

Câncer ginecológico e suas políticas públicas sob a perspectiva de Peplau*Gynecological cancer and its public policies from the perspective of Peplau**El cáncer ginecológico y sus políticas públicas desde la perspectiva de Peplau***Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes¹**

ORCID: 0000-0002-9334-6857

Camila Rodrigues de Souza²

ORCID: 0000-0003-0282-3038

Caio Sollitto Martins³

ORCID: 0000-0002-5996-8687

Eliane da Silva Rodrigues Neves⁴

ORCID: 0000-0002-9302-7063

Leandro Spalato Torres⁵

ORCID: 0000-0003-2656-0682

Aparecida Lima do Nascimento⁶

ORCID: 0000-0003-1849-1752

Priscila Oliveira Fidelis dos Santos⁷

ORCID: 0000-0001-5427-3379

Márcia Zotti Justo Ferreira⁸

ORCID: 0000-0001-7388-3535

Janici Therezinha Santos⁹

ORCID: 0000-0001-8476-3870

Keila Martins da Conceição⁶

ORCID: 0000-0003-0432-1509

Péricles Cristiano Batista Flores⁶

ORCID: 0000-0002-0486-045X

Plínio Regino Magalhães⁷

ORCID: 0000-0002-2194-679X

Jullyane Eloina do Nascimento Dario⁸

ORCID: 0000-0002-0618-1194

Claudete Diniz Fires da Silva⁹

ORCID: 0000-0002-1822-6089

Daniela Simões Silva Di Francesco⁵

ORCID: 0000-0001-9693-8068

Lucileni Narciso de Souza¹⁰

ORCID: 0000-0002-5330-5727

Ana Maria Cardoso Cunha¹¹

ORCID: 0000-0002-4245-388X

¹Universidade Anhembí Morumbi. São Paulo, Brasil.²Hospital Municipal de São Bernardo do Campo. São Paulo, Brasil.³Ame Barradas Seconci. São Paulo, Brasil.⁴Faculdade Anhanguera de Taboão da Serra. São Paulo, Brasil.⁵Faculdade Sequencial. São Paulo, Brasil.⁶Hospital Santa Cruz de São Paulo. São Paulo, Brasil.⁷Centro Universitário Ítalo Brasileiro. São Paulo, Brasil.⁸Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsh. São Paulo, Brasil.⁹Maternidade e Pronto Socorro Antena. São Paulo, Brasil.¹⁰Centro Universitário Anhanguera. São Paulo, Brasil.¹¹Hospital Sagrada Família. São Paulo, Brasil.**Como citar este artigo:**

Fernandes ITGP, Souza CR, Martins CS, Neves ESR, Torres LS, Nascimento AL, Santos POF, Ferreira MZJ, Santos JT, Conceição KM, Flores PCB, Magalhães PR, Dario JEN, Silva CDF, Francesco DSS, Souza LN, Cunha AMC. Câncer ginecológico e suas políticas públicas sob a perspectiva de Peplau. Glob Acad Nurs. 2020;1(2):e34.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200034>

Autor correspondente:

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

E-mail: ingridy_polao@hotmail.com

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 05-07-2020

Aprovação: 19-08-2020

Na medida em que o Brasil se configura como um dos países mais populosos do planeta - sendo grande parte desta população composta por mulheres -, são levantados os principais fatores de risco para os cânceres mais prevalentes entre as mulheres brasileiras. O tabagismo, a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de álcool, a exposição exagerada e sem proteção ao sol, o uso de drogas injetáveis, o sexo casual sem proteção, e talvez, certa predisposição genética, são fatores de risco para que o câncer se manifeste, guardando as diferenças culturais, sociais e geográficas¹.

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano, além de ocupar a terceira posição mais frequente de câncer no Brasil, sendo o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil), segundo nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil) e quarto nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), considerando as taxas brutas. As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces².

As taxas de mortalidade por câncer do colo uterino - incluindo os óbitos corrigidos, a partir da redistribuição dos óbitos por câncer do útero, porção não especificada entre os óbitos por câncer do colo e de corpo do útero - são maiores nas mulheres das capitais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, porém, mesmo nestas regiões, as tendências têm se tornado declinantes nas duas últimas décadas. Para mulheres do interior, no entanto, a região Norte mostra um aumento de 200% e a região Nordeste de 80%. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, as taxas variaram negativamente, tanto no interior quanto nas capitais. Esse diferencial pode ser atribuído, no todo ou em parte, ao maior acesso às ações de rastreamento para mulheres das capitais³.

