



Câncer de colo uterino

Ainda um problema
da saúde pública

Ana Paula Portella
Enaide Teixeira
Solange Rocha

P/R 1/0
IP 5 5
G 96 96
PE 6 6
DR 55 55
EE 1 1

"Aqui tem uma médica de fora... ela tem a clínica dela. Fui me consultar lá no hospital e ela falou assim: 'No meu consultório eu digo direitinho, agora, aqui no hospital eu não posso fazer direitinho'. Quer dizer, sendo particular ela pode fazer bem direitinho?" (*Mulher residente em área urbana de Ouricuri*).

"Esse exame fui buscar umas dez vezes, não tava, não tinha chegado, esse exame, aí eu deixei pra lá (*Mulher residente no Recife*).

Trecho da apresentação

(...) O resultado chama atenção pela contundência das informações ora revelando, ora confirmando problemas cruciais impedindo que a prevenção seja uma realidade na vida das mulheres.

Esperamos que esta publicação seja mais um alerta para que gestores e profissionais de saúde continuem ouvindo as necessidades e apelos das mulheres e das organizações que com elas trabalham.

Formato	18,5 x 24 cm
Tipo principal	Berkeley Book 12/18
Tipo secundário	Gill Sans Light
Papel	Cartão Supremo 250 g/m ² (capa) Offset 90 g/m ² (miolo)
Número de páginas	66
Tiragem	1500
ssão e acabamento	Polycromia do Nordeste
Finalização	Dezembro de 2002

- Corpo de Mulher (1981);
- Para Viver o Amor (1987);
- Os Direitos Reprodutivos e a condição Feminina (1989);
- Viagem ao Mundo da Contracepção (1991);
- PAISM: Um Programa de Saúde para o Bem-estar de Gênero (1993);
- Corpo e Heteronomia & Percursos da Sexualidade Feminina (1994);
- Cidade Cidadania (1995);
- O Valor Social do Trabalho Doméstico (1996);
- Aborto: o desafio da legalidade (1998);
- Prevenção do Câncer de Colo Uterino - 5 Anos em Ação (1998);
- Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero (1998);
- Manual de Formação em Gênero da Oxfam - tradução (1999);
- Políticas Sociais de Saúde: Uma Questão de Gênero? (1999);
- O que é Gênero - 3ª edição (2000);
- Práticas Sexuais e Prevenção na Adolescência - 2ª edição (2000);
- O Brasil que temos e o Brasil que queremos (2000);
- Atualização da Padronização de Normas e Procedimentos para a Prevenção do Câncer de Colo Uterino no Estado de Pernambuco - 2ª edição (2000);
- Mulheres na Luta Contra a Aids - Uma experiência comunitária (2000);
- Fontes de Financiamento: Um Guia Para Pequenos Projetos (2001);
- Série Saúde Preventiva (2001);
- Direitos sexuais e reprodutivos no contexto rural (2002);
- Violência em debate: um olhar feminista (2002);
- Diálogos Feministas - Ano 1 - Nº 1 (2002)

Prevenção do Câncer de Colo Uterino
Ainda um problema da saúde pública

Prevenção do Câncer de Colo Uterino Ainda um problema da saúde pública

Ana Paula Portella,
Enaide Teixeira
e Solange Rocha



S · O · S
CORPO

GÊNERO E
CIDADANIA

EDIÇÕES

Coordenação de Produção Márcia Larangeira

Produção Executiva Fátima Ferreira

Projeto Gráfico e Capa Carlos Pellegrino

Revisão de Texto Consultexto

Apoio THE JOHN D. AND CATHERINE T.
MACARTHUR FOUNDATION

P843p Portella, Ana Paula
Prevenção do câncer de colo uterino: ainda um problema da
saúde pública / Ana Paula Portella; Enaide Teixeira; Solange Rocha. -
Recife: SOS CORPO - Gênero e Cidadania, 2002.

66 p. ; 24 cm

Bibliografia

I. Título. 1. Saúde pública. 2. Políticas de saúde. 3. Saúde
preventiva. II. Teixeira, Enaide. III. Rocha, Solange.

CDD 614

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca responsável pelo Centro de
Documentação e Apoio Pedagógico do SOS CORPO - Gênero e Cidadania.

Todos os direitos reservados ao

SOS Corpo Gênero e Cidadania

Rua Real da Torre, 593 - Madalena - Recife PE

Tel: 81 - 3445.2086 / Fax: 81 - 3445.1905

e-mail: sos@soscorpo.org.br

APRESENTAÇÃO

O câncer de colo uterino há décadas aparece nas estatísticas mundiais como um dos grandes problemas de saúde pública, pelo fato de ser uma das principais causas de mortalidade da população feminina, tornando-se uma causa prioritária do movimento feminista na luta pelos direitos humanos.

No Brasil, essa realidade também faz parte do cotidiano das mulheres, revelando a ausência de políticas sociais estruturadoras que impeçam a morbi-mortalidade por uma doença que pode ser completamente prevenida e curada, se detectada precocemente.

O Recife já foi apontado, nos anos 90, como a capital do mundo onde morria mais mulheres em decorrência dessa enfermidade. Foi sob o impacto dessas informações que, nessa década, aconteceu em Pernambuco uma intensa articulação com o objetivo de formar uma coalizão dos vários setores da sociedade para propor e implementar políticas que revertissem essa situação.

O SOS Corpo Gênero e Cidadania e o Centro das Mulheres do Cabo, organizações feministas da Região Metropolitana do Recife, coordenaram

alguns desses processos, lançando campanhas, promovendo atividades educativas, propondo políticas de saúde e monitorando ações de saúde do estado e de municípios.

É dando continuidade a esse trabalho, que apresentamos esta publicação com o resultado de um diagnóstico realizado em 2001 e 2002, feito em duas etapas. Primeiro ouvindo as mulheres através de grupos focais e no ano seguinte colhendo informações dos gestores de saúde de municípios de várias regiões. Queríamos saber como estava a prevenção do câncer de colo uterino e o atendimento à saúde da mulher em Pernambuco.

O resultado chama atenção pela contundência das informações ora revelando, ora confirmando problemas cruciais impedindo que a prevenção seja uma realidade na vida das mulheres.

Esperamos que esta publicação seja mais um alerta para que gestores e profissionais de saúde continuem ouvindo as necessidades e apelos das mulheres e das organizações que com elas trabalham.

Solange Rocha

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: Males que Atingem Mulheres em Todo o Mundo

Em todo o mundo, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de agravo mais comum entre mulheres. De acordo com dados da Organização Pan-americana de Saúde (Isis Internacional, 2002), cerca de 30.500 mulheres morrem anualmente na América Latina em decorrência dessa doença. Esse quadro se deve, em grande parte, à ineficiência de programas de controle da enfermidade. Segundo Valéria Isla, na América Latina, muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção e há várias razões para isso. Em primeiro lugar, as mulheres não têm sido suficientemente informadas a respeito do assunto e têm acesso limitado aos centros de saúde. Além disso, elas também têm experiências negativas com profissionais de saúde e medo da opinião e reação dos companheiros que, em muitos casos, ainda as proíbem de ir ao ginecologista. Por outro lado, é comum que as mulheres priorizem a saúde da família em detrimento da sua própria (Isis Internacional, 2002).

O *Informe Agenda Salud* analisa que as taxas de mortalidade por câncer cervical são mais altas em países da América Latina, da África e do sudeste

países da Europa (Isis Internacional, 2002). As diferenças socioeconômicas e a precária estruturação dos serviços de saúde são elementos importantes para a morbidade e mortalidade por esse tipo de câncer, que pode ser prevenido e também ser tratado, se diagnosticado no seu início. Um outro fator que colabora para o desenvolvimento do câncer cervical é a percepção das mulheres de que a prevenção limita-se à coleta para o exame papanicolau, além da não orientação por parte dos serviços de saúde. Muitas mulheres não vão buscar o resultado do exame e, quando vão, os resultados nem sempre estão prontos e disponíveis, o que gera uma ruptura no processo de prevenção. Além disso, os serviços de saúde não fazem a busca ativa das mulheres cujos exames apresentam alterações; mesmo quando estão com o resultado na mão, elas não têm garantias de que o tratamento será feito.

No Brasil, a realidade não é diferente. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – Inca (2002), o câncer de colo de útero se constitui na segunda causa de morte por câncer entre mulheres, sendo responsável pela morte de 3.879 mulheres no Brasil em 1999. Para 2002, as estimativas sobre a mortalidade por câncer prevêem 4.005 novos óbitos (www.inca.gov.br). Em Pernambuco, os cânceres de mama e cervical constituem as primeiras causas de óbito em mulheres maiores de 15 anos (SES, 2002). Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, para o ano de 2002, o Ministério da Saúde estimou o surgimento de 1.100 novos casos com 220 óbitos no Estado.

A prevenção do câncer de colo de útero tem sido objeto da ação de profissionais de saúde, ativistas feministas, acadêmicos/as e cientistas há pelo menos duas décadas, período no qual foi desenvolvido um conjunto importante de estudos e propostas de políticas públicas. Não se pode negar que muito já foi feito. No entanto, principalmente no Nordeste do Brasil, estamos longe de perder a liderança das estatísticas de mortalidade por esse tipo de câncer. Os dados continuam assustadores, com o agravante de

que não foram enfrentadas outras doenças que potencializam o desenvolvimento desse câncer, como é o caso de algumas doenças sexualmente transmissíveis – DST, e, em especial, do HPV (papiloma vírus humano) e do HIV (vírus da imunodeficiência humana).

No contexto da epidemia da Aids, o câncer de colo de útero torna-se mais dramático para as mulheres, já que o seu desenvolvimento é acelerado na presença do HIV. De acordo com a normatização do Ministério da Saúde, as mulheres portadoras do HIV que têm diagnóstico de câncer de colo uterino são notificadas como estando com Aids; esse é um procedimento que visa o rápido acesso a diagnósticos e ao tratamento com anti-retroviral para inibir o desenvolvimento da doença.

Não obstante, o trabalho educativo junto às mulheres e aos profissionais de saúde nos mostra que, em sua maioria, os/as profissionais não estão adequadamente preparados para fazer uma abordagem de saúde integral no atendimento às mulheres. O fato de as mulheres apresentarem DST recorrentes e um acelerado quadro de evolução de um câncer cervical não leva os médicos a associarem uma possível influência do HIV a esse quadro. De certa forma, algumas dessas doenças, especialmente as DST, são tomadas como “normais”, o que retarda o diagnóstico e deixa as mulheres mais vulneráveis à mortalidade por Aids, já que, quando se descobrem soropositivas, pode ser tarde demais para que os anti-retrovirais façam efeito. E isso faz a diferença com relação à expectativa de vida entre mulheres e homens com HIV. Diante desse quadro, percebemos que não é mais possível falar do câncer de colo de útero de maneira isolada. É necessária uma abordagem mais integrada, que exige mais dos profissionais de saúde e requer um serviço público com melhores respostas.

No caso do câncer de mama, dados do Instituto Nacional do Câncer mostram que esse é o tipo que mais causa mortes em mulheres. Em 1998, foram 8.044 mortes ocasionadas por esse tipo de câncer. Da estimativa de 305.330 novos cânceres para 2001, o de mama será o principal a atingir a

população feminina, com 31.590 casos, ou 10,34% do total de casos estimados. O câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste (www.inca.gov.br).

Em Pernambuco, estimativas também do Inca previam, em 2001, 33,4 novos casos por 100 mil mulheres no Estado (para o câncer de colo de útero, estimava-se 26,88 novos casos) e 77,7 novos casos por 100 mil mulheres apenas na capital (e 43,72 para os novos casos de câncer de colo de útero). Tanto na capital quanto no restante do Estado, o câncer de mama é a primeira causa dos novos casos. Com relação à estimativa de óbitos, observa-se a mesma situação. Na Tabela 1, sintetizamos essas informações:

Tabela 1 Câncer de Mama e Colo Uterino (por 100 mil mulheres, em 2001)

		Câncer de Mama	Câncer de Colo de Útero
Estado de Pernambuco	Estimativa de Novos Casos	33,4	26,88
	Estimativa de Óbitos	8,21	5,39
Recife	Estimativa de Novos Casos	7,7	43,72
	Estimativa de Óbitos	19,9	8,76

Fonte: www.inca.gov.br

Diante desse quadro, parece-nos evidente que a prevenção e o diagnóstico precoce desses dois tipos de câncer são ações fundamentais para propiciar a melhoria das condições de saúde da mulher no nosso Estado.

