágio bem avançado, e outras sem diagnóstico em estado crítico. Isto tudo acontece por falta de infra-estrutura no sistema de saúde das cidades do interior e da grande Porto Alegre. Há lugares que possuem recursos humanos, mas falta a tecnologia para a realização de exames precisos para obtenção de diagnóstico e outros que não possuem unidades de saúde local.

Sabemos que, no Brasil afora, existem grupos organizados por associações de moradores, ONGS e entidades que visam reivindicar as questões voltadas à saúde cobrando do poder público os seus direitos. Isto é participação e coletividade.

Reconheço que existem programas para intervenção educativa em relação à saúde da mulher. Isto é um fator primordial, pois oportuniza a estas mulheres o acesso à informação e o resgate da cidadania.

Na ficha de avaliação psicossocial, no item Relacionamento Familiar, pergunto como é o relacionamento conjugal da usuária. Neste tópico, poderei deparar-me com a questão da sexualidade, por isto cito a idéia da autora a seguir.

Segundo Parisoto (2007), no artigo “Sexo e o câncer: lutando pela vida e pela sua melhor qualidade”, na pessoa com câncer, a sexualidade fica em segundo plano. O indivíduo passa a se ver com menos estima, com tristeza e com medo intenso de não mais corresponder às demandas sexuais do parceiro. Os relacionamentos acabam por se complicar, principalmente quando não há abertura na comunicação da dupla (p. 2).

A autora ressalta que a mulher sente-se só, pouco compreendida e com muitos constrangimentos em comentar ou perguntar algo sobre a sua vida sexual

para o médico. Além disso, nem todos os profissionais lembram ou têm capacidade de lidar com esses aspectos de seus pacientes.

Após ler este artigo, penso que emocionalmente não deve ser fácil para uma mulher, pois há casos em que o câncer atinge as áreas genitais ou outras regiões que podem afetar de forma direta o desempenho da atividade sexual, sem contar o risco de contaminação. Isto é muito complicado tanto para a portadora como para o seu parceiro. Dependendo do caso, às vezes, o parceiro separa-se da mulher. A mesma sofre mais ainda pelo abandono.

A falta de informação por parte de algumas pessoas, ou por desconhecer a própria doença, o indivíduo não pergunta, não questiona. Então, as decisões ficam nas mãos dos profissionais. Entendo que por parte dos profissionais da saúde deve existir uma atenção especial em relação à informação às pacientes portadoras de câncer explicando como será feito o tratamento, o que é a doença, como contraiu e os cuidados que devem tomar. Por exemplo: a alimentação, o medicamento entre outros.

Ressaltando a questão da informação, cito que, entre os veículos de comunicação, a TV é um meio a que, independente de classe social, a maioria da população tem acesso. Assistindo aos comerciais do Ministério da Saúde, observo que além de passar rapidamente, eles não informam de uma forma clara e objetiva. Nos intervalos de qualquer programação, o governo poderia ter um espaço para falar sobre “prevenções diversas” de uma forma que os espectadores entendam. Isto ajudará a refletir sobre as questões de saúde.

Na ficha de avaliação psicossocial, no item Direitos do Cidadão pergunto se a assistida sabe dos seus direitos enquanto portadora de câncer. Em relação a isso, comento que as camadas sociais menos favorecidas, na maioria das vezes desconhecem os seus direitos por não terem acesso à educação. Por isso, é importante que as instituições públicas informem sobre seus direitos e os recursos disponíveis na sociedade através das políticas sociais. A exemplo, muitos portadores de câncer desconhecem que têm direitos como: sacar o FGTS, a

quitar a casa própria (financiamento), tratamento público da doença, aposentadoria por invalidez e isenção de imposto de renda.

Na abordagem psicossocial enfocarei a questão da afetividade, segundo Ferrari (2007): “Parece que somos educados no sentido de aprender que a vida deve ser feita apenas de coisas boas, que as dificuldades não fazem parte dela”. “Enquanto não entendermos que a dor e sofrimento faz parte da vida, enquanto não aceitarmos essa realidade, não atingiremos um estado de felicidade” (p. 1).

Partindo desta citação, entendo que temos que estar preparados para enfrentar os problemas da vida, porque no nosso caminho temos obstáculos, momentos de altos e baixos. Dependendo da estrutura psicológica de cada um de nós, é muito difícil deparar-se com uma doença como o câncer, porque ficamos fragilizados, desesperados. Com isto, acabamos refletindo que não precisamos tanto para sermos felizes, basta termos saúde e as necessidades básicas para a nossa sobrevivência como: a habitação, alimentação, vestiário, emprego e assistência.

