



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em gestão.

SAÚDE EM DIÁLOGOS: RODA DE CONVERSA SOBRE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO JUNTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA.

Viviane Aparecida Siqueira Lopes¹

Flávia da Silva Vieira²

Clarissa Louise Mendes³

Resumo: Este artigo apresenta relato de experiência referente ao desenvolvimento de ação de educação em saúde junto a mulheres em situação de pobreza, usuárias dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), visando à reflexão sobre perspectivas e limites para a efetivação da referida prevenção. Foram sinalizados limites no processo de prevenção, em especial, de ordem cultural e organizacional.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero; Educação em saúde; Pobreza; Sistema Único de Saúde.

Abstract: This paper presents experience report about the development of health education action among women living in poverty who use the Social Assistance Referral Centers (CRAS), aiming at the reflection-clarification-debates about perspectives and limits for the implementation of this prevention. Pointed to the limits of the prevention process, especially in cultural and organizational terms.

Keywords: Cervical neoplasms; Health education; Poverty; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero constitui situação sanitária relevante por sua alta incidência a nível mundial e nacional, sendo fortemente relacionada à presença de pobreza e/ou vulnerabilidade social. Seus indicadores de morbidade e mortalidade são bastante sensíveis aos níveis de desenvolvimento econômico de países e regiões. Assim, são fortemente condicionados por condições econômicas, sociais, culturais e organizacionais.

Esta perspectiva foi reconhecida por revisão de literatura sobre acesso aos serviços de saúde para controle do câncer de colo de útero (LOPES; RIBEIRO, 2018/mar), sendo registrado que, nos últimos anos, ocorreu ampliação

¹ Professor com formação em outras áreas. Universidade Federal Fluminense. E-mail:<vivianeviviane@uol.com.br>.

² Estudante de Graduação. Universidade Federal Fluminense. E-mail:<vivianeviviane@uol.com.br>.

³ Estudante de Graduação. Universidade Federal Fluminense. E-mail:<vivianeviviane@uol.com.br>.

de cobertura de exame preventivo do câncer de colo de útero junto a segmentos vulneráveis ou que vinham apresentando baixa adesão ao exame preventivo, como mulheres solteiras, negras e de baixo nível de escolaridade. Mas ainda há estudos que sinalizam a presença de altas taxas de não-realização deste exame e de grande número de casos de câncer de colo de útero com estadiamento avançado, o que também remete à não-realização do exame Papanicolau com vistas à detecção precoce.

Também, em pesquisa sobre o acesso aos serviços de saúde e satisfação das usuárias com a atenção oncológica referente ao câncer de colo de útero no município de Campos dos Goytacazes/RJ, foi reconhecida a presença de mulheres que realizaram apenas um exame Papanicolau na vida e/ou apresentaram intervalo maior que 20 anos entre os dois últimos preventivos, sendo justificado por limites de âmbito socioeconômico, subjetivo-cultural e organizacional (LOPES, 2018). Esta perspectiva é corroborada por Lopes e Ribeiro (2018/mar.), ao afirmarem que o 'exame preventivo' é de conhecimento da grande maioria das mulheres, embora parte delas não o realize; e que sua realização é condicionada pela presença de barreiras organizacionais e desigualdades sociais, econômicas, culturais e raciais, havendo predomínio de rastreamento oportunístico. Este condicionamento é reforçado por Lopes (2018), pois as mulheres diagnosticadas com CCU participantes da pesquisa, “possuíam renda classificada por Kamukura e Mazzon (2016) como vulnerável, pobre ou baixa classe média”. (LOPES, 2018, p. 76).

O câncer de colo de útero é:

“caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos).” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018)

Em termos mundiais ocorrem, aproximadamente, 530 mil novos casos de câncer de colo de útero por ano, sendo a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres e responsável por 265 mil óbitos por ano (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). No Brasil, em 2014, o número de óbitos foi de 5.448 mortes. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014). Para o biênio 2018-2019 são esperados 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição na taxa de incidência entre todos os tipos de cânceres. As estatísticas apontam sua maior incidência e mortalidade diante das mulheres negras e maior sobrevida em mulheres brancas. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018a).

No Brasil, sua incidência apresenta-se diversificada entre as regiões brasileiras, ocupando entre primeira e quarta posição entre os cânceres. Na região Sudeste, na qual se localiza o município no qual este projeto será desenvolvido, este tipo de câncer é o quarto mais incidente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018a).