Na década de 80, o câncer de colo uterino apareceu nas estatísticas mundiais como um dos grandes problemas de saúde pública, especialmente pelo fato de ser uma das principais causas de mortalidade entre mulheres. Recife aparecia na mídia internacional como a capital em que mais morrem mulheres em decorrência dessa enfermidade. Foi sob o impacto dessas informações que, nos anos 90, uma intensa articulação entre ONGs, movimento de mulheres, movimento sanitarista, profissionais de saúde, parlamentares, gestores/as e acadêmicos/as promoveram ações com o objetivo de reverter esse quadro.

O SOS Corpo Gênero e Cidadania e o Centro das Mulheres do Cabo, organizações feministas da Região Metropolitana do Recife, coordenaram várias dessas iniciativas durante a década de 90. Já em 1993, foi lançada a proposta do que viria a ser a campanha *Quem Faz Sexo Faz Prevenção!* Esta foi uma campanha informativa que contou com um grande aparato de mídia e que atravessou os anos 90, sensibilizando mulheres e homens para a importância do exame preventivo, ao mesmo tempo em que promovia oficinas junto a profissionais de saúde, visando a implantação do Pausm. Para isso, utilizou-se da abordagem feminista de gênero com a perspectiva de melhorar a relação entre o/a profissional de saúde e a usuária.

Com a finalidade de manter a cooperação entre gestores/as, cientistas, profissionais de saúde e o movimento de mulheres, o Grupo de Trabalho Prevenção do Câncer de Colo de Útero ou, simplesmente, GT Prevenção¹, foi constituído, em meados dos anos 90. Pensado como um espaço político de estudos e controle de políticas públicas, esse grupo de trabalho tem até hoje funcionado como um importante mecanismo para o monitoramento e a avaliação das ações de prevenção do câncer de colo de útero, no plano nacional, estadual e municipal, visando a estruturação dos serviços de saúde para oferecer, de modo eficiente, as ações necessárias para o controle e tratamento do câncer de colo de útero. A produção de conhecimento sobre a realidade local, tanto no que diz respeito à oferta e à qualidade dos serviços de saúde como também para trazer à luz a experiência e a opinião das mulheres a respeito dos problemas e impasses relacionados à prevenção, constituiu-se em uma prioridade que vem alimentando e subsidiando as ações desenvolvidas pelo GT Prevenção.

Em 2000, o SOS Corpo, em parceria com o GT Prevenção, considerou que seria importante produzir novas informações que possibilitassem

¹ O GT Prevenção do Câncer do Colo de Útero foi criado em 1997 e é formado por secretarias municipais e estadual de saúde, sociedades científicas, associações e cooperativas do campo da saúde, universidades, ONGs e redes do Movimento de Mulheres.

comparar e formular análises sobre o impacto das ações de saúde, bem como cotejar suas análises com aquelas contidas nos relatórios governamentais dos últimos anos. Para tanto, foram propostas duas atividades: i) um diagnóstico sobre os serviços que identificasse e analisasse a real oferta de ações e atividades relacionadas à saúde da mulher, em geral, e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, em particular, e ii) discussões em grupos focais com mulheres de três regiões — Região Metropolitana do Recife, Sertão e Zona da Mata Sul — que nos revelassem as opiniões, percepções e necessidades das mulheres em relação à prevenção.

Este texto foi construído com base nos resultados dessas duas atividades. No entanto, ele não é a síntese completa do conjunto de informações recolhidas nesse processo. A análise aqui apresentada prioriza os dados e as informações que estão diretamente vinculados ao tema da assistência e da prevenção do câncer de colo uterino e de mama. Portanto, nossa escolha foi de trabalhar as informações recolhidas nos serviços de saúde, através do diagnóstico, articulando-as com as necessidades e os anseios levantados pelas falas das mulheres nos grupos focais. Achamos que, com isso, estaríamos contribuindo para que o debate acerca dos modelos de atendimento e dos serviços de saúde esteja sempre vinculado às necessidades e expectativas da população atendida.

No próximo tópico, iremos apresentar a metodologia utilizada nos dois processos de coleta de informações enfatizando os pontos que foram prioridade no processo de análise em cada um deles.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 Sobre o Diagnóstico dos Serviços de Saúde

No diagnóstico dos serviços de saúde, pretendemos identificar a sua adequação aos objetivos e às normas da prevenção do câncer de colo de útero e de mama, com o propósito principal de estabelecer marcos de referência relativos às condições atuais dos serviços em dez municípios do Estado de Pernambuco. Pretendemos, partindo desse referencial, propor o acompanhamento e o monitoramento das ações que permitam a melhoria do acesso a serviços de saúde e também propiciem uma melhor qualidade desses serviços, sobretudo os que se relacionam diretamente ao aspecto da prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

O questionário utilizado nesse diagnóstico foi elaborado a partir do instrumento de avaliação dos serviços de saúde do Ministério da Saúde, com modificações introduzidas pelas integrantes do GT Prevenção. O questionário é composto por um item geral de dados sobre o município e sua rede de saúde e por blocos de questões, abrangendo dez grandes tópicos: assistência clínico-ginecológica; prevenção do câncer de colo de útero;

prevenção do câncer de mama; normas técnicas de assistência; registro de dados; insumos básicos; equipamentos; recursos humanos; acompanhamento, supervisão e avaliação; e critérios de resolubilidade. As informações são referentes ao ano de 2001.

A partir dessas considerações, apresentaremos as informações recolhidas em cada município, sistematizadas a partir de dois critérios.

O primeiro critério é o do próprio conteúdo das questões do instrumento. Como dito acima, ele é formado de dez itens e nós escolhemos trabalhar sistematicamente com os dois primeiros: assistência clínico-ginecológica, englobando as DST, e prevenção de câncer de colo de útero. As informações constantes dos demais itens do diagnóstico — normas, insumos, recursos humanos — serão analisadas quando relacionadas ao tema da prevenção de câncer.

O segundo critério é relativo ao tipo de gestão do sistema de saúde de cada município, se plena do sistema municipal ou plena de assistência básica. Com isso, pretendemos possibilitar a comparação entre os municípios que estão no mesmo patamar de gestão e também comparar as condições dos municípios com o tipo específico de gestão do sistema de saúde.

Optou-se pelo levantamento em parceria com as profissionais de saúde que compõem o GT Prevenção, constituindo-se então um comitê científico, que revisou o questionário e trouxe questões para a análise. Definiu-se que a coleta dos dados seria feita pelos próprios gestores, precedida de uma apresentação e com acompanhamento presencial ou por telefone. Os serviços escolhidos foram os dos municípios sede das dez Diretorias Regionais de Saúde – Dires, exceto na Região Metropolitana do Recife, 7 Dires, onde o questionário foi aplicado em cinco municípios. Tivemos a preocupação de recomendar, onde possível, que o gestor principal ou o de saúde da mulher se responsabilizasse pessoalmente pelas respostas ao questionário. Metade dos municípios pesquisados seguiu essa orientação — Recife, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes e

Limoeiro. Olinda respondeu através de uma técnica do planejamento e os demais municípios através de profissionais que atuam na rede. Não responderam o questionário quatro municípios: Petrolina, Garanhuns, Afogados da Ingazeira e Arcoverde.

A Tabela 2 relaciona os municípios que constavam do nosso universo inicial de pesquisa, agrupados segundo o tipo de gestão do sistema de saúde.

Tabela 2 Municípios Abrangidos pela Pesquisa

Municípios de Atenção Plena Municipal	Municípios de Atenção Básica
Cabo de Stó. Agostinho	Jaboatão dos Guararapes
Caruaru	Limoeiro
Camaragibe	Ouricuri
Olinda	Palmares (*)
Recife	Salgueiro

(*) Município excluído da amostra, uma vez que grande parte dos arquivos e registros foi danificada pelas enchentes de 2000, o que levou à decisão de retirar o seu questionário dessa análise.

2.2 Sobre os Grupos Focais

Essa última atividade foi desenvolvida ao longo do ano 2000, através de projeto em parceria com grupos comunitários e organizações de mulheres locais. Foram formados dez grupos, quatro em zonas rurais e seis em zonas urbanas, divididos como se segue:

Tabela 3 Distribuição dos Grupos Focais por Município e Tipo de Domicílio

Município	Área Rural	Área Urbana	Total
Ouricuri	2	2	4
Catende	1	1	2
Água Preta	1	1	2
Recife	0	2	2
Total	4	6	10

Os grupos contaram com a participação média de dez mulheres, que conversaram sobre os cuidados com a saúde, a necessidade do exame preventivo, as dificuldades, o atendimento e as propostas para melhoria do serviço.

Foi elaborado um relatório sobre a análise desses grupos focais baseado nos cruzamentos entre grupos urbanos e rurais de cada cidade e entre elas. Analisamos os aspectos subjetivos que dificultam a realização do exame e os cuidados das mulheres com a saúde, as dificuldades na procura dos serviços, a avaliação do atendimento na prevenção, as suas propostas para melhoria dos serviços, as fontes de informações sobre saúde e prevenção e as suas opiniões sobre as campanhas de prevenção.

Neste texto, da mesma forma que em relação ao diagnóstico dos serviços, não utilizaremos todos os dados da análise dos grupos focais. A justificativa para isso é que em dois desses municípios, Catende e Água Preta, não foi realizado o diagnóstico dos serviços de saúde. Portanto, apenas os resultados dos grupos focais de Ouricuri e do Recife serão citados como apoio a alguns pontos da análise.

NORMAS E PROCEDIMENTOS: Um Primeiro Passo para a Qualidade da Assistência

No campo da normatização, a médica pernambucana Mercês Pontes Cunha foi pioneira na proposição, junto ao Ministério da Saúde, da organização de um conjunto de normas referentes à prevenção do câncer de colo de útero. O objetivo dessa sistematização era a unificação de procedimentos de todos os serviços de saúde do Brasil, criando códigos e conceitos comuns para a assistência. A padronização das normas e dos procedimentos tornava-se necessária para possibilitar a troca de informações entre os serviços, a comparação de dados e o controle do trabalho de prevenção.

As normas e os procedimentos sofreram revisões periódicas, mas foi aqui em Pernambuco, em 1997, que passaram por sua maior modificação (SOS Corpo – GT Prevenção, 1997). O SOS Corpo, junto com outros grupos do GT Prevenção, participou ativamente dessa revisão no nível estadual, que, posteriormente, foi reconhecida nacionalmente pelo Ministério da Saúde/ Inca e pela Sociedade Brasileira de Citopatologia, tornando-se um dos instrumentos mais conhecidos e utilizados nos serviços públicos de saúde.

Por ocasião dessa revisão, diversos aspectos foram discutidos e acordados com o objetivo de melhorar a qualidade das várias etapas que formam o chamado *ciclo da prevenção*. Para isso, o manual padroniza os procedimentos relacionados à coleta, ao processamento laboratorial e ao controle, seguimento e tratamento.

No primeiro caso, ou seja, a coleta, as normas são mais direcionadas às unidades de saúde que fazem ginecologia e prevenção de câncer. As principais padronizações são as seguintes:

- i) Necessidade de ações educativas junto às mulheres com orientações sobre o exame.
- ii) Coleta dupla, ectocérvice e endocérvice, ou seja da região externa e interna do colo de útero.
- iii) Definição de insumos e instrumental necessários para uma boa qualidade da coleta. Aqui, a lista é extensa, mas podemos citar os espêculos vaginais de tamanhos variados para diminuir o desconforto das mulheres, espátulas de Ayre para a coleta da ectocérvice, escovas descartáveis para a endocérvice, além de uma série de outros, como pinças de cheron, lâminas de vidro, luvas, etc. e

Em relação aos procedimentos de laboratório, podemos citar a reafirmação do uso da bateria de papanicolau completa para a coloração das lâminas, dando mais qualidade às mesmas — o que diminui as perdas por dificuldade de leitura e facilita o diagnóstico citológico — e também os procedimentos ligados à interpretação dos esfregaços, adequação das amostras e elaboração de laudos e seu controle de qualidade pelos citopatologistas.