Não obstante, é justamente no interior das regiões Norte e Nordeste onde se encontra o grupo de mulheres de maior risco para a doença, ou seja, aquelas que, por falta de acesso ao exame preventivo ginecológico, acabam tendo maior chance de apresentar lesões precursoras que irão evoluir para a neoplasia maligna invasiva. E, uma vez tendo a doença instalada, são essas mulheres que também terão mais dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico e tratamentos que possam assegurar bons resultados, porque os índices de aparecimento da doença estão inversamente proporcionais aos cuidados de assistência médica preventiva e ao nível socioeconômico e cultural de um povo.

No passado, o câncer era visto como doença que afetava principalmente as mulheres, em função da maior percepção dos cânceres femininos, por exemplo o câncer de mama e do colo do útero. Sabe-se que o câncer de mama era mais fácil de identificar, enquanto o câncer do colo do útero era reconhecido pelos seus sintomas nos estágios mais avançados: fortes dores no útero, sangramento e odor desagradável¹.



Contudo, nos últimos 100 anos, com os avanços da ciência, o câncer do colo do útero passou a ser associado a fatores como aspectos morais e condições socioeconômicas. Portanto, foi a partir de 1970 que se inicia os movimentos de mulheres pela atenção à saúde com enfrentamento dos preconceitos imposto as doenças³.

Políticas públicas de atenção à saúde da mulher em relação ao câncer ginecológico

Os estados brasileiros não possuem igualdade quanto à assistência ao câncer. Há uma certa heterogeneidade que influencia na tomada de decisão dos profissionais que se colocam diante de um significativo número de pessoas que estão vivenciando a doença, com dificuldades de acesso ao tratamento adequado. Em seu estudo, os autores destacam que é imprescindível realizar uma avaliação quanto ao planejamento dessa acessibilidade. Todas as populações, independentemente do estado em que residem, devem ser tratadas com equidade para garantir que mulheres que vivem o câncer possam ser respeitadamente atendidas em tempo hábil, tendo perspectivas positivas de sobrevida⁴.

Autores⁵ comentam a fragilidade de mulheres sem acesso ao tratamento, como já citado aqui, e discutem as várias situações de vulnerabilidade em que as mulheres se encontram pela falta de orientação, assistência, acompanhamento e até de apoio governamental em muitas regiões do país. Destacam que as políticas públicas devem investir mais em prevenção, orientação, e divulgação de casos que possam alertar a população feminina. Deve, ainda, oferecer respaldo quanto à assistência necessária em todas as fases da doença. Neste aspecto, as atenções primária e secundária apresentam-se como eixos estruturantes do SUS que deveriam estar sendo acionadas para servir a estas mulheres.

Autores⁶ ao realizar uma retrospectiva sobre as políticas públicas que envolvem a saúde da mulher, especialmente as políticas voltadas ao câncer de colo do útero, referem que as ações vêm sendo desenvolvidas desde 1970 e que houve um avanço significativo nos números que refletem a acessibilidade aos diversos programas de rastreamento. Para os autores, pelo rastreamento mais efetivo, foi possível ter mais mulheres realizando o Papanicolau, sendo que esta cobertura já chegou em aproximadamente 83%.

Outro avanço importante foi a vacina anti-HPV que hoje consta do calendário de vacinação. Os planos de ações mais atuais envolvem, também, a cobertura de exame citopatológico e o tratamento de mulheres com lesões precursoras. Além disso, o programa de qualificação de ginecologistas se estende às mulheres com câncer. Desta forma, consegue-se que 70% das mulheres possam ser alcançadas pelos programas hoje propostos. Entretanto, quando o foco são os protocolos para saúde coletiva, comparado com outros países, ainda há uma importante defasagem de atendimento e o câncer se propaga em muitas regiões do país, onde é dificultado o acesso à detecção

precoce.

