



Programa
de Pós-Graduação
em Gerontologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES IDOSAS: TRAJETÓRIA E
REPERCUSSÕES**

Recife

2020

LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES IDOSAS: TRAJETÓRIA E
REPERCUSSÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de mestre em Gerontologia

Orientadora: Profª Drª Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE

2020

Catálogo na fonte:
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S237c Santos, Lilian Guerra Cabral dos
Câncer do colo do útero em mulheres idosas: trajetória e
repercussões / Lilian Guerra Cabral dos Santos. – 2020.
56 f.; il.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.
Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em
Gerontologia. Recife, 2020.

Inclui referência e apêndices.

1. Neoplasia do colo do útero. 2. Idoso. 3. Cuidado primário em
saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2021 - 226)

LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS

**CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES IDOSAS: TRAJETORIA E
REPERCUSSÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito ao título de mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia.

Linha de pesquisa; Envelhecimento, cultura e sociedade.

Dissertação aprovada em: 21/12/2020.

Banca examinadora:

Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dr^a. Maria da Conceição Lafayette de Almeida
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dr. Rogério Fabiano Gonçalves
Universidade de Pernambuco (UPE)

AGRADECIMENTOS

À Deus por me manter firme em todos os momentos, auxiliando na travessia dos obstáculos.

À minha família. Minha filha Liz, razão do meu viver e a verdadeira força que me faz lutar dia a dia. A minha mãe Janete e meu irmão Rodrigo, por serem meus maiores incentivadores e por todo amor. A minhas tias (Jadila, Jayra e Joelza) e ao meu pai Genival por todo apoio, carinho, compreensão.

A todos meus amigos... Obrigada pela compreensão e entender a ausência neste período

Aos amigos do mestrado. Obrigada pela amizade, risadas e choros. Vocês tornaram a caminhada mais leve.

Aos amigos equipe de nutrição do IMIP. Obrigada pelo apoio de vocês, fundamental na minha jornada, sem ele não sei se conseguiria chegar até final.

Gratidão em especial, a minha amiga Suelane Andrade, mais que isso, minha irmã camarada. Obrigada por ser essa pessoa especial que estar ao meu lado em todo os momentos (bons e ruins), você sabe o quanto te admiro profissionalmente e pessoalmente.

À equipe da Oncogeriatría, por me receber tão bem e me auxiliar em todos os momentos.

À minha orientadora, Adriana Falangola. Obrigada por compartilhar os seus ensinamentos e conhecimento, sempre com a sua tranquilidade.

Aos professores Maria da Conceição Lafayette de Almeida e Rogério Fabiano Gonçalves, por terem aceitado o convite e pelas relevantes contribuições para o aprimoramento do estudo.

Às idosas participante do estudo, por aceitarem conversar e compartilhar suas histórias.

RESUMO

O envelhecimento populacional é atualmente uma realidade nos países em desenvolvimento e o câncer é um importante problema de saúde pública. Nas mulheres, é incidente o câncer do colo do útero, com elevada morbimortalidade apesar do crescente avanço na prevenção. Neste contexto, devido ao impacto do câncer do colo do útero na saúde pública e o número insuficientes de estudos nas faixas etárias mais avançadas, pensando na integralidade no cuidado de saúde da pessoa idosa, é importante impulsionar reflexões sobre ampliação das discussões em relação às mulheres idosas com diagnóstico da patologia referida, e suas repercussões na vida dessas mulheres. O estudo consiste em uma abordagem qualitativa, com amostra por saturação, realizado em um Serviço de Oncogeriatrics de um hospital Geral, de Alta Complexidade, localizado em Recife/PE. Foram realizadas entrevistas com setes idosas diagnósticas com câncer do colo, no período de novembro de 2019 a agosto de 2020. Após transcrição foram trabalhadas com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016). O presente estudo trouxe como compreensão, que as idosas possuem baixa escolaridade; baixa adesão ao exame de rastreio; pouco conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção. A descoberta da doença ocorreu em fase mais avançadas, realizaram com boa aceitação o tratamento indicado para a patologia e apresentaram-se satisfeitas com a assistência à saúde prestada. Demonstrando também, a importância da rede social de apoio e da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia do colo do útero; idoso; cuidado primário em saúde.