Por último, as principais normas e procedimentos para controle, seguimento e tratamento são as seguintes:

- i) Periodicidade do exame, que deve ser anual nos dois primeiros anos. Caso eles sejam negativos, espaçamento para três anos, com exclusão de mulheres em situação de risco¹, que devem realizar exames anuais.
- ii) Condutas a serem seguidas para cada resultado do citopatológico. Por exemplo, uma mulher que apresente um resultado de citologia com uma lesão intraepitelial escamosa de baixo grau, NIC3, deve ser encaminhada para realizar uma colposcopia com biópsia. Se for confirmada a NIC3, ela deverá fazer uma conização com alça, ou seja, nesse momento, há necessidade de um procedimento de maior complexidade, o que exige um sistema de referência e contra-referência entre as unidades. A construção desse sistema, que seja realmente ágil e eficiente, ainda é um desafio a ser enfrentado pelos diversos níveis de assistência do SUS.

Para mais detalhes sobre os procedimentos e aspectos técnicos das normas relativas à prevenção de câncer de colo uterino, remetemos o leitor à bibliografia indicada no final deste texto.

¹ Situações de risco podem ser infecções de HPV, anormalidades em exames anteriores, sangramentos, colposcopia com atipias e outros.

POBREZA E DESIGUALDADE: O Contexto Comum aos Municípios

Dos nove municípios estudados, cinco fazem parte da Região Metropolitana do Recife (Recife, Olinda, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho e Jaboatão dos Guararapes), um da Zona da Mata (Limoeiro), um do Agreste (Caruaru) e dois do Sertão (Ouricuri e Salgueiro).

Utilizando as últimas informações disponíveis, referentes às condições de qualidade de vida dos municípios (Fidem, 2001¹), temos a Tabela 4, apresentada por ordem decrescente do IDH municipal.⁶

Como era de se esperar, Recife, a capital do Estado, apresentava o melhor IDH municipal, seguida pelos de Olinda e Jaboatão dos Guararapes, ambos municípios localizados na Região Metropolitana do Recife – RMR, e por Caruaru, situado no Agreste, que tinham IDHs acima de 0,6, considerado um médio índice de desenvolvimento humano.

Com IDHs em torno de 0,5 — ainda considerado médio, mas aproximando-se do nível de baixo desenvolvimento humano — temos os

¹ Os últimos números do IDH municipal são os de 1991.

municípios de Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho, ambos também localizados na RMR, e Salgueiro, no Sertão. Por último, na categoria de baixo desenvolvimento, encontram-se os municípios de Limoeiro, na Zona da Mata, e Ouricuri, no Sertão.

São os indicadores de renda, percentual de chefias de domicílio com renda até um salário-mínimo e percentual de pessoas com renda insuficiente que mostram a amplitude da pobreza e da desigualdade econômica e social no Estado. Mesmo o Recife e os três municípios com IDH acima de 0,6 tinham mais de 40% de pessoas com renda menor do que meio salário-mínimo. Esse percentual chega a atingir até 88,3%, no caso de Ouricuri.

Tabela 4 Indicadores Sociais dos Municípios Pesquisados, Ano-base, 1991

Município	IDH*	ICV**	Longevidade ***	Mortalidade infantil (p/1000)	Chefes c/ renda até 1 S.M. (%)	Renda média mensal do chefe (S.M.)	Renda insuficiente (- 0,5 S.M.)	Taxas de analfabetismo (15 anos ou +)
Recife	0,790	0,747	66,4	51,4	36,7	4,6	43,6	14,9
Olinda	0,765	0,738	65,5	56,7	36,7	3,2	45,0	14,8
Jaboatão	0,690	0,679	64,8	61,4	38,2	3,0	51,6	19,4
Caruaru	0,607	0,670	60,9	88,3	45,2	2,3	49,9	31,8
Camaragibe	0,585	0,639	65,7	55,9	49,5	1,8	61,9	22,1
Cabo	0,541	0,613	64	66,5	47,7	1,7	63,8	29,0
Salgueiro	0,540	0,581	63,8	68,0	56,1	0,63	70,2	35,3
Limoeiro	0,474	0,562	58,3	107,6	63,9	1,4	71,5	36,3
Ouricuri	0,371	0,443	58,9	103,0	80,8	0,9	88,3	54,9

Fonte: Fidem, 2001. (*) Índice de Desenvolvimento Humano (**) Índice de Condições de Vida (***) Esperança de vida ao nascer, em anos.

Mesmo considerando que nos últimos anos houve avanços em alguns indicadores apresentados acima, frutos de algumas políticas públicas específicas, como o aumento da oferta de matrículas escolares no ensino fundamental e o ganho na renda dos mais pobres pelo fim do imposto inflacionário, podemos afirmar que, dada a amplitude do problema da pobreza e da desigualdade no nosso Estado, eles ainda permanecem presentes no cotidiano da maioria da nossa população.

De fato, o censo de 2000 traz novos dados relativos às características das pessoas e dos domicílios dos municípios da nossa pesquisa, relacionados com a qualidade de vida das pessoas e que mostram ainda condições de saneamento básico precárias. Os dados mostram também taxas de alfabetização de alguns municípios abaixo da média nacional, que é de 87,2%, caso de Caruaru, Salgueiro, Limoeiro e Ouricuri, estes dois últimos abaixo mesmo da média estadual, que é de 76,8%, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 Alfabetização e Condições de Saneamento Básico (%)

Município	Pessoas alfabetizadas	Domicílios ligados à rede geral de água	Domicílios ligados à rede geral de esgoto	Domicílios com lixo coletado
Brasil	87,2	77,8	47,2	79,0
Pernambuco	76,8	70,5	34,2	68,6
Recife	89,8	87,9	42,8	96,2
Olinda	90,4	93,5	37,4	86,9
Jaboatão	87,3	79,2	21,1	71,9
Caruaru	78,5	83,7	70,3	78,6
Camaragibe	85,3	69,9	16,0	84,6
Cabo	80,6	82,4	25,1	86,3
Salgueiro	78,6	84,6	52,8	54,2
Limoeiro	75,9	64,2	14,5	64,9
Ouricuri	62,4	43,7	30,0	30,6

Fonte: IBGE, Censo 2000.

Em relação aos serviços ligados ao saneamento básico, fundamental para a qualidade da saúde da população, no item de abastecimento de água — o mais disseminado no nosso País — abaixo dos percentuais nacional (77,8%) e estadual (70,5%) temos os municípios de Camaragibe, Limoeiro e Ouricuri. No item coleta de lixo, estão abaixo do percentual nacional, que é de 79%, os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Caruaru, Limoeiro, Salgueiro e Ouricuri. Esses três últimos estão abaixo também da média estadual.

Por fim, historicamente, o esgotamento sanitário tem sido o mais precário entre os serviços de saneamento básico. Vemos que apenas dois dos municípios pesquisados, Caruaru e Salgueiro, possuem percentuais de domicílios ligados à rede geral de esgoto ou pluvial acima dos percentuais nacional e estadual. Os piores percentuais são os dos municípios de Jaboatão dos Guararapes, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho, todos na Região Metropolitana do Recife, bem como o de Limoeiro, na Zona da Mata.

Como vimos acima, grande parte da população dos municípios estudados vivem sob precárias condições de vida e uma parcela substancial também não tem cobertura dos serviços de saneamento básico. As precárias condições de saneamento trazem danos para a população em geral e para o meio ambiente. Além disso, essas precárias condições elevam a carga de trabalho reprodutivo² das famílias de baixa renda, que está sob a responsabilidade exclusiva das mulheres.

Baixa qualidade de vida das mulheres e baixa oferta de serviços de saúde: esse é o pano de fundo do problema da prevenção.

² O trabalho reprodutivo inclui todas as atividades ligadas ao trabalho doméstico e aos cuidados com crianças, idosos/as e doentes.

DISCUTINDO OS PRINCIPAIS RESULTADOS

5.1 Considerações a Respeito do Processo de Produção de Informações

A auto-aplicação do questionário trouxe algumas dificuldades para os processos de sistematização e de análise inicial das informações. Numa primeira leitura dos questionários, notamos um grande número de questões não respondidas, de respostas conflitantes com outras dadas em tópicos diferentes do questionário e de incompreensões sobre o universo abrangido pelas respostas (se da rede total dos serviços ou se apenas da unidade onde atuava a informante). Essa situação nos obrigou a fazer várias conferências, na tentativa, nem sempre frutífera, de recolher o maior número de respostas consistentes acerca da realidade dos serviços de cada município. Através de conversas com os informantes, foi possível dirimir algumas dúvidas, o que levou a alterações de respostas iniciais, como foi o caso de desinformação a respeito das normas para a coleta dupla do exame papanicolau. Em outros

casos, notamos que as incoerências diziam respeito ao desconhecimento de normas e funcionamento dos serviços, como, por exemplo, a notificação compulsória de Aids, respondida de maneira positiva por quase todos os municípios, mesmo por aqueles de atenção básica, que não têm serviço de referência para a Aids.

Um outro tipo de debilidade diz respeito à consistência dos dados gerados pelos sistemas de informações existentes nas diversas instâncias do SUS — municipal, estadual ou federal —, à compatibilidade entre eles e à inconsistência na geração desses dados para efeito de planejamento das ações. De fato, em pesquisas anteriores (De Souza, Portella & De Lima, 2001) nós já havíamos nos deparado com dados discrepantes fornecidos por diferentes instâncias do sistema de saúde. Nesse diagnóstico, encontramos novamente informações contrastantes, exemplificadas nos dados sobre os indicadores de mortalidade infantil fornecidos pelos municípios e aqueles constantes no sistema de informações do Datasus. Em alguns casos, a justificativa para isso era a referência a períodos diferentes, já que os dados consolidados do Datasus são referentes ao ano de 1998 e alguns informantes utilizaram dados de 1999. Em outros casos, nos quais a referência temporal era a mesma, os dados são francamente diferentes dos fornecidos pelo Datasus e não parecia haver nenhuma justificativa para tanto. Ao se recheicar o questionário, os informantes confirmaram os dados fornecidos, o que nos levou a duas interrogações e a uma decisão.

As duas interrogações são as seguintes: i) as informações geradas pelo sistema de saúde estão sendo realmente utilizadas no planejamento das ações e serviços executados? ii) em caso afirmativo, quais os critérios de adoção dos indicadores utilizados? A pertinência desses questionamentos é ainda maior se levarmos em consideração a diversidade na capacidade de geração, manipulação e utilização das informações pelos sistemas

municipais de saúde. Diante do que nos parecia claramente inconsistente, tomamos a decisão de não utilizar dados fornecidos pelos informantes que fossem francamente discrepantes com outras fontes.

Portanto, uma das nossas primeiras observações é a respeito da dificuldade em coletar informações credíveis para uma análise consistente da realidade dos serviços de saúde municipais. Olhando para o aspecto do controle social, não há como realizá-lo de maneira efetiva sem enfrentarmos essa dificuldade. Se até mesmo os/as profissionais de saúde, que lidam cotidianamente com a organização dos serviços, têm dificuldade em se mover nesse pântano de informações, o que podemos dizer dos que se iniciam num mandato de representação da sociedade e que se deparam com informações contraditórias e dispersas, dificultando sua ação concreta? É sempre importante ressaltar que o controle social é condição essencial para o funcionamento do SUS.

Levando em consideração as questões acima, apresentamos abaixo uma Tabela de Informações contendo a população (Censo 2000), o número de unidades de saúde e a implantação das ações de saúde da mulher de cada município. Estas últimas informações nos foram fornecidas pelos gestores em 2001.