Na unidade onde trabalho, presencio que, quando o câncer é diagnosticado, a pessoa sai do ambulatório desorientada, apavorada, sem rumo, não sabe o que fazer e a quem recorrer (e agora?). Apavorada com a situação, a paciente entra em desespero por desconhecer o próprio problema de saúde.

No momento da revelação do diagnóstico, a mulher fica estigmatizada, tanto pelas pessoas que o cercam, como por ela própria. Isso porque persiste a idéia de que o câncer está fortemente relacionado com a morte. A partir daí, a paciente passa por momentos muito difíceis. Por isso, a presença da família e do profissional é de extrema importância. Em relação à família, o indivíduo terá que contar com todo o apoio, e em relação ao profissional a explicação sobre a doença, como será feito o tratamento. A informação do profissional é importante, pois ajudará a diminuir a ansiedade como por exemplo: “você está no início da doença, que bom que foi descoberta há tempo, uma intervenção cirúrgica poderá destruir as células malignas”.

Como profissional da área social, penso em uma assistência que seja capaz de olhar para o indivíduo e não somente para a doença.

Segundo, Helman (1994), para que se entenda melhor qualquer interação médico-paciente, deve-se avaliar sempre os papéis dos contextos internos e externos. É particularmente importante que se entendam os contextos externos, tais como fatores sociais e econômicos (incluindo a pobreza e o desemprego) os quais podem contribuir para a origem, apresentação e prognóstico de um problema de saúde” (pg. 109).

Segundo Nothen (1984), para efetivamente servir as pessoas, é necessário um modelo de prática que integre valores, conhecimentos e habilidades no trabalho com indivíduos, famílias, pequenos grupos e ambientes (pg. 43).

Partindo desta citação, entendo que é importante como profissional saber lidar com as questões de relacionamento interpessoais. Para lidar com pessoas, o profissional deve ser eminentemente técnico, ter formação, capacitação, competência e ética.

Para Northen (1984), “os problemas nas relações psicossociais freqüentemente acompanham as doenças principalmente as mais graves. Os pacientes sentem-se afastados de suas relações, associando-se a uma condição de invalidez como: sentimentos de desamparo e solidão, ligados à doença, seja grave ou fatal; ou problemas nas relações interpessoais; família (pg. 45).

Foi vivenciando e percebendo o transtorno psicossocial que a doença causa que tive interesse em desenvolver este estudo. Estes transtornos são os problemas que surgem durante a doença por exemplo; a troca de papéis, problemas de relacionamento familiar, financeiro, a questão da aparência como a queda de cabelo em decorrência das sessões de quimioterapia. Isto faz com que a paciente fique com o lado emocional abalado.

Como profissional da saúde, vejo que é muito importante o caminhar junto dos profissionais. Quero dizer que a interdisciplinariedade é fundamental, pois todos ficam conhecendo uma totalidade do paciente. Por exemplo: no round o

médico informa que o medicamento que está receitando para a paciente é muito caro e percebe que a mesma está ansiosa, porque não tem condições para comprar. Na reunião, ele comenta o caso para a solução do problema. A profissional (Assistente Social) informará para o médico que este medicamento já tem distribuição gratuita e que a paciente poderá ser encaminhada. Então, a equipe já resolve o problema em conjunto e todos ficam sabendo da situação da paciente.

Saber informações sobre o núcleo familiar é um dado preciso, pois sabemos que, quando o paciente descobre a doença, contar com apoio da família é fundamental. Por isto, na ficha de avaliação psicossocial enfocarei a questão do relacionamento familiar.

Conhecer o estado emocional do indivíduo é preciso, pois o doente fica abalado porque pensa que está dando trabalho para a família ou sente-se rejeitado ao mesmo tempo, às vezes questiona: “criei e eduquei todos meus filhos e agora que preciso deles, eles não querem saber de mim”. Já ouvi muitas vezes esse depoimento.

Segundo Northen (1984), “os relacionamentos familiares são quase sempre intensos, pois cada membro depende dos outros e do grupo para a satisfação das necessidades básicas. Por esta razão, os membros podem sentir medo de rejeição, ou de represália das próprias pessoas das quais são dependentes para a sobrevivência emocional e também, algumas vezes física” (p.47).

Devido ao difícil processo de tratamento da doença, já presenciei em algumas situações, casos que a família se afastou. Para a família, cuidar de um paciente de câncer é trabalhoso, como: tem que acordar durante à noite, porque a pessoa tem dor, tem que levar nas sessões de quimioterapia e para fazer exames. Resumindo, cuidar de um paciente com câncer, assim como também como qualquer doença crônica, exige uma atenção especial, mas onde está o vínculo afetivo? Há casos em que a mulher fica em situação de abandono. A paciente do câncer muitas vezes é deixada de lado. A família por sua vez, acha que é responsabilidade do hospital ou então, para eles, o mais fácil é internar, porque é

mais prático e não dará trabalho. Por outro lado, a paciente sente-se abandonada, rejeitada com o estado emocional abalado.