A origem do câncer de colo de útero está associada, especialmente, à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), de transmissão sexual, pois os subtipos oncogênicos deste vírus – o HPV-16 e o HPV-18 – são responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018 b). No entanto, outros aspectos são associados ao desenvolvimento do câncer cervical, sendo: início de atividade sexual com pouca idade, pois aumenta a exposição ao risco de infecção por HPV; presença de imunossupressão; multiparidade (ter muitos filhos); tabagismo; uso prolongado de contraceptivos orais; história de infecção sexualmente transmissível (IST); e, baixa escolaridade e renda (ANJOS et.al., 2010).

Seu controle envolve uma linha de cuidado iniciada na atenção básica, perpassando a média complexidade e alcançando a alta complexidade, como previsto na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) e descrita em Brasil (2013) e INCA (2018c; 2012). A linha de cuidado ao CCU é iniciada com ações de promoção à saúde, transversais aos vários níveis de atenção à

saúde; seu segundo momento diz respeito à prevenção primária e secundária, com a vacinação contra HPV, as consultas ginecológicas e realização de exame Papanicolaou; o terceiro momento condiz com o diagnóstico, realização de citologias, colposcopias e biópsias; o quarto momento é o tratamento, envolvendo procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia; o quinto momento, refere-se à reabilitação, realizada após o tratamento, por equipe com capacitação na área oncológica; e, o sexto momento condiz com os cuidados paliativos, que entre outras ações, envolvem radioterapia anti-hemorrágica e uso de medicamentos para controle da dor. (INCA, 2018c; INCA, 2016).

As prevenções primária e secundária são neste trabalho enfatizadas. A primária é realizada pela vacina contra HPV, como acima mencionado, e pelo uso de preservativos. A secundária é realizada através do exame Papanicolaou, que possui como público-alvo mulheres de 25 a 64 anos, devendo ser realizado anualmente. Mas este intervalo de repetição poderá ser expandido para cada três anos, nos casos de dois ou três exames normais consecutivos (INCA, 2016).

A baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero, segundo Brasil (2016), está relacionada à dificuldade de acesso e acolhimento, seja pela rigidez na agenda das equipes, ou ainda por não acolher singularidades. Assim,

“[...] mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço”. (BRASIL, 2016, p. 173)

Nessa perspectiva, ainda segundo Brasil (2016, p. 173), “estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, sendo este a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras”. Desse modo, o debate sobre a prevenção desta enfermidade, em especial junto a segmentos vulneráveis, torna-se relevante.

Diante do exposto, as ações educativas foram desenvolvidas a partir do reconhecimento da vulnerabilidade social e pobreza presente no cotidiano das mulheres participantes das rodas de conversa, buscando, pela vivência conjunta e troca de experiências, a reelaboração de conhecimentos e a promoção de ações de prevenção ao câncer de colo de útero. Portanto, este trabalho adotou a concepção dialógica de educação em saúde.

Segundo Maciel (2009, p. 774), “durante séculos o método de educação empregado era a mera transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica”, partia-se do pressuposto que a mente do educando era como um recipiente onde seriam depositados conhecimentos que deveriam ser decorados. Ao transpor para o setor saúde, esta perspectiva se assemelha com a educação e saúde realizada de forma tradicional. Nesta, são transmitidas informações, de modo prescritivo, para evitar doenças, sem questionamentos sobre os limites e possibilidades que condicionam a incorporação de tais conteúdos pelos indivíduos. Fatores sociais, culturais e econômicos não são considerados, ficando os indivíduos culpados, de modo individual, pela não-aplicabilidade das orientações e conhecimentos recebidos. Nessa perspectiva tradicional, não é considerado o contexto no qual o indivíduo se insere, portanto não abarca a compreensão da vulnerabilidade e de suas várias dimensões: individual, institucional e social.