A Tabela 6 apresenta a heterogeneidade dos sistemas de saúde nos municípios pesquisados, que não se justifica apenas pelo tipo de gestão do sistema de saúde do município, se básica ou plena municipal. De fato, façamos uma análise do número de equipes do PSF, que são, atualmente, as principais responsáveis pelo atendimento de ações básicas do sistema de saúde dos municípios. Podemos ver que o Cabo de Santo Agostinho — com uma população aproximadamente três vezes maior do que a de Limoeiro, Ouricuri ou Salgueiro — possui cerca de cinco vezes mais equipes do PSF. Jaboatão dos Guararapes possui mais de três vezes a população do Cabo de Santo Agostinho e conta com menos de 80% do

seu número de equipes. Podemos supor que existe uma maior cobertura das ações básicas do sistema de saúde do Cabo de Santo Agostinho, em comparação com esses outros municípios citados.

Também em relação às ações de saúde da mulher, os municípios apresentam diferenças importantes. Veremos abaixo que essas diferenças se apresentam não apenas no número de ações, mas, sobretudo na forma em que elas são ofertadas.

Tabela 6 Informações Municipais, 2000-2001

Município	Gestão Plena	População 2000	Unidades Estaduais	Unidades Estaduais	Equipes do PSF	Ações de Saúde da mulher implantadas no município
Cabo	Municipal	152.977	0	39	32	- PN, PF, PCCU, DST, climatério, assistência clínico-ginecológica.
Camaragibe	Municipal	128.702	0	38	32	- PN, PF, PCCU, DST/Aids, climatério.
Caruaru	Municipal	253.634	3	44	33	- PN, PF, PCCU, DST/Aids, assistência clínico-ginecológica e obstetrícia.
Olinda	Municipal	367.902	0	60	33	- PN, PF incipiente, exames de apoio ao diagnóstico.
Recife	Municipal	1.422.905	19	89	82	- PN, PF, PCCU e mama, DST/Aids, climatério, assistência clínico-ginecológica.
Jaboatão	Básica	581.556	1	59	25	- PCCU e PF parcialmente implantados.
Limoeiro	Básica	56.322	2	17	6	- PN, PF, PCCU e mama, DST/Aids, climatério.
Ouricuri	Básica	56.733	1	12	7	- PF, PCCU, assistência clínico-ginecológica.
Salgueiro	Básica	51.571	1	18	8	- PN, PF, PCCU, DST/Aids, assistência clínica, aleitamento materno, suplementação alimentar para gestantes.

Fonte: IBGE, Censo 2001.

Legenda PN = pré-natal, PF = planejamento familiar, PCCU = prevenção de câncer de colo de útero, DST = doenças sexualmente transmissíveis

5.2 Assistências Clínica e Ginecológica e DST

5.2.1 Ações de Prevenção e Acesso aos Serviços de Saúde

Nesse item, procuramos analisar as ações de saúde relacionadas com a assistência clínica e ginecológica, dando ênfase ao diagnóstico e ao tratamento de DST, já que essas são ações fundamentais para a prevenção do câncer de colo. Um outro aspecto que nos interessa é o real acesso das usuárias a ações básicas que fazem parte do mínimo requerido pelo Ministério da Saúde para a oferta de atenção à saúde de cada município, bem como a qualidade dessas ações.

Todos os municípios, independentemente do tipo de gestão, dizem realizar o exame físico geral durante a consulta ginecológica, embora não se tenha detalhado no formulário de pesquisa o modo como esse exame é feito. Da mesma maneira, todos os municípios afirmam realizar o exame ginecológico, incluindo o exame clínico de mama. Apenas os municípios do Cabo de Santo Agostinho, de atenção plena, e Jaboatão dos Guararapes, de atenção básica, registram os dados das mulheres em ficha clínico-ginecológica específica. Os demais municípios o fazem no prontuário geral. Do mesmo modo, apenas o Cabo de Santo Agostinho utiliza o cartão da mulher, como também está, junto com Caruaru, entre os únicos municípios que realizam o atendimento específico para a mulher no climatério.

No que se refere aos exames de laboratório — exames a fresco, bacteroscopia, sífilis e cultura de secreção — que são fundamentais para a prevenção e tratamento das DST, temos os municípios de Camaragibe, que não faz bacteroscopia, e Ouricuri e Salgueiro, que não fazem o exame de sífilis. Todos os demais realizam ou encaminham para outro município para a solicitação desses exames. Quanto ao teste anti-HIV, não era oferecido em Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Limoeiro.

Esses dados mostram quanto os serviços não têm priorizado a rede de diagnóstico, que, por sua vez, é uma ação básica para a prevenção. Apesar de os gestores afirmarem que fazem o exame clínico, não foi isso o que encontramos na fala das mulheres durante as discussões dos grupos focais. Para elas, o exame clínico-ginecológico, assim como a pesquisa e o tratamento de DST, não têm sido prioridades na assistência disponibilizada nas redes municipais de saúde. As longas filas e o pouco tempo que o médico ou a médica tem no serviço são alguns dos motivos indicados pelas mulheres para que o atendimento não seja adequado, como é possível observar nos relatos dos grupos focais de Ouricuri:

"Eu acho que aqui em Ouricuri não era só para fazer prevenção, era para ter o tratamento. Porque os médicos daqui, é de fígado, de cabeça, de bofe e de tudo. Todo mundo toma o mesmo remédio. Todo mundo só tem uma doença só?" (*Mulher residente em área rural de Ouricuri*).

Ainda de acordo com elas, a ausência de anamnese e de solicitação de cultura vaginal leva a que o exame de papanicolau torne-se o exame preferencial e, em muitos casos, o único, para se obter informações sobre DST e câncer. Dessa forma, o/a ginecologista muitas vezes realiza diagnósticos e tratamentos considerando apenas o resultado do exame preventivo de câncer de colo uterino. É evidente que essa é uma prática que, além de encobrir uma assistência deficiente, desvirtua a função da prevenção do câncer de colo uterino, podendo ser esse um dos fatores presentes na base dos inúmeros problemas que dificultam o alcance de bons resultados para a saúde das mulheres.

Uma outra questão que apareceu de forma genérica na busca de informações para essa pesquisa, e que aqui surge de maneira muito particular, refere-se ao problema do registro de informações. Nossa experiência com as atividades de formação de profissionais de saúde tem nos permitido, com muita frequência, ouvir queixas das equipes de saúde relacionadas à multiplicidade de formulários de registros de dados; em alguns municípios, a adoção do cartão da mulher é mais um mecanismo

de registro, na tentativa de também deixar com elas o controle sobre datas de consultas e retornos de exames. Essa queixa dos/as profissionais revela a tensão entre a necessidade de se aperfeiçoar os dados sobre a saúde e a ampliação dos procedimentos burocráticos, cujos efeitos no atendimento têm sido constantes e não podem ser desprezados.

Mas, anterior à crítica à qualidade do atendimento, está o problema do acesso aos serviços, bastante enfatizado pelas mulheres nas discussões em grupo. Com exceção do Recife, em todos os outros municípios essa foi a maior dificuldade indicada pelas mulheres residentes em áreas rurais e urbanas. De modo geral, a dificuldade de acesso pode ser entendida como a existência de dificuldades para marcar as consultas e realizar o atendimento, podendo-se incluir também a incompatibilidade dos horários de funcionamento dos serviços com o trabalho e as responsabilidades domésticas das mulheres. As dificuldades de marcação estão associadas à burocracia dos serviços e também à ausência de médicos/as.

No caso das mulheres rurais, a dificuldade de acesso está associada à distância entre as comunidades e as unidades de saúde, à precariedade das vias de acesso, à ausência de transporte regular e à falta de recursos financeiros para este deslocamento. Vale lembrar que uma ida ao médico, nesse contexto, pode implicar até um dia inteiro fora de casa, o que exige dinheiro para transporte e alimentação, além da existência de estruturas de apoio doméstico e no trabalho que funcionem durante a ausência da mulher. É o que vemos no relato abaixo:

“(A gente) se preocupa com a saúde, mas não pode se cuidar. Porque a gente é agricultor e a agricultura tá fraca. ...Porque também sou o homem e a mulher, tenho esposo, mas é desses esposos que não se importa com a saúde da mulher, e eu tenho meus três filhos pra cuidar, então eu cuido dos meus filhos porque eu já dei não sei quantas viagens a Ouricuri sem nem o dinheiro da passagem, os motoristas esperavam que um dia eu tivesse... e eu pedindo ajuda a outras pessoas” (*Mulher residente em área rural de Ouricuri*).

No Recife, a percepção das mulheres é diferenciada. A existência de uma rede de serviços de saúde estruturada, bem como o funcionamento de uma infra-estrutura urbana relativamente bem organizada, faz com que as mulheres tenham uma percepção positiva de si mesmas. Acreditam que cuidam mais da própria saúde, em relação às mulheres de gerações anteriores, porque têm mais acesso a serviços de saúde. A oferta de serviços, portanto, provocaria mudanças de comportamento, favorecendo as práticas preventivas.

Contudo, uma vez tendo-se obtido o primeiro acesso à consulta ginecológica, seguem-se novas dificuldades, a grande maioria das quais associada à má qualidade do atendimento. Aparece ainda aqui uma nova dificuldade de acesso, agora às consultas e aos exames complementares e especializados, bem como aos medicamentos indicados para tratamento. No caso dos municípios do interior, isso leva-nos para o problema da articulação entre as ações municipais e estaduais. No Recife, dada a existência de níveis de complexidade maior na rede de serviços na cidade essa questão não apareceu.

Em Ouricuri, e também nos outros municípios, havia muitas dúvidas com relação à competência dos/as médicos/as que realizam a assistência. — que — associado à percepção de que as consultas são rápidas e de que não há orientação adequada quanto ao seu estado de saúde — faz com que essas mulheres considerem esse atendimento como de má qualidade. É evidente que essa percepção funciona como um fator de desmotivação das ações de prevenção, como é possível observar a seguir:

“Eu tô dizendo porque eu vi! No dia que a minha cunhada foi fazer a prevenção, né, aí, que depois, ela foi a última que entrou pra colher o material. Eu fiquei esperando ela, depois eu entrei. Aí a menina (enfermeira) ...disse para minha cunhada “Como é teu nome, mermo?”. Aí minha cunhada deu o nome. Ela: “Ah, meu Deus! Esse vidrinho aqui que eu anot.... Ah meu Deus, deixa eu ver. Ëita.... ah não, mas é esse daqui mermo..... não, é, é, é esse aqui mermo”. Com dúvida. Com dúvida. Pegou aquele papelzinho e colocou no vidrinho.

O que é que a senhora acha? Como é que eu tenho dúvida do que eu tô fazendo e eu continuo? Eu acho que tem que ser uma pessoa ... com responsabilidade" (*Mulher residente em área rural de Ouricuri*).

5.2.2 Diagnóstico e Tratamento

A busca de informações sobre diagnóstico e tratamento foi importante para levantar aspectos que revelassem como a prevenção e a cura de doenças estão sendo feitas. Neste item, estávamos particularmente interessadas em identificar o uso da abordagem "sindrômica" especialmente pelo princípio da integralidade que, no Brasil, a orienta. A abordagem "sindrômica" é um método que objetiva a melhoria do tratamento de doentes em regiões com poucos recursos, onde há poucas ou nenhuma unidade de diagnóstico laboratorial. Nessa abordagem, as decisões de tratamento baseiam-se em algoritmos que fazem um mapa dos sintomas e sinais (algumas vezes, com a inclusão de um resultado de microscopia) para o diagnóstico mais provável e, desse modo, para o tratamento com a maior perspectiva de efetuar uma cura (Gilson & Mindel, 2002). No Brasil, a proposta da abordagem "sindrômica" é também entendida como uma possibilidade de conjugar o binômio assistência integral e rapidez no tratamento, provendo, numa única consulta, avaliação, terapêutica e aconselhamento (Vital, 1996). A abordagem "sindrômica" é uma alternativa à abordagem etiológica, cujo foco está nas causas diretas das enfermidades, identificadas através dos exames clínicos, laboratoriais e de apoio diagnóstico.