Cito na introdução que o diretor do INCA declara que a maior incidência do câncer é nos países em desenvolvimento. Partindo desta citação, lendo literaturas sobre o sistema de saúde no Brasil e na América Latina, entendo que o número maior de casos de doenças crônicas aparecem mais nos países subdesenvolvidos devido ao acelerado processo de industrialização e urbanização. Com esta aceleração, foram constituídos grandes aglomerações da população que imigraram para os grandes centros urbanos a procura de melhor qualidade de vida. As camadas economicamente mais pobres da população estão mais vulneráveis. As doenças de todos os tipos, porque as condições de enfrentamento (prevenção e tratamento) das doenças são mais difíceis na maioria das vezes por falta de acesso e informação.

No meu entender, a saúde deve ser vista como acesso a todas as necessidades básicas que o homem precisa para a sua sobrevivência, como: habitação, educação, alimentação, vestiário, emprego, saneamento básico. Por outro lado, os governos devem investir mais na saúde, partindo de um planejamento estratégico eficaz, tendo um SUS que funcione nas cidades do interior dos estados do Brasil, contando com infra-estrutura adequada como: tecnologias (equipamentos) para a realização de exames para obtenção de diagnóstico e o tratamento, contando com profissionais especializados e capacitados para atender a demanda. Sei o SUS mapeia as regiões, conforme o número de habitantes para implantar as unidades de saúde. Infelizmente há regiões que isto não acontece. Com isto, as pessoas aglomeram-se procurando assistência na capital.

Além disso, o próprio deslocamento para as unidades de saúde pode ser difícil e isto leva muitas pessoas à desistência. Com o tratamento interrompido, a doença se alastra.

METODOLOGIA

Tipo de Método:

Esta é uma pesquisa qualitativa que informará dados sobre o Perfil Psicossocial das Portadoras de Câncer de Colo do Útero atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Setor de Patologia Cervical do HNSC.

Segundo Minayo (1999) cita, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado (p. 21). Ou seja, “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 22).

Após a citação acima, entendo que este tipo de pesquisa é descritiva e possibilita narrativas e interpretações. Isto está de acordo com o meu instrumento de trabalho, a ficha de avaliação psicossocial.

Sujeitos:

Entrevistarei pacientes do sexo feminino.

Em relação ao número de entrevistas, farei quinze (15) abordagens junto às mulheres portadoras de câncer de colo do útero.

Instrumentos:

O meu instrumento de trabalho para coletar os dados com o objetivo de obter o perfil das portadoras de câncer de colo do útero será a ficha de avaliação psicossocial. Este ficha é composta por (10) dez itens, contendo (6) seis páginas,

sendo eles: dados pessoais, composição familiar, relacionamento familiar, classificação sócio-econômica, habitação, transporte, saúde, medicamentos, direitos do cidadão e atividades ocupacionais. Os itens que compõem a ficha de avaliação é para obter informações como: quem são estas mulheres, de onde vêm, com quem vivem, saber se todas têm acesso à informação sobre a doença e os seus direitos.

Procedimentos de Coleta:

Respeitando todas as normas de pesquisa e mediante a autorização da Coordenação do Serviço de Hematologia e Oncologia e chefia local do Ambulatório de Ginecologia - Setor de Patologia Cervical do HNSC, a coleta de dados será feita da seguinte forma: na medida em que for diagnosticado um caso de câncer de colo do útero, serei chamada para entrevistar a usuária, conforme recomendação do médico do Setor de Patologia Cervical.

Quanto à entrevista, convidarei a paciente. Após aceitação, marcarei o dia e horário.

As entrevistas serão feitas em uma das salas do ambulatório do Serviço de Ginecologia, no Setor de Patologia Cervical que se localiza no 2º andar do HNSC.

O tempo de duração para cada entrevista poderá ser de trinta à quarenta e cinco minutos. Isto dependerá muito de cada pessoa.

Procedimentos de Análise:

Em relação a análise de dados em pesquisa qualitativa no que corresponde a categorias, Minayo (1999), cita: “a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de classes ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de

um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa (p.70)”.

Nesta pesquisa interpretarei os dados da seguinte forma: São dez itens distribuídos em seis páginas como:

- 1° corresponde aos dados pessoais.
- 2° corresponde ao estado emocional.
- 3° corresponde a família.
- 4° corresponde a classificação sócio-econômica.
- 5° corresponde a habitação.
- 6° corresponde ao transporte.
- 7° corresponde a saúde.
- 8° corresponde a medicamentos.
- 9° corresponde aos direitos do cidadão.
- 10° corresponde as atividades ocupacionais.