O câncer de colo uterino tem números importantes e alarmantes e as mulheres mais jovens devem ser atingidas pelas políticas públicas a fim de que possam conscientizar-se da importância de conhecer e procurar assistência enquanto jovem. Nesta perspectiva, estudos mostram que é necessária uma reestruturação quanto à prevenção e às formas de divulgação pelo Sistema Único de Saúde. A reestruturação deve ter como foco mulheres jovens, de 10 a 24 anos, nos programas de diagnóstico, pois os números evidenciam que a vida sexualmente ativa está cada vez mais precoce e, então, só assim serão obtidos resultados significativos na redução da doença⁷.

Estudo⁸ indica que a baixa cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero no estado do Amazonas está associada ao Determinante Social de Saúde (DSS) da região que se caracteriza pela insuficiente informação sobre o exame; sentimentos de medo e vergonha; a demora no resultado; a falta de interesse e tempo para a realização e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde. E, também associados a esses fatores, é apontado que, mesmo com indicadores sociais importantes - como o fato dessas pessoas, em sua maioria, serem donas de casa, possuírem baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico - e apesar da prevalência de um IDHM médio em alguns municípios, houve cidades com baixo IDHM, correlacionando-se a cobertura do exame preventivo em todos os anos que foram analisados, verificando-se que quanto melhor o desenvolvimento humano municipal maior a cobertura do exame preventivo.

Teoria Interpessoal de Hildegard Peplau

Sendo uma das mais importantes teóricas e teorias no âmbito da Enfermagem, Hildegard Peplau, em 1952, desenvolveu a Teoria Interpessoal, cuja qual defende que a base da assistência é o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, possibilitando o aprendizado e crescimento pessoal de ambos. Importante frisar que este relacionamento deve ser ético, e as ações fundamentadas na ciência, e não no intuitismo⁹.

Ao realizar um paralelo da Teoria Interpessoal com as políticas públicas de saúde do Brasil e a assistência à mulher na promoção da saúde, prevenção ou tratamento de câncer ginecológico, reflete-se que o câncer ginecológico em mulheres é visto pela própria mulher como uma parte do seu eu, é a sua feminilidade, sua identidade; conceitos os quais são profundamente esmagados com a notícia de um diagnóstico de câncer. Tendo em vista a troca de experiências na hora da assistência, Peplau afirma que a assistência e o relacionamento dos envolvidos são influenciados pelo meio externo (ambiente), meio interno (personalidade, experiências vividas, religião, cultura) e pela postura do profissional.

Neste cenário de uma mulher fragilidade e amedrontada, muitas vezes sem a devida privacidade ou atenção pela falta de insumos, estrutura e alta demanda do serviço público de saúde do Brasil, sua assistência pode ser



comprometida, justamente por não ter a interpessoalidade, seja na promoção da saúde, prevenção ou tratamento.

Pode-se dizer que a informação é um bem precioso quando se trata de assistência à saúde. Além da informação correta, o profissional de enfermagem e os demais que formam a equipe multidisciplinar precisam ter uma postura empática, humanizada, de acolhimento, fundamentadas na

ciência, ética e respeito à vida da mulher, a fim de passar a informação correta da forma correta para a maior adesão. Dada “assistência de ouro” só é possível a partir de políticas públicas de capacitação de seus colaboradores que, certamente, não apenas atualizam e capacitam o profissional, salvam vidas.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2017.
2. World Health Organization (WHO). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra. 2008 Feb;86(2):81-160.
3. Teixeira L. (Org.). Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2015. p. 39-65.
4. Guimarães RM, Muzi CD, Teixeira MP, Pinheiro SS. R. Pol. Públ. 2016 jan./jun.;20(1):35-50.
5. Gomes AVM, et al. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. *RICS*. 2018;4(1).
6. Tsuchiya CT, et al. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. *Brazilian Journal of Health Economics*. 2017;9(1).
7. Sanches TT, et al. Evolução do sistema público de saúde no Brasil frente ao estágio atual da prevenção do câncer de colo uterino em mulheres jovens e adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2017;65(1):115-120.
8. Viana JN, Moysés RPC, Espir TT, Sousa GA, Barcellos JFM, Alves MGP. Determinantes sociais da saúde e prevenção secundária do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*. 2019;52(2):110-120.
9. Braga AM, Silva EA. Peplau X Orem: interação e autocuidado como estratégia da assistência de Enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*. 2017;8(1).