As abordagens "sindrômica" e etiológica para o diagnóstico e o tratamento das DST são utilizadas nos municípios do Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Limoeiro. Recife e Ouricuri utilizam apenas a abordagem "sindrômica" e Salgueiro utiliza apenas a etiológica. Todos os municípios dizem que oferecem o tratamento de DST na própria unidade em que foi realizado o exame. Entre os municípios de atenção plena, apenas o Cabo de Santo Agostinho não faz busca de parceiros/as e/ou contatos das mulheres com

diagnóstico de DST, apenas orientando as mulheres para que informem seus parceiros/as a respeito da necessidade de tratamento. São as Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) as principais responsáveis pela busca e, em Caruaru e Olinda, essa atividade concentra-se, respectivamente, no Centro de Saúde Amélia Pontes e no Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico – Coas. No Recife, foi enfatizado que não há controle sobre essa busca, o que lhe retira eficácia e resolubilidade. Já entre os municípios de atenção básica, apenas Limoeiro realiza busca de parceiros/as e contatos.

Já com relação ao tratamento, todos os municípios relataram ausência ou insuficiência de praticamente todos os medicamentos necessários para o tratamento de patologias. Perguntados a respeito da existência de estoque permanente de medicamentos, nenhum/a do/as representantes dos municípios respondeu afirmativamente. Em todos os municípios, faltam, principalmente, antibióticos, mas no Recife, em Olinda e em Camaragibe faltam, além dos antibióticos, cremes vaginais e hormônios. No Cabo de Santo Agostinho e em Caruaru também faltam hormônios. Paradoxalmente, quase a totalidade dos municípios faz previsão anual de medicamentos, o que nos leva a crer que a ausência ou insuficiência dos mesmos pode se dar por problemas no planejamento ou por falta de recursos para sua obtenção. Em Camaragibe, Ouricuri e Salgueiro, no entanto, a previsão anual sequer é feita.

A falta de medicamentos e, conseqüentemente, de tratamento das patologias está presente também nas falas das mulheres participantes dos grupos focais:

“Olhe... é muito péssimo o atendimento de Ouricuri... principalmente para a mulher é que não existe tratamento aqui... você faz seu exame e às vezes nem recebe” (*Mulher residente em área urbana de Ouricuri*).

Ao perguntarmos sobre o estoque permanente de medicamentos, a resposta foi unânime: faltam os principais medicamentos para o tratamento

das DST. Em oficinas educativas e palestras realizadas no âmbito de diferentes projetos do SOS Corpo, ouvimos com recorrência as mulheres dizerem que são orientadas para comprar os medicamentos nas farmácias privadas, deixando às vezes de comer para se tratar.

As notificações compulsórias de sífilis congênita e Aids, assim como das demais DST, são feitas em todos os municípios, com exceção do Cabo de Santo Agostinho, que notifica DST em apenas algumas unidades e que não notifica Aids porque, segundo a respondente, não realiza o tratamento da enfermidade no município, não podendo assim notificar. Mas, assim como nos demais municípios — com exceção de Limoeiro — a ocorrência de DST é registrada diariamente. Os casos não tratados nos municípios são referenciados para unidades da rede estadual de saúde, mas a representante do Recife informou que essa referência é informal.

De acordo com as normas do Ministério da Saúde, as DST devem ser notificadas. No caso da sífilis e da Aids, a notificação é compulsória, mas notificar essas enfermidades levaria os municípios a se responsabilizar pelos/as usuários/as do sistema. De acordo com os nossos dados, no entanto, muitos municípios não têm como diagnosticar essas doenças: faltam laboratórios e não há medicamentos para tratá-los/as. No caso da Aids, a notificação é feita a partir do diagnóstico das doenças oportunistas ou de exames que acusem CD4 abaixo de 350.¹ Esses são diagnósticos realizados pelo SUS em hospitais de referência, tendo como laboratório estadual o Laboratório Central de Pernambuco – Lacen. Nesse contexto, questionamos se municípios de atenção básica — como Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Ouricuri e Salgueiro — realmente fazem essa notificação e, se fazem, imaginamos que os serviços municipais de saúde não podem ser

¹ CD4 é o exame de contagem das células de CD4 formadoras do sistema de defesa do organismo, que tem em média 1.500 cópias dessa célula. Pelo consenso brasileiro, quando uma pessoa portadora do HIV tem suas taxas de CD4 abaixo de 350 cópias, essa pessoa passa a ser diagnosticada como estando com Aids.

resolutivos, já que todas as representantes desses municípios responderam negativamente à pergunta sobre a realização de sorologia de HIV.

No que se refere aos insumos necessários para a implementação ou implantação do tratamento de DST, há algumas diferenças entre os dois grupos de municípios. Naqueles de atenção plena, os insumos necessários são medicamentos, materiais educativos, preservativos e treinamento em abordagem “sindrômica” para os/as profissionais de saúde. Ou seja, há, nesses casos, estrutura física, equipamentos e equipe para o desenvolvimento das ações, faltando apenas elementos que qualifiquem o que já existe. Já nos municípios de atenção básica, faltam recursos humanos e estrutura física e organizacional para a realização das ações. Em Limoeiro, por exemplo, é necessário implantar e equipar o laboratório. Em Salgueiro, há que implantar a referência de laboratório e implementar a notificação com busca ativa de parceiros/as.

A prevenção também inclui fazer exames anti-HIV, oferecer orientações e ações educativas. Entre os municípios de gestão plena, com exceção de Camaragibe, todos têm ofertado esses serviços: ações educativas nos PSFs e Pacs e sorologia nos Coas ou Centros de Testagem Anônima – CTAs. No entanto, a maioria dos municípios de atenção básica não faz nem sorologia nem ação educativa. Já Ouricuri e Salgueiro, que são sedes de Dires, ou seja, municípios de referência regional — no momento em que foi realizada a pesquisa ainda não havia sido implantada a Norma Operacional de Assistência a Saúde, a Noas - que altera o modelo de referência entre municípios —, não fazem sequer os exames de laboratório para diagnóstico de DST.

A prevenção não pode ser planejada separadamente da assistência, se há o propósito de se garantir a integralidade nas ações de saúde. O treinamento de profissionais de saúde em abordagem “sindrômica” é, portanto, fundamental para o diagnóstico, da mesma forma que os medicamentos são fundamentais para o tratamento e as informações educativas e acesso aos preservativos são fundamentais para a prevenção.

5.2.3 Educação e Informação

A principal questão enfatizada na análise deste item é a importância das ações educativas como princípio para as ações de saúde da mulher e, em especial, para a prevenção. A ausência de trabalhos educativos com mulheres e homens reforça a consolidação do que chamamos dos “mitos e medos” para a prevenção. Pontuamos algumas questões que são apontadas pelas mulheres nos grupos focais e nas oficinas realizadas com elas:

- a) As desigualdades presentes nas relações de gênero levam a situações de clara subordinação das mulheres, nas quais muitas vezes os homens as proíbem de ir ao/à médico/a.
- b) Uma outra decorrência da subordinação de gênero está no fato de que os cuidados com a própria saúde perdem prioridade frente aos afazeres domésticos e aos cuidados com a família.
- c) O tratamento das DST freqüentemente requer um período de vários dias de abstinência sexual e nem sempre os homens colaboram com essa prescrição médica.
- d) Muitas vezes os homens também têm que ser tratados, mas nem sempre o fazem e, em boa parte dos casos, sequer são informados a respeito dessa necessidade.
- e) A violência, doméstica e sexual, agrava esses enfrentamentos cotidianos.
- f) Como decorrência das anteriores, os sentimentos de vergonha e medo se instituem e não se transformam.

Não obstante, os dados do diagnóstico indicaram que todos os municípios de atenção plena realizam aconselhamento na área de DST/Aids e, com exceção de Camaragibe, os homens também são convidados a

participar dessa atividade. Entre os municípios de atenção básica, apenas Limoeiro oferece esse serviço. À época do levantamento das informações, Jaboatão dos Guararapes estava implantando o serviço e, em Ouricuri, o aconselhamento ficava a critério do/a profissional. A mesma situação se repete com relação à realização de atividades educativas na comunidade, sendo que, nesse caso, Camaragibe também realiza esse tipo de ação. Os recursos audiovisuais para o desenvolvimento dessas atividades são variados e, com exceção de Limoeiro e Ouricuri, que não possuem materiais deste tipo, consistem basicamente de álbuns seriados, pêlvis de acrílico, pênis de borracha, preservativos masculino e feminino, aparelhos de videocassete, projetores de slides, retroprojetores e fitas de vídeo.

Já foi levantado anteriormente que a abordagem “sindrômica” é fundamental para a prevenção e o diagnóstico de doenças e vemos agora que os municípios informam que têm uma base de insumos e materiais para ação educativa. No entanto, se essas ações educativas não se relacionam com o efetivo funcionamento do diagnóstico, com referências para tratamentos e com medicamentos e insumos disponíveis, podemos questionar a eficácia do serviço em relação à prevenção e ao aconselhamento do atendimento ambulatorial ao trabalho das agentes comunitárias de saúde nos municípios.

Um campo delicado, que aparece na fala das mulheres que deram seus depoimentos em grupos focais, é a relação de confiança entre as mulheres e as agentes de saúde e enfermeiras, pois, ao mesmo tempo em que respeitam essa forma de atendimento dos serviços de saúde, as usuárias acham complicado falar de DST e prevenção com as agentes, já que se comenta a respeito de casos de “quebra de sigilo” por parte dessas profissionais de saúde. Grande parte das quais também mora na comunidade em que as mulheres residem, como vemos no diálogo a seguir:

Facilitadora: As agentes de saúde, como é que é aqui no Morro? Elas dão orientação pra vocês? Vocês gostam do trabalho delas aqui na área, como é que é?

Mulher: Eu, quer dizer, eu mesmo gosto, né? Eu não tenho o que dizer não, agora aí no posto mesmo, quando as meninas tão fazendo prevenção eu não faço, eu tenho vergonha porque elas são conhecidas, né? Aí eu tenho vergonha (...) (*Mulher residente no Recife*).

Esse é um ponto para ser valorizado e enfrentado através de formação profissional, sem esquecer que a questão da formação ou capacitação é reforçada pelo discurso das Agentes Comunitárias de Saúde que se queixam da multiplicidade de atividades educativas realizadas por elas e pelas quais nem sempre se sentem preparadas ou com capacitação adequada (Portella & Gouveia, 1999).

5.2.4 Equipe de Profissionais de Saúde

Na maior parte dos municípios, as ações de atenção à saúde da mulher são realizadas por clínicos gerais, ginecologistas e enfermeiras. As exceções ficam por conta de Caruaru — onde a informante disse que apenas enfermeiras fazem a assistência; Ouricuri — onde não há clínico geral; e Salgueiro, onde não há ginecologista. Com exceção de Olinda, onde houve capacitação de profissionais há dois meses, as equipes de saúde da mulher dos demais municípios de atenção plena passaram por essa capacitação nos últimos dois anos, sempre sob a orientação da Secretaria Estadual de Saúde. Entre os municípios de atenção básica, apenas as equipes de Jaboatão dos Guararapes foram capacitadas nos últimos doze meses e, ainda assim, só na área temática de DST e Aids. As representantes de Limoeiro e Ouricuri informaram que a última capacitação aconteceu há cerca de cinco anos e a de Salgueiro afirmou não ter havido neste município nenhuma capacitação em saúde da mulher.

Um dos problemas mais recorrentes, quando se discute recursos humanos para trabalhar no interior do Estado, é o valor dos salários e as condições de trabalho. Essa é uma tensão histórica que ainda não foi enfrentada pelos gestores de saúde, provocando um ciclo vicioso cuja conclusão está longe de ser vislumbrada. Profissionais de saúde que se

instalam em municípios distantes da capital, ao serem convidados para um outro que ofereça melhores condições salariais, aceitam a oferta imediatamente. E, caso tenha sido treinado/a para a função que estava exercendo, ele ou ela sai da unidade de saúde, levando consigo todo o investimento feito pelo serviço público municipal.