Usarei este método para análise de interpretação das respostas dadas por cada entrevistada.

Aspectos Éticos:

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), as entrevistas serão feitas com o consentimento da paciente. A mesma assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) anexo 2.

No início da aplicação da ficha, a paciente será informada que a entrevista psicossocial é um instrumento para um estudo de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em ICTS.

É importante ressaltar que a ficha de avaliação psicossocial será aplicada por uma profissional eminentemente técnica (Assistente Social).

As entrevistas somente serão realizadas mediante a autorização da paciente através do TCLE. Se a paciente desistir da entrevista, respeitarei a sua decisão. Todas as mulheres, entrevistadas terão garantia de resposta a qualquer pergunta.

Como profissional, reconheço as questões éticas. Durante as entrevistas, poderei deparar-me com diversas situações, mas encaminharei o problema na busca de solução para a Assistente Social da área.

O sigilo é algo primordial. Todas as entrevistas e informações obtidas de cada paciente serão de minha responsabilidade e confidencialidade. Estarei sempre à disposição para qualquer dúvida ou pergunta sobre o estudo.

ORÇAMENTO

Solicitarei a verba do **FFP – Fundo de Fomento à Pesquisa** através do GEP - Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC para as despesas de todos os recursos necessários para o desenvolvimento do estudo

Recursos Materiais

Nº	Discriminação	Preço unitário	Valor Total
01	Computador	2.000,00	2.000,00
01	Impressora	300,00	300,00
20	Folhas ofício A-4	15,00	300,00
05	Cartuchos para impressora	80,00	400,00
20	Livros específicos	100,00	2.000,00
	Total		5.000,00

REFERÊNCIAS

- ZELMANOWICZ, Alice de Medeiros. **Detecção precoce para o câncer de colo uterino. ABC da saúde**, 2007. Disponível em <<http://www.bonde.com.br/bondenews/bondenews>>. Acesso em: 30 jul 2007.
- **GHC: Quem somos. Conheça o GHC: GHC é 100% SUS**. Site GHC. Novembro. Porto Alegre, 2007
- **BRASIL terá 470 mil novos casos de câncer no próximo ano. BondeNews**, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.bonde.com.br/bondenews/bondenews.plip?id+8728dt+20071126>>. Acesso em: 29 jan. 2008.
- HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO. SAME. **Dados estatísticos do atendimento ambulatorial do serviço de ginecologia do HNSC: anos 2006 e 2007**. Porto Alegre, 2008.
- HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO. Serviço de Ginecologia. Ambulatório do Setor de Patologia Cervical. **Dados estatísticos do setor de patologia cervical do HNSC: diagnóstico de câncer de colo de útero de mulheres atendidas no ambulatório** , anos 2006 e 2007. Porto Alegre, 2008.
- SANTINI, Luiz Antônio. **Estimativa da incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco regiões – INCA**. 2º congresso Internacional de controle de câncer (ICCC 2007/INCA) realizado de 25 a 28 de nov. 2007. Rio de Janeiro, 2007.
- RAMOS, Sérgio dos Passos. **Clínica de atenção integral à mulher: HPV e o câncer de colo uterino**. São José dos Campos: Clínica Dr. Sérgio dos Passos Ramos, 2007. Disponível em <http://www.gineco.com.br/exame.btm>. Acesso em: 13 dez.2007.
- RAMOS, Sérgio dos Passos. **Exame ginecológico**. São José dos Campos: Clínica Dr. Sérgio dos Passos Ramos, 2007. Disponível em <http://www.gineco.com.br/exame.btm>. Acesso em: 13 dez.2007.

- LABRA, Maria Eliana. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2ª: ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- **CLASSES sociais no Brasil em 2000 (tabela)**. {s.l.}: Gazeta Mercantil, 2002. <http://www.geocities.com/pcrsilva_99/CLASSES.HTM?200828>. Acesso em: 28 jan.2008.
- LANDMANN, Jayme. **Criticando a saúde e promovendo a doença**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabarra, 1986.
- NORTHEN, Helen. **Serviço social clínico: um modelo de prática**. Rio de Janeiro: Agir, 1984.
- FERRARI, Eunice. **Sem aceitar a dor, não encontramos a felicidade**. São Paulo: Terra Networks Brasil, 2007.
- PARISOTO, Luciana. **Sexo e câncer: lutando pela vida e pela sua melhor qualidade**. ABC da saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.bonde.com.br/bondenews>>. Acesso em: 30 jul 2007.
- TEIXEIRA, Sérgio Augusto. **Stedman: dicionário médico**. 23.ed. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 1979. V.2.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.