ABSTRACT

Population aging is currently a reality in developing countries and cancer is an important public health problem. In Women, cervical cancer is incidente, with high morbidity and mortality despite the growing advance in prevention. In this context, due to the impact of cervical cancer on public health and the insufficient number of studies in more advanced age groups, thinking about the integrality of health care for the elderly, it is important to encourage reflections on the expansion of discussions in relation to women. elderly women diagnosed with the referred pathology, and its repercussions on the lives of these women. The study consists of a qualitative approach, with a sample by saturation, carried out in an Oncogeriatrics Service of a General hospital, of High Complexity, located in Recife / PE. Interviews were carried out with seven elderly women diagnosed with cervical cancer, from November 2019 to August 2020. After transcription, they were worked on based on the Content Analysis proposed by Bardin (2016). The present study brought as an understanding, that the elderly have low education; low adherence to the screening test; little knowledge about the disease and its forms of prevention. The discovery of the disease occurred at a more advanced stage, they performed the treatment indicated for the pathology with good acceptance and were satisfied with the health care provided. Also demonstrating the importance of the social support network and of spirituality / religiosity when facing treatment.

KEYWORDS: Uterine cervical neoplasms; Aged; primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA- avaliação Geriátrica Ampla

APS- Atenção Primária à Saúde

AVD- Atividade de vida diária

CCU- Câncer do Colo do Útero

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

HPV- Papilomavírus Humano

IMIP- Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira

INCA- Instituto Nacional do Câncer

IPAQ- Questionário Internacional de Atividade Física

LFS - Letramento Funcional em Saúde

MAN-Mini Avaliação Nutricional

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organizações das Nações Unidas

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM- Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher

PNCCU- Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero

PNS -Pesquisa Nacional de Saúde

PNSPI- Política Nacional da Pessoa Idosa

PRO ONCO- Programa de Oncologia

RMR- Região Metropolitana do Recife

SISCAN- Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO- Sistema de Informação do controle do câncer do colo do útero

SUS - Sistema único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUG - Teste Timed Up and Go

VIGETEL - Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1	O ENVELHECIMENTO, SEUS ASPECTOS BISSOCIAIS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE	12
2.2	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	14
2.3	A MULHER IDOSA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	19
3	3 OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVO GERAL	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	CAMINHO METODOLÓGICO	23
4.1	TIPO DE ESTUDO	23
4.2	LOCAL DO ESTUDO	23
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	24
4.4	MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	24
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
4.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	27
5.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE	28
5.2.1	A frágil prevenção ginecológica	28
5.2.2	O “saber “sobre o Câncer do Colo do Útero	33
5.2.3	A Trajetória assistencial: a busca tardia pelo cuidado	34
5.2.4	A reação ao diagnóstico	35
5.2.5	A rede de apoio: fragilidade e solidez	36
5.2.6	Espiritualidade e religiosidade	38
5.2.7	Percepção sobre o tratamento e da qualidade da assistência.	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE A-TERMO DE CONSCIENTEMENTE LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	53
	APÊNDICE B-ROTEIRO DA ENTREVISTA	56

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, iniciado de forma mais intensa nos países desenvolvidos é atualmente realidade nos países em desenvolvimento. No Brasil, o quantitativo dessa população ultrapassou 30 milhões no ano de 2017, destacando o crescimento do segmento de idosos longevos, ou seja, 80 anos ou mais (MINAYO e FIRMO, 2019). É um processo dinâmico e progressivo, ocorrendo modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, desde a concepção ao fim da vida (PAPALÉO NETTO, 2017).

No envelhecimento, outro fenômeno se destaca, é a feminização da velhice, ou seja, a maior proporção de mulheres do que homens na população idosa, principalmente nas idades mais avançadas (SOUZA *et al.*, 2018). As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. As estimativas são que as mulheres vivam de cinco a sete anos a mais que os homens, em média. No ano de 2012, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo mundo, existiam oitenta e quatro homens, e para cada cem mulheres com 80 anos ou mais, existiam sessenta e um homens (NICODEMO e GODOI, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2018).

Com o aumento da expectativa de vida, ocorrem modificações nos agravos de saúde, destacando-se principalmente o desenvolvimento de doenças crônicas a partir da meia-idade. Além da mortalidade elevada nas idades mais avançadas, o aparecimento dessas doenças coincide com a aposentadoria, redução da capacidade funcional e o surgimento de dependências que são preocupações cada vez mais crescentes. Em decorrência do padrão de doenças para os idosos, caracterizadas como crônicas, múltiplas e incapacitantes, tem-se a exigência de acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicações contínuas e exames periódicos, demandando mais serviços de saúde, internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos (VERAS, 2016