Por outro lado, independentemente da rotatividade das equipes de profissionais de saúde, a ausência de uma educação continuada é uma realidade e poucos são os municípios que têm um programa permanente de formação profissional. Uma outra situação é a dos profissionais de saúde que dividem seu tempo entre o serviço público e o privado. Diferenças de práticas nos dois espaços podem ser sentidas como descaso e falta de atenção pelas usuárias:

“Aqui tem uma médica de fora... ela tem a clínica dela. Fui me consultar lá no hospital e ela falou assim: ‘No meu consultório eu digo direitinho, agora, aqui no hospital eu não posso fazer direitinho’. Quer dizer, sendo particular ela pode fazer bem direitinho?” (*Mulher residente em área urbana de Ouricuri*).

5.3 Prevenção do Câncer de Colo de Útero

Nesse item, procuramos avaliar, nos serviços, a existência de ações diretamente voltadas para a prevenção assim como a sua adequação às normas e aos procedimentos usualmente aceitos e definidos pelo Ministério da Saúde. Analisamos, portanto, a existência e qualidade das ações educativas, a realização dos exames, os procedimentos de coleta, a entrega dos resultados, o seguimento dos casos, o uso das normas nos serviços e a existência de insumos e medicamentos.

Em todos os municípios, independentemente do tipo de gestão, os/as profissionais de saúde disseram que orientam as usuárias sobre os objetivos do exame. Apenas a representante do Recife informou que os/as profissionais de saúde não preenchem corretamente a requisição do exame citológico.

Com exceção de Ouricuri e Salgueiro, os demais municípios informaram fazer busca ativa para a mulher realizar o exame. Porém, de acordo com as representantes de Olinda, Recife, Limoeiro e Salgueiro, nestes municípios não há um sistema formalizado que permita identificar as usuárias e apenas as representantes dos municípios do Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Salgueiro afirmaram existir um sistema formal para a mulher procurar o seu município. No que se refere à quantificação de exames por usuária, a situação é ainda mais precária: apenas os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Caruaru informaram fazer esta quantificação.

Sem um sistema que identifique as usuárias e que visibilize o número de exames feitos por cada uma delas, as informações levantadas pelos serviços são apenas quantitativas, ou seja, uma única usuária pode ter feito mais de um exame anual. Portanto, não existe concretamente um controle sobre a real cobertura do exame citopatológico, sendo essa uma importante intervenção para o planejamento de ações.

5.3.1 A Coleta do Papanicolau

Nesse item, procuramos avaliar a existência da coleta do papanicolau nos serviços e se esta estava sendo realizada conforme estipulado pelas normas padronizadas pelo Ministério da Saúde.

Todas as representantes dos municípios informaram que fazem a coleta do papanicolau de acordo com essas normas, realizando a coleta dupla e registrando os dados em ficha clínico-ginecológica ou similar. No entanto, no processo de levantamento do diagnóstico dos serviços, houve dificuldades com o significado da expressão “coleta dupla”. Uma das informantes, por exemplo, confundiu o procedimento com a necessidade de refazer o exame. Mesmo que pensemos tratar-se de um caso isolado, ou de incompreensão com relação aos termos do questionário, o método da coleta dupla deveria ser um dos procedimentos mais conhecidos e incorporados à prática de profissionais que lidam com o tema da prevenção.

Com exceção de Salgueiro, todos os municípios utilizam-se de sistemas que visam fazer a colposcopia apenas em casos necessários. No Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Recife e Jaboatão dos Guararapes, o papanicolau é realizado por ginecologistas, acompanhados/as de enfermeiras e/ou auxiliares de enfermagem, os demais municípios não citaram a presença do/a ginecologista na realização do exame. Quanto aos insumos básicos para a realização do exame — fixador, escova, espêculo, espátula, lâminas e luvas —, essenciais para a qualidade das amostras, dois municípios, Camaragibe e Salgueiro, informaram não possuir todos eles.

A capacitação dos/as profissionais, no entanto, é precária: com exceção do Recife e de Olinda, onde os processos de formação aconteceram no ano anterior à realização da pesquisa, nos demais municípios isso se deu no período entre dois e cinco anos antes da pesquisa.

Em todos os grupos focais, com raras exceções individuais, atendentes, enfermeiras e médicos/as são avaliados/as negativamente. As principais queixas das mulheres referem-se à rapidez no atendimento e à falta de orientação quanto ao seu estado de saúde, mas também há referências à falta de privacidade durante o exame. Esta falta de privacidade tanto pode se referir ao momento da realização do exame — sala aberta ou com várias pacientes ao mesmo tempo, entrada e saída de pessoas, falta de isolamento acústico, etc. — como também pode estar ligada ao fato de a comunidade saber que ela foi fazer o exame, através de comentários dos/as profissionais de saúde, que podem incluir até mesmo o resultado de seus exames. As duas falas a seguir ilustram o que dissemos:

“Olhe... é muito péssimo o atendimento de Ouricuri... principalmente para a mulher é que não existe tratamento aqui... Você faz seu exame e às vezes nem recebe, tem que ir para Recife, às vezes é melhor nem saber que tem doença” (*Mulher residente em área rural de Ouricuri*).

"O médico também, Dr. Antônio, ele é bom, agora só que ele é um médico que não atende direito, porque fez quinze dias agora sexta-feira, marquei um exame com ele, ele não me escutou, não tirou minha pressão, não fez nada. Passei pra um médico, onde eu moro na Macaxeira, quando o rapaz tirou minha pressão, minha pressão baixa, minha pressão baixa, eu digo oxente, aí esse médico passou remédio, esse médico passou remédio aí eu tomei. Era para retornar sexta-feira, mas como, mas como o vereador que ganhou que foi ele que botou esse médico lá, né, na casa de uma, de uma moça que trabalha também com agente de saúde, aí ele, era pra eu retornar sexta, ele não veio. Vou retornar agora ou quarta ou sexta-feira, mas aí no Morro tá precisando agora só um médico só, pra atender... (...) A população todinha do Morro, porque só o Dr. Antônio, só tem ele de clínico, só tem ele, só tem a pediatra, dentista eu nem falo, eu nem falo. Às vezes aparece um dentista aí quando vê, o homem some, né? O homem some. Esse posto ele não era assim ele, era 2 médicos era, clínico toda vida só foi um, mas tinha 2 pediatras, né? Aí tá precisando melhorar esse posto" (*Mulher residente no Recife*).

A atitude das mulheres diante dessas dificuldades é a de desistência de fazer o exame ou de continuar com o processo de prevenção. Algumas tentam outras alternativas, procurando a rede privada ou a rede pública de outro município, mas não parecem ter sido bem-sucedidas. Há uma queixa generalizada de impotência diante da situação: não sabem como os serviços funcionam, não sabem onde denunciar os problemas nem a quem recorrer em busca de soluções. Há referências, nesse aspecto, ao poder da autoridade médica e da direção das unidades de saúde como elementos inibidores da ação das mulheres.

5.3.2 Os Resultados do Exame Preventivo

Em todas as discussões sobre a continuidade do processo da prevenção, o laboratório é o primeiro que apresenta problemas, sobretudo no interior, devido à demora na entrega dos resultados. Uma das justificativas é o fato do laboratório (Lacem) ser centralizado e se localizar no Recife. No entanto, nos grupos focais do Recife, também foram

detectados problemas de atraso na entrega dos resultados. Além disso, esse foi um dos itens mais citados pelas mulheres como problemático para elas. Sendo assim, procuramos saber como estava a qualidade em relação às normas e ao tempo de entrega dos resultados.

Com exceção de Salgueiro, cujo laboratório municipal esteve interditado durante o ano de 2002, todos os municípios informaram que têm a garantia de laboratório para a realização do exame. Quanto à entrega dos resultados, embora quase a metade dos municípios afirme que ela se efetua no prazo recomendado de trinta dias, as situações são diferenciadas. Camaragibe e Jaboatão dos Guararapes foram os únicos municípios cujas representantes afirmaram que o prazo de trinta dias é cumprido sem condicionantes. Em Caruaru, o prazo é cumprido através do agendamento da entrega. No Cabo de Santo Agostinho, esse prazo é respeitado quando o exame é realizado nas unidades de referência, mas estende-se para 45 dias quando ele se dá nos Postos de Saúde da Família. A representante do Recife referiu-se a constantes atrasos provocados pelo sistema de processamento dos dados. As representantes de Olinda, Limoeiro, Ouricuri e Salgueiro informaram que o prazo de trinta dias não é cumprido.

A despeito dessas dificuldades, em todos os municípios, as usuárias são orientadas sobre o prazo de validade do exame, de modo a garantir que, mesmo em caso de atraso na entrega, não desista de buscar o resultado por acreditar que este já não tem validade. De acordo com nossas informantes, essa orientação é dada por médicos/as generalistas e ginecologistas, enfermeiras e agentes de saúde — com exceção de Ouricuri, onde os/as médicos/as não realizam essa ação.

Entre as mulheres, no entanto, a percepção é diferenciada. Ao falar especificamente da prevenção do câncer de colo de útero, o tema do “atraso na entrega dos exames” aparece de modo expressivo em Ouricuri, mas não no Recife. Algumas mulheres fizeram referência à idéia de que “se a entrega do exame demora muito, isso indica que o resultado foi negativo”. É uma

idéia tranquilizadora, mas raramente verdadeira, especialmente porque essa demora pode ser resultante do funcionamento inadequado dos serviços.

Mas, também nesse ponto, repete-se a imensa lista de problemas que atestam a má qualidade do atendimento percebida como dificuldade para que as mulheres realizem a prevenção. Dificuldades de acesso, horários incompatíveis com a agenda das mulheres, questionamento da competência dos/as profissionais de saúde e dos laboratórios locais, falta de privacidade no atendimento, falta de medicamentos são alguns dos problemas indicados pelas mulheres em todos os grupos. Muitas mulheres caracterizaram assim a dificuldade de acesso: leva-se um dia para fazer a consulta médica, um dia para marcar o exame, um dia para fazer o exame e quatro meses para receber o resultado. Considerando o contexto e o cotidiano dessas mulheres, com a sobrecarga de tarefas e responsabilidades, é perfeitamente compreensível que não procurem fazer o preventivo. Abaixo, a fala de uma das mulheres ouvida mostra suas dificuldades:

"Eu fui fazer da segunda vez e não consegui, dei três viagens aqui e não consegui, a primeira vez eu fiz, mas não tive o resultado. Vim pro médico pra ele me dar o resultado mas nunca consegui, estou com a ficha lá, mas não tive o resultado" (*Mulher residente em área rural de Ouricuri*).

"Esse exame fui buscar umas dez vezes, não tava, não tinha chegado, esse exame, aí eu deixei pra lá (*Mulher residente no Recife*).

Aliás, os horários e modo de funcionamento dos serviços de saúde representam um bom exemplo de como os padrões de gênero informam as instituições. Esse horário, às vezes menor que o comercial, é adequado apenas às mulheres que não trabalham fora de casa e que têm recursos para serem substituídas em casa quando vão ao/a médico/a. Adequa-se ainda àquelas mulheres que estão no mercado formal de trabalho e que, portanto, têm direito à dispensa para tratar da saúde. Estão excluídas desse tipo de organização as mulheres muito pobres, que não têm com quem

deixar os filhos e suas tarefas domésticas, e as mulheres que estão fora do mercado formal e que, por isso, deixam de ganhar dinheiro a cada dia que usam para ir ao serviço. O caso das trabalhadoras rurais é ainda mais complexo porque, além de residirem em lugares distantes das sedes dos municípios, elas dependem de certas condições naturais para o exercício de suas atividades, condições que apenas se repetem anualmente.