A vulnerabilidade individual está associada a fatores como: a) falta de informação e medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção de doenças; b) baixa motivação ou sensibilização pessoal para aceitar os riscos de adoecimento; c) baixo poder de confiança ou autoestima para adotar medidas preventivas e hábitos mais seguros. A vulnerabilidade institucional refere-se ao desenvolvimento ou não de ações voltadas para a prevenção e assistência à saúde, em maioria, realizadas pelo poder público. A vulnerabilidade social envolve a presença de questões sociais e econômicas que condicionam o processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

Com a formulação do Sistema Único de Saúde e, portanto, a referência ao conceito ampliado de saúde, que remete a saúde como resultante das condições de vida,

as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução. (MACIEL, 2009, p. 774)

A autora supracitada defende o modelo de educação em saúde denominado “modelo dialógico ou radical”, que foi adotado como norteador das ações da presente experiência. Ele se caracteriza pelo diálogo bidirecional entre as duas partes envolvidas no processo educativo/profissional e indivíduo ou comunidade. Sua radicalidade constitui na ruptura com práticas educativas tradicionais, que enfocavam o aspecto individual, não reconhecendo as multideterminações que envolvem o processo de prevenção. Nesse modelo, valoriza-se o saber popular, o estímulo e o respeito à autonomia do indivíduo no cuidado de sua saúde e a participação social. Essa perspectiva de educação em saúde reconhece o processo de adoecimento, para além do agente biológico causador, sendo condicionado:

por uma série de aspectos de ordem física (predisposição genética, grau de imunidade), socioeconômica (presença ou não de pobreza e vulnerabilidade social), cultural (valores, hábitos e costumes) e psíquica (presença ou não de saúde mental, incluindo depressão e stress). (LOPES; RANGEL, 2014, p. 819)

Entre estes, a vulnerabilidade social, situação de pobreza e aspectos culturais ganham destaque neste trabalho. Pobres, para Rocha (2006),

são aqueles com renda se situando abaixo do valor estabelecido como linha de pobreza, incapazes, portanto, de atender ao conjunto de necessidades consideradas mínimas naquela sociedade. Indigentes, um subconjunto dos pobres, são aqueles cuja renda é inferior à necessária para atender apenas as necessidades nutricionais. (ROCHA, 2006, P. 13)

O governo brasileiro assume, como parâmetro para classificação de níveis de pobreza, o salário mínimo, definindo como indigente o grupo

populacional com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo domiciliar per capita; e como pobres, o grupo com renda de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo domiciliar per capita (IPEA, 2005).

A vulnerabilidade diante ao processo saúde-doença está associada à presença de risco de adoecimento, que não necessariamente se relaciona à pobreza, podendo estar relacionada, por exemplo, a hábitos inadequados à saúde. Mas, a vulnerabilidade social possui forte correlação com a pobreza, por esta favorecer a ampliação dos riscos e/ou reduzir a capacidade dos indivíduos de reverter os riscos. Assim,

[...] as situações de vulnerabilidade social devem ser analisadas a partir da existência ou não, por parte dos indivíduos ou das famílias, de ativos disponíveis e capazes de enfrentar determinadas situações de risco. (KATZAM APUD BRASIL, 2007, P. 14-15).

Nessa perspectiva, Carmo e Guizardi (2018) afirmam que o ser humano vulnerável:

É aquele que, conforme conceito compartilhado pelas áreas da saúde e assistência social, não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível [...] não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida [...]. Assim, ao mesmo tempo, o ser humano vulnerável pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição. (CARMO; GUIZARDI, 2018, P. 6).

Assim, esta experiência reconheceu a vulnerabilidade associada a contextos individuais e, sobretudo, coletivos, e buscou promover mudanças no que diz respeito às prevenções almejadas e conhecer as vivências e representações a elas referentes.

II - A RODA DE CONVERSA DO CRAS CUSTODÓPOLIS SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: dinâmica e análise.

2.1 - Dinâmica:

Os relatos de usuários apresentados na roda de conversa cujo tema foi prevenção do câncer de colo de útero, realizada em um Centro de Referência de Assistência Social, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, sinalizaram a presença de limites relacionados à realização da prevenção do câncer de colo de útero. Foi mencionado medo do resultado do exame e não-conciliação dos horários de trabalho e de distribuição de fichas para consulta médica:

“A minha dificuldade é o ginecologista, porque toda vez que você vai no médico você vai pedir uma coisa e você chega lá descobre um mapa ... é medo mesmo! É medo meu. Também eu trabalho e quando você chega não tem ficha. Mas, até consegui. Marquei com a Dr^a. X e fiz o preventivo e com medo do resultado não peguei. Eu já fiz umas três vezes o preventivo e nunca peguei o resultado, mas eu acho que se tivesse alguma coisa eles ligariam. (Usuária 1)