Os/as gestores/as de todos os municípios informaram que realizam a busca ativa de casos positivos. Essa é uma ação realizada prioritariamente pelas enfermeiras, apenas em Olinda a busca ativa é feita pela assistente social e pela agente de saúde. Apesar de afirmarem que realizam a busca ativa, três municípios disseram que não há garantia de acompanhamento dos casos positivos. É o caso do município de Olinda, entre os de atenção plena, e, entre os municípios de atenção básica, os de Jaboatão dos Guararapes e Ouricuri. Ao menos com relação a esses três municípios cabe um questionamento: qual o sentido de ir atrás das mulheres com resultado positivo se não há garantia real de acompanhamento desses casos? Num contexto de insuficiência de recursos financeiros e humanos, essa ação perde o seu sentido maior, que é fazer o seguimento e garantir o tratamento de todas as mulheres dele que necessitam.

5.3.3A Cobertura dos Exames em Relação à População de Usuárias

No que se refere ao número mensal de exames preventivos realizados no município, é possível observar uma discrepância importante entre as informações fornecidas pelas pessoas entrevistadas para a pesquisa e aquelas oferecidas pelo Ministério da Saúde, como se pode ver na Tabela 7, o que revela mais uma vez as deficiências dos sistemas de informação da rede pública de saúde.

Por essa Tabela, vemos que, com exceção dos municípios do Cabo de Santo Agostinho e do Recife, ambos de atenção plena, e Limoeiro, de atenção básica, todos os outros municípios realizaram um número de exames muito

abaixo do que seria necessário para a cobertura de sua população feminina. Os dados fornecidos pelas informantes de Camaragibe e Ouricuri se aproximam ou atingem a meta dos seus municípios, mas não se confirmam na sua realização. As informações de Olinda e Jaboatão dos Guararapes são condizentes com os dados do MS sobre os exames realizados, no entanto nesses municípios a necessidade de exames é cerca de quatro vezes maior do que o efetivamente realizado.

Tabela 7 Exames/Mês Preventivos do Câncer de Colo Uterino, 2001

	Município	Estimados pelo MS*	Realizados (MS)**	Realizados (Informantes do diagnóstico)
Atenção Plena	Cabo	894	1.185	1800
	Camaragibe	801	324	950 a 1020
	Caruaru	1527	1.362	3500
	Olinda	2400	643	800
Atenção Básica	Recife	9328	13.768	11000
	Jaboatão	3695	945	500
	Limoeiro	330	343	490
	Ouricuri	277	-	200
	Salgueiro	284	2	60 a 70

* Estimado com 80% das mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos (Datusus/2000), dividido por três (periodicidade trienal) e dividido por doze para se obter média mensal.

** Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, média mensal de 2001.

Os casos do Recife e do Cabo de Santo Agostinho são os únicos que ultrapassam a cota estimada, o que pode significar repetição de exames de uma mesma usuária ou resposta a demandas de usuárias de outros municípios. Se olharmos os dados de municípios de Camaragibe e Jaboatão dos Guararapes, ambos localizados na Região Metropolitana do Recife e que não realizam a quantidade de exames necessários para a cobertura de sua população, podemos pensar que essa demanda ou não está sendo satisfeita ou está se direcionando para outros setores dos serviços.

Uma situação peculiar é a dos municípios de Ouricuri e Salgueiro. No caso de Ouricuri, que informou a realização de 200 exames mensais — número próximo do necessário para sua cobertura —, os dados do Ministério da Saúde são inexistentes. No caso de Salgueiro, os dados do Ministério são também muito aquém do informado e do necessário. Temos duas hipóteses para explicar essa situação: os municípios não estão realmente realizando os exames e deixando sua população descoberta ou não estão acessando os recursos do Ministério, o que demonstra baixo grau de planejamento.

5.4 Normas Técnicas

Todos os municípios, com exceção de Ouricuri no que se refere à divulgação, aplicação e manuseio nos serviços, afirmaram utilizar as normas técnicas do Ministério da Saúde. No entanto, dentro de cada município, há muitas situações de exceção. Avaliaremos aqui somente as normas relativas ao PCCU, à assistência às DST/Aids e à prevenção de câncer de mama. Camaragibe relatou não utilizar as normas técnicas da prevenção do câncer de colo de útero. As normas referentes à assistência às DST/Aids são utilizadas de modo incipiente em Camaragibe e no Recife. Ouricuri disse não utilizar as normas relativas à prevenção do câncer de mama.

Apesar de utilizarem pouco as normas, todos os municípios — com exceção de Ouricuri — informaram fazer a divulgação, a aplicação e o manuseio destas nos serviços de saúde, através de cursos de capacitação, manuais, rotinas de atendimento, reuniões, cartazes, palestras, oficinas, materiais informativos e treinamentos. Entre os municípios de gestão plena, com exceção de Olinda, todos os demais afirmaram que as normas de prevenção do câncer cérvico-uterino são manuseadas nos serviços. Nos municípios de atenção básica, a situação é mais precária. Apenas em Limoeiro as normas sobre prevenção do câncer de colo uterino são manuseadas.

As informações referentes a utilização e manuseio das normas nos serviços nos parecem bastante contraditórias, já que existem municípios que as utilizam, mas não as manuseiam, caso de Olinda, e há municípios que manuseiam as normas, mas não as utilizam, caso de Camaragibe. Tendo em vista as respostas de Caruaru e Salgueiro que indicaram fazer a divulgação, a aplicação e o manuseio das normas, através de visitas domiciliares e reuniões na comunidade, essas contradições podem revelar uma incompreensão por parte dos informantes da pesquisa quanto ao conteúdo da questão, já que as normas são divulgadas e aplicadas no serviço e não na comunidade.

De qualquer forma, a incompreensão do que significa aplicação e manuseio das normas nos serviços parece apontar para a ausência dessa prática na maioria dos municípios. Se levarmos em consideração que o manuseio das normas nos serviços é uma forma de aprendizagem e capacitação dos profissionais de saúde nas etapas da prevenção, a ausência dessa prática — aliada à ausência de capacitações dos profissionais — traz uma indagação sobre a qualidade e a eficácia das ações de prevenção realizadas pelos serviços municipais.

5.5 Insumos Básicos e Equipamentos

Todos os municípios informaram que as farmácias das unidades de saúde não possuem medicamentos suficientes para o atendimento às demandas das mulheres e adolescentes. De maneira geral, faltam todos os medicamentos básicos² para tratamento de DST, antibióticos e cremes vaginais. A despeito disso, todos os municípios, com exceção de Ouricuri, afirmaram que as farmácias das unidades de saúde fazem previsão periódica de medicamentos, mas esta não é atendida pelo almoxarifado, nem na quantidade nem nas espécies solicitadas. Quanto aos insumos

² Os mais citados foram: metronidazol, ampicilina, doxiciclina, probenecida, nistatina, eritromicina, penicilina, benzatina, benzil, anfotericina B, tetraciclina, benzetacil, sulfato ferroso, cetoconazol, fluconazol e sulfametoxol.

para os diversos tipos de assistência, apenas Salgueiro informou não possuir nenhum. Os demais municípios apresentaram as seguintes informações sobre essa questão. (Tabela 8)

Tabela 8 Existência de Insumos Básicos para a Assistência à Saúde em Áreas Específicas

Município	PCCU	PCM	Pgs	DST
Cabo	Sim	Sim	Não	Não
Camaragibe	Sim	Sim	Não	Não
Caruaru	Sim	Sim	Sim	Sim
Olinda	Não	Não	Não	Não
Recife	Sim	Sim	Não	Não
Jaboatão	Sim	Sim	Sim	Sim
Limoeiro	Sim	Sim	Não	Não
Ouricuri	Não	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda PCCU=Prevenção do Câncer de Colo de Útero; PCM=Prevenção do Câncer de Mama; Pgs=Patologias Ginecológicas; DST=Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A partir dessa tabela, observamos que os insumos para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama estão presentes em seis municípios. Por outro lado, Jaboatão dos Guararapes e Caruaru são os municípios que disseram possuir insumos para todas as quatro ações de assistência à saúde da mulher analisadas neste texto, sendo os únicos que possuem insumos para as patologias ginecológicas e DST.

Em relação aos equipamentos mínimos,³ necessários para as ações de saúde da mulher, apenas Cabo de Santo Agostinho, Recife, Jaboatão dos Guararapes e Limoeiro disseram possuir todos eles. Nesse aspecto, Salgueiro apresenta a situação mais precária —, só possui fita métrica e mesa ginecológica — seguido por Olinda, onde faltam aparelhos de pressão, fita métrica, mocho, escadinha e balança. Faltam biombos em Camaragibe, Caruaru e Ouricuri e, nestes dois últimos municípios faltam ainda,

³ São eles: estetoscópio, aparelho de pressão, fita métrica, mesa ginecológica, mocho, escadinha, foco de luz, espêculos de vários tamanhos, pinças variadas, biombo, balança para pesar adulto e termômetro.

respectivamente, pinças e mochos. Apesar da precariedade da situação, nos municípios onde há equipamentos, estes estão em boas condições de uso. As exceções são os municípios de Ouricuri e Salgueiro onde os pouquíssimos equipamentos existentes não estão em boas condições de uso. Apenas Caruaru, Olinda e Limoeiro fazem manutenção preventiva dos equipamentos.

A falta de medicamentos é, sem dúvida, uma das grandes unanimidades em todas as discussões e avaliações realizadas nos serviços de saúde públicos, seja por parte dos gestores e profissionais de saúde, seja por parte das usuárias. Considerando que as doenças sexualmente transmissíveis recorrentes e não tratadas podem ser precursoras do câncer de colo de útero e considerando também o baixo poder aquisitivo da grande maioria das usuárias dos serviços, a ausência sistemática de medicamentos é um dos fatores de vulnerabilidade dessas mulheres.

Do lado dos serviços, podemos questionar as consequências da ausência de equipamentos para as condições de trabalho do/a profissional e para a assistência e o atendimento às mulheres. Como é possível realizar os exames e as consultas se faltam boa parte dos equipamentos que garantem a qualidade e a privacidade dessas ações?

5.6 Critérios de Resolubilidade: Sistemas de Referência e Contra-referência, Apoio ao Diagnóstico e Controle Social

Os municípios de Recife, Olinda, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Ouricuri não possuem sistemas de referência e contra-referência formalizados para o atendimento de casos encaminhados pelos serviços. No Cabo de Santo Agostinho, os casos que podem ser tratados no município são encaminhados para os Centros de Referência em Saúde da Mulher, os que não podem ser tratados localmente são encaminhados para os serviços públicos estaduais ou federais localizados no Recife, de maneira informal. Da mesma forma, em Caruaru, as referências são a Policlínica e o pronto

atendimento de ginecologia, mas se houver necessidade de encaminhamento para fora do município, isso é feito de modo informal e a definição da unidade de referência caberá ao profissional que atendeu a mulher. Em Limoeiro, as referências são o Centro de Saúde Inacinha Duarte e o Hospital Regional José Fernandes Salsa. Em Salgueiro, os PSFs e o Centro de Saúde são as unidades de referência.

Com exceção de Salgueiro, em todos os municípios há laboratórios e outros serviços da rede pública que dão suporte aos exames solicitados. Mas apenas em Caruaru e Olinda os almoxarifados centrais das Secretarias mantêm o estoque necessário para o atendimento nas unidades de saúde.

Todo o arcabouço do SUS é baseado numa descentralização de ações, partindo do nível municipal com ações de atenção básica até os níveis de complexidade maiores. Essa descentralização possui uma lógica que não é facilmente entendida pelo/a usuário/a do sistema, pois ele/a pode necessitar de um tratamento que começa no município e termina em outro município de referência para aquele mesmo tratamento. O sistema público de saúde ainda não conseguiu formalizar toda essa teia de encaminhamentos — os sistemas de referência e contra-referência que são, na maioria das vezes, informais e ficam a critério da rede de relações dos/as profissionais de saúde. No caso da prevenção de câncer de colo de útero, que é formada por vários circuitos ou etapas, o chamado ciclo da prevenção, a fragilidade desse sistema torna-se um impedimento às vezes intransponível para as mulheres que necessitam de tratamentos mais complexos.

Histórias de mulheres que peregrinam pelos serviços em busca de atendimento são tão constantes que correm o risco de se tornarem banais. Quando essa peregrinação é acompanhada pelo fantasma do risco de câncer, ela se torna cruel e desanimadora para muitas dessas mulheres. Serviços com portas de entrada específicas e de fácil acesso tornam-se necessidades não apenas organizacionais, mas, sobretudo, de qualidade de atendimento para as usuárias.

CONCLUSÕES

A demanda por ações de prevenção do câncer de colo uterino é uma luta antiga do movimento de mulheres, que tem trazido avanços na implantação de políticas. Além disso, essa demanda tem atuado na transformação da percepção das mulheres sobre a importância de se fazer a prevenção, levando-as a uma mudança de atitude para com relação à realização do exame papanicolau e também à exigência de seus direitos junto aos serviços de saúde.

O medo e a vergonha continuam sendo os principais impedimentos de ordem subjetiva para que as mulheres procurem os serviços para cuidarem da sua própria saúde. Medo e vergonha são motivos que já apareceram em resultados de nossas oficinas de ação educativa ao longo dos últimos vinte anos. A vergonha tem raízes culturais profundas, que revelam os muitos receios ligados ao corpo feminino e é uma expressão do controle masculino sobre as mulheres. Entre as mulheres, o medo é explicitado de duas maneiras: medo da realização do próprio exame ginecológico, da situação e do que pode acontecer durante o exame; e medo de que alguma doença

seja revelada através do exame, o que podemos associar ao medo da morte, e também às dificuldades de acesso ao tratamento, a respeito do que as mulheres têm uma visão bastante rigorosa, como podemos ver nesta fala de uma mulher residente em área rural de Ouricuri:

“Tenho medo de dar alguma coisa, acusar coisa pior e não tenho meio de me tratar, aí a gente fica nervosa, vai enlouquecer com o nervoso, aqui não tem nada, tem que ir pra Recife e não tenho onde cair morta.”

Essa fala é reveladora, também, de um claro sentimento de desânimo, associado à idéia de que a prevenção é um esforço desnecessário, pois, caso se detecte alguma enfermidade, não há tratamento disponível nos municípios. Não há medicamentos em quantidade e com especificidade para as diversas DST, é comum ser indicado para as mulheres um único remédio: “o que tem na farmácia”. E se o tratamento necessita de uma intervenção, mesmo sendo no nível de atenção primária, é comum que esta não seja oferecida, precisando assim que a mulher se desloque para um serviço de maior complexidade, lembrando que esse encaminhamento quase sempre é feito sem uma referência adequada.

E é aí que se funda um dos maiores entraves para a prevenção. Em muitas situações, as mulheres são capazes de superar o medo e a vergonha e, diante deles, agem individualmente ou impulsionadas, muitas vezes, por um incentivo coletivo, conseguindo vencer essas barreiras para fazer o seu exame preventivo. Mas a resposta que elas recebem dos serviços de saúde é a espera, a frustração e uma ausência de garantias de que podem ser tratadas e de que suas vidas estão seguras.

Como é sabido, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Paism, não está integralmente implantado. Além disso, há graves deficiências na atenção primária na maioria das cidades brasileiras e, sobretudo, nos municípios do interior. De fato, estamos diante de uma lógica perversa na qual há uma relação direta entre a pouca estruturação

dos serviços de saúde, a existência de baixos Índices de Desenvolvimento Humano – IDHs, e renda *per capita* e de redução da expectativa de vida, ou seja, os serviços de saúde são mais precários onde eles se fazem mais necessários. Podemos dizer ainda que há muitas outras faltas que colaboram para o quadro que descrevemos: falta informação entre os níveis de gestão, falta formação profissional, falta utilização das normas técnicas, falta eficácia no sistema de informação, faltam medicamentos, falta descentralização para tratamento, falta compromisso com a vida das mulheres.

Foi diante desse cenário que o Governo Federal propôs duas campanhas de prevenção do câncer de colo uterino em 1998 e 2002.

Acompanhar o cotidiano da campanha de prevenção do câncer de colo uterino do Ministério da Saúde, em 1998, foi um misto entre acreditar na promessa de que, diante de um serviço inoperante, a campanha pressionaria para haver organização, formação e compromisso com a prevenção, instituindo-a como rotina e, ao mesmo tempo, duvidar de que essa seria a melhor estratégia, principalmente para quem defende uma lógica de saúde pública mais integralizada e resoluta e acredita que as campanhas, muitas vezes, servem apenas de trampolim eleitoral. O que vimos nesses três anos é que a primeira crença não se concretizou, apesar da campanha ter sido considerada exitosa, chegando aos mais longínquos recantos do País, com um grande percentual de mulheres dando seguimento da coleta ao tratamento e elevando o número de atendimentos.

Mas ainda é grande o percentual das que nunca fizeram o exame e, de acordo com as ações realizadas nos últimos anos, pode-se dizer que, no Ministério da Saúde, deve-se acreditar que a melhor forma de atingi-las é através de campanhas. Os/as gestores/as participantes da Comissão Tripartite (secretarias municipais e estaduais e Ministério da Saúde) aprovam essa idéia. E nós nos perguntamos: até quando vamos conviver com políticas ineficazes que constroem as mulheres usuárias, põem vidas em risco, não estruturam o serviço de saúde, prejudicam o trabalho dos/as

profissionais de saúde comprometidos/as com a saúde pública e assoberbam as agentes de saúde numa incansável busca ativa de mulheres que já estão cansadas de não terem respostas mais eficazes?.

Diante disso, apresentamos um conjunto de propostas e sugestões que podem servir de base para a discussão a respeito da melhoria na oferta e qualidade dos serviços e do trabalho educativo com mulheres no sentido de ampliar sua autonomia em relação aos cuidados com sua saúde.

RECOMENDAÇÕES

7.1 Dirigidas ao Governo

- a) Exigir a referência e a contra-referência para toda a assistência.
- b) Agilizar o acesso a consultas e exames especializados, levando em conta as especificidades do contexto de mulheres urbanas e rurais.
- c) Dar mais qualidade ao atendimento profissional/paciente, garantindo um tratamento humanitário e acolhedor e informações claras e precisas a respeito do estado de saúde da mulher e do processo de assistência.
- d) Gestores/as das unidades devem garantir junto à comunidade um processo permanente de informações a respeito do funcionamento dos serviços, dos canais de participação de usuários/as e das possibilidades de ação de usuários/as para garantir seus direitos.

- e) Controle rígido da qualidade do atendimento e dos exames e disseminação das informações a respeito disso, de modo a evitar o surgimento de “fantasias” que possam desmotivar as mulheres para a busca da prevenção.
- f) Estabelecer processo contínuo de disseminação de informações que esclareçam as diferenças entre o preventivo e outros exames e as razões para eventual demora na entrega dos resultados.
- g) Garantir tratamento eficaz para qualquer enfermidade identificada pelo exame, ampliando a oferta de medicamentos nas farmácias e construindo as referências e contra-referências necessárias.
- h) Realizar sistematicamente ações educativas e assistenciais especificamente para os homens, garantindo a distribuição gratuita de medicamentos e de preservativos.
- i) Avaliar rigorosamente as condições de realização dos exames — em campanhas e de rotina —, verificando se estão garantidos a privacidade e o atendimento humanizado.
- j) Ampliar e qualificar as fontes de informação a respeito da importância das ações de prevenção, realizando capacitação especialmente com as agentes comunitárias de saúde.
- k) Avaliar os conteúdos e as técnicas utilizadas nas palestras educativas.
- l) Implantar mecanismos de participação das mulheres nos serviços e levar em consideração suas críticas e sugestões.

- m) Recuperar as conclusões das avaliações de campanhas anteriores e verificar em que medida os problemas foram corrigidos e sugestões absorvidas.

7.2 Dirigidas à Sociedade Civil

- a) Continuar investigando em relatórios de pesquisa e de oficinas educativas sobre o medo e a vergonha das mulheres com relação ao corpo, à sexualidade, à reprodução e à saúde.
- b) Buscar subsídios nas mesmas fontes, mas também em textos teóricos, sobre relações de gênero em contextos de pobreza urbana e rural, chamando a atenção para o papel dos companheiros no controle e na condução do comportamento das mulheres.
- c) Avaliar, entre os/as profissionais de saúde da comunidade, o quanto eles/as, de fato, acreditam nas práticas preventivas e em que medida ainda disseminam mais fortemente o discurso curativo. A depender desse resultado, enfatizar os aspectos preventivos na capacitação de profissionais.
- d) Aprofundar o conhecimento sobre a organização dos serviços atendendo às especificidades dos contextos das mulheres, especialmente no que se refere aos horários de atendimento e no que toca à agilidade na marcação de consultas, nos exames e na entrega de resultados.
- e) Exigir a garantia de transporte ou atendimento direto às mulheres nas comunidades rurais.

- f) Buscar subsídios em pesquisas e textos teóricos sobre gênero e organização de serviços de saúde.
- g) Fortalecer as organizações autônomas de mulheres e favorecer a ampliação das suas parcerias.
- h) Fazer interlocução com o Ministério da Saúde com o movimento de mulheres e a Rede Saúde e com os grupos de mulheres das comunidades para o monitoramento da próxima campanha.

BIBLIOGRAFIA

1. SOUZA, Enaide Teixeira de; PORTELLA, Ana Paula; LIMA, Maria Luiza Carvalho de . **Avaliação da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) nos Municípios. Estudos de Caso nos Municípios de Recife e Cabo de Santo Agostinho:** Relatório de Pesquisa._Recife:SOS Corpo – “Gênero e Cidadania, 2001.
2. FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL – FIDEM. Perfil municipal. Recife: FIDEM, 2001.
3. Richard J. C. Gilson; MINDEL, Adrian. Infecções Sexualmente Transmissíveis. **British Medical Journal**. Edição em Língua Portuguesa. V.11, n. 7, julho 2002. Revisão Clínica. Capturado em: <www.bmj-pt.com/jul02/revisao/revisao1.htm>. Acesso em: 13/11/02.
4. ISLA, Valeria. El câncer que no debe matar. In: **AGENDA SALUD**. Santiago: Isis Internacional, n.25, jan-mar. 2002.
5. PORTELLA, Ana Paula; GOUVEIA, Taciana. **Políticas Sociais de**

- Saúde: Uma Questão de Gênero? O Caso das Agentes Comunitárias de Saúde do Município de Camaragibe/PE.** Recife: SOS Corpo – Gênero e Cidadania,1999.
6. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **A Cura Não está na Prevenção.** Recife: SES, 2002.
 7. Capturado em www.inca.org.br/cancer/utero/ e www.inca.org.br/cancer/mama
 8. SOS Corpo – Gênero e Cidadania/GT Prevenção. **Atualização da Padronização de Normas e Procedimentos para a Prevenção do Câncer de Colo Uterino no Estado de Pernambuco.** Recife: SOS CORPO –Gênero e Cidadania/GT Prevenção,1997.
 9. VITRAL, Beatriz Guerra. **Projeto treinamento de profissionais de saúde do SUS na assistência aos portadores de DST/HIV e seus parceiros sexuais na rede básica de saúde.** Petrópolis: Fundação Octacílio Gualberto/Faculdade de Medicina de Petrópolis, 1996. Capturado em: www.aids.gov.br/assistencia/link191.htm . Acesso em: 13/11/02.

SOBRE AS AUTORAS

Ana Paula Portella é psicóloga e Coordenadora de Pesquisas do SOS CORPO. É autora e co-autora de diversos artigos e materiais educativos sobre os temas de gênero, sexualidade, direitos reprodutivos e violência contra as mulheres.

Enaide Maria Teixeira de Souza é educadora e ativista do SOS CORPO.

Solange Rocha é jornalista, Coordenadora de Programas do SOS CORPO, Coordenadora do GT Prevenção e fez parte da Equipe de Coordenação da Campanha “Quem faz sexo faz prevenção”, no período de 1993 a 1996.

Formato	18,5 x 24 cm
Tipo principal	Berkeley Book 12/18
Tipo secundário	Gill Sans Light
Papel	Cartão Supremo 250 g/m ² (capa) Offset 90 g/m ² (miolo)
Número de páginas	66
Tiragem	1500
Fotolito, impressão e acabamento	Polycromia do Nordeste
Finalização	Dezembro de 2002