Em relação ao medo do resultado dos exames, a usuária 2 ressaltou:

“Eu posso falar uma coisa? Eu perdi um filho tem dois meses. Ele era alcólatra, ele já tava doente já há um bom tempo. Eu falava pra ele ir no médico e ele tinha medo de ir. Aí descobriu que ele tinha cirrose e dia 20 de fevereiro ele passou mal, teve uma overdose. Foi pro HGG de manhã, quando foi a tarde ele teve outra crise e faleceu, porque não queria ir no médico por medo.”(Usuária 2)

A usuária 3 corroborou a importância de fazer exames e buscar o seu resultado:

“Eu fiz meu *checkup* geral. Tem cinco anos que eu operei vesícula, tive que fazer tudo. É melhor você fazer pra descobrir o que é e pegar o resultado.”(Usuária 3)

A usuária 5 entra na roda e comenta:

“Eu não tenho medo não. Isso aí eu não tenho medo não”. (Usuária5)

A Usuária 4 se referindo a fala da usuária 1, afirma:

“Se você esperar eles ligarem ...eles não abrem preventivo, o preventivo é um documento seu, o exame é particular. Laboratório nenhum pode abrir entendeu? Até se tiver aberto, você tem que ir lá reclamar. Você tem que levar pro médico pra abrir, o laboratório não abre. Então não espere o laboratório te ligar, porque ele não liga.”

Diante das falas supramencionadas, a coordenadora da roda de conversas explicou que a maioria dos resultados de exame Papanicolaou não registra câncer de colo de útero em fase avançada. Mas pode apresentar algum tipo de inflamação ou mesmo alguma lesão inicial do câncer de colo de útero, que necessitarão de intervenção médica, promovendo os cuidados necessários. Portanto, ir buscar o resultado é importante para prevenção de agravos da enfermidade.

No que diz respeito ao acesso à consulta ginecológica, a usuária 5 diz:

“Eu sempre pago, eu dou o meu jeito e pago. Tem que pagar, porque é muito difícil conseguir ficha.” **Usuária 5**

Quando questionadas sobre a existência de posto de saúde próximo de suas residências, comentaram:

“Tem um posto ali na rua do ônibus. O problema é que o posto atende muita gente, eu mesma, por exemplo, fico na fila, chego cedo e você não consegue ficha. Tem que pagar exame por fora, tem que pagar consulta por fora, porque é melhor pagar agora do que ficar internada no hospital depois.” **(Usuária 4)**

Assim, a coordenadora da roda de conversas, dirigindo-se a todos os participantes, afirmou que, diante das falas proferidas, havia dificuldades para conseguir uma ficha médica. As usuárias assentiram balançando a cabeça afirmativamente. Na sequência, mais detalhes foram comentados:

“Eu até consigo a ficha, mas tenho que chegar de madrugada. Tem que estar lá às 5h da manhã pra pegar ficha senão não consegue.” **(Usuária 6)**

“E muitas vezes você vai pra lá 5h da manhã e não consegue. Chega na hora a ficha acabou.” **(Usuária 7)**

“Você não consegue ficha porque o povo fica vendendo lá dentro e a gente que tá na fila muito tempo, não consegue.” **(Usuária 8)**

“O povo vende ficha. Quem mora ali em volta vai para a fila, pega a ficha e vende para o povo na rua.” **(Usuária 4)**

“Aí eles vendem e quem tá lá há muito tempo, já era.” **(Usuária 8)**

A coordenadora da roda de conversas perguntou se elas vão a outros serviços de saúde em busca de ginecologista e uma usuária relatou sua experiência:

“Eu consegui marcar lá no Centro da Mulher, dia 22 agora, de maio. Eu tenho prontuário lá porque eu tive problema de saúde na mão e a assistente social do centro de saúde me encaminhou pra lá, pra fazer o tratamento lá.” **(Usuária 9)**

A coordenadora da roda de conversas questionou sobre o uso de preservativos. Se há dificuldades em relação ao seu uso. Se os parceiros aceitavam usar sem problemas. Assim, uma das usuárias disse:

“Sem camisinha, não tem sexo. Filho quem vai criar depois é que fica na história, né? Na hora de fazer é muito bom, criar a criança depois ...”. **(Usuária 4)**

Um usuário do CRAS, presente na roda de conversa, interveio:

“O filho ainda dá jeito, o problema é contrair uma doença”. **(Usuário 10)**

A coordenadora da roda de conversas ressalta o aspecto ‘prevenção de filhos’, atribuído ao uso do preservativo e o usuário 10 volta a falar:

“A minha primeira esposa faleceu com câncer de mama, faz um ano e três meses.” **(Usuário 10)**.

A coordenadora esclarece que o câncer de mama não é promovido por relação sexual, possuindo relação com determinantes genéticos e com a alimentação industrializada, se utilizada frequentemente. E o usuário 10 confirma:

“Tem uma prima dela que teve esse problema também.” **(Usuário 10)**

A coordenadora volta a perguntar sobre a realização de ‘exames preventivos’. A usuária 11 diz:

“Eu fiz só há dois anos atrás.” **(Usuária 11)**

A partir desta fala, a coordenadora reforça a importância da periodicidade adequada do exame Papanicolaou, informando-lhe do processo. Também, ressalta a importância do autocuidado, mesmo quando a mulher é bastante ocupada, cuidando de filhos e de sua casa. Na sequência, perguntou se ainda havia alguma dúvida ou comentário que gostariam de fazer. Uma usuária disse:

“Deixa eu te perguntar só uma coisa, quem tem assim menopausa precoce, como eu tive com 30 anos, é o que?” (**Usuária 8**).

A coordenadora explicou que a menopausa precoce não é uma doença, sendo que algumas mulheres apresentam este fenômeno sanitário antes do período comum de ocorrer - a partir de 45 anos. Mas que a usuária deveria conversar com o médico que a acompanha para compreender melhor o que esta acontecendo com a saúde dela. A usuária complementa:

“Eu já conversei com ele, eu faço preventivo, tudo direitinho e tal, tenho 68 anos. Mas, ele falou que tá tudo direitinho ...eu não tenho mais hormônio”. (**Usuária 8**).

A coordenadora explicou que o uso de hormônios é avaliado pelo médico. Ele avalia se é caso para usar hormônios. Caso seja, qual deverá ser usado, em que quantidade, por qual período. Ressalta que há todo um cuidado com o uso de hormônio pelos médicos, devido a estes poderem causar câncer de mama. Diz que, no caso de mulheres que possuem displasias mamárias (nódulos benignos nas mamas), e/ou de possuir casos de câncer de mama na família, é comum os médicos não indicarem o uso de hormônios. Mas, que todas as dúvidas deveriam ser compartilhadas com o médico. A usuária 8 faz novo comentário:

“Ele falou pra mim que eu não precisava tomar mais hormônio nenhum. [...]. A minha filha teve câncer de mama.” (**Usuária 8**)

A coordenadora volta a falar na periodicidade do exame Papanicolaou, reforçando a necessidade de exames anuais, mas que, em caso de dois exames consecutivos normais, os exames poderiam ser realizados a cada três anos (INCA, 2016).

Finalizando, a coordenadora agradece a participação de todos, explicando que este projeto de educação em saúde é desenvolvido a partir da parceria entre Universidade Federal Fluminense, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social e Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais. Por fim, foram distribuídos preservativos.

Durante essa distribuição, algumas mulheres não quiseram pegar o preservativo, alegando que possuem parceiros fixos e uma delas não quis receber o preservativo devido a tomar anticoncepcional injetável. Dois homens que aceitaram receber, disseram que iriam doar para amigos que costumam ter várias parceiras na rua.

2.2 - Análise:

As mulheres presentes nesta roda de conversa, que expressaram suas opiniões e vivências, já haviam realizado exame Papanicolaou em suas vidas, tendo o costume de procurar periodicamente os serviços de saúde para este fim, não compondo assim o segmento de mulheres sem realização deste exame. Mas, ressaltam dificuldades de acesso aos serviços, corroborando com Brasil (2016), que registra dificuldades de acesso e acolhimento, como anteriormente citado.

As mulheres mencionam a presença de filas formadas ainda na madrugada, com possibilidade de, mesmo se submetendo a tais filas, não conseguirem o atendimento, devido ao baixo número de fichas e a presença do comércio de fichas realizado no entorno das unidades básicas de saúde. Além disso, aspectos subjetivos como medo do resultado, foram mencionados. Estes limites à realização da prevenção secundária de câncer de colo de útero corroboram com a literatura, como registrado por Lopes e Ribeiro (2018, mar.).

Em relação ao uso de preservativos foi ressaltado o seu uso como método contraceptivo, por uma das usuárias presentes, e como meio de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), por um usuário presente na roda de conversas. Para além destes, foi percebido, pelas expressões corporais e pelas

falas durante a distribuição de preservativos, que não havia muito interesse em usar preservativos. Este uso foi associado à prevenção de gravidez e ao sexo com múltiplos parceiros ou fora de relações consideradas estáveis.

A periodicidade não foi reconhecida como inadequada, pois as usuárias relataram buscas frequentes por consultas ginecológicas e, por conseguinte, por exames Papanicolaou.

Questões de gênero puderam ser reconhecidas a partir de fala referente aos filhos, quando surgem sem planejamento, serem um encargo feminino. Também, pela atitude de alguns homens inicialmente presentes na roda de conversa, de se retirar ao compreenderem que seria abordada a prevenção de câncer de colo de útero, não reconhecendo tal prevenção como de responsabilidade mútua, tendo em vista ser transmitida sexualmente. Mesmo assim, a roda de conversa contou com a participação de vários homens e com a participação com falas de um deles.

Por fim, demandas para novas ações educativas foram sinalizadas, tendo suscitado dúvidas referentes ao climatério e menopausa, indicando a carência de debates sobre o ciclo de vida.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A roda de conversa configurou-se como espaço de troca de informações e experiências, com ampla participação dos usuários.

A prevenção do câncer de colo de útero se mostrou perpassada por vários fatores limitadores. A prevenção primária, a partir das falas proferidas, é inexistente. Não há uso de preservativos em todas as relações sexuais, sendo seu uso associado somente à prevenção de gravidez ou ao sexo fora de relações entendidas como estáveis. A prevenção secundária ocorre, mas pela insistência das usuárias na busca por serviços públicos de saúde, pois há relevantes barreiras organizacionais de acesso aos serviços de atenção básica à saúde. Assim, em geral, os limites apresentados no processo de prevenção foram, especialmente, de ordem cultural e organizacional.

V- REFERÊNCIAS

ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos ET. ALL. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia.

São Paulo, Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 4, 2010, p. 912-920.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social. Brasília: MTE; DIEESE, 2007. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8044969-Aspectos-conceituais-da-vulnerabilidade-social-convenio-mte-dieese.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica: Brasília, série manuais n. 66, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf. Acesso: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3388 de 30 de dezembro de 2013. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388_30_12_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

CARMO, MichellyEustáquia do; GUIZARDI, FranciniLube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018: e00101417. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Radar social. Brasília: IPEA, 2005.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Mario Jorge Sobreira da Silva (Org.). 4. ed. rev. Atual. Rio de Janeiro: Inca, 2018c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf> Acesso em: 13 abr. 2019.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Luis Claudio Santos (Org.). 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Controle do câncer de colo de útero: conceito e magnitude. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 13 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Controle do câncer de colo de útero: fatores de risco. Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco>> Acesso em: 13 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf> Acesso em 13 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018a. 128 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf> Acesso: 10 mai. 2019.

KAMAKUBA, W.; MAZZON, J. A. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. Revista de Administração de Empresas, v.56, n. 1, p. 55-70, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/rae/vol56-num1-2016/criterios-estratificacao-comparacao-classificadores-socioeconomicos-no-brasil>>. Acesso em: 12 maio 2017.

LOPES, VAS; RANGEL, EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, out-dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>

LOPES, VAS. Política de Atenção Oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ. Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, jul. 2018.

Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30864/2/viviane_aparecida_siqueira.pdf >

LOPES, VAS; RIBEIRO, JM. Fatores limitadores e favorecedores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] (2018/mar.). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-limitadores-e-facilitadores-para-o-controle-do-cancer-de-colo-de-utero-uma-revisao-de-literatura/16646?id=16646>

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Revista Cogitare Enfermagem*, Paraná, 14(4):773-776, out/dez 2009.

ROCHA, S. *Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?* Rio de Janeiro: FGV, 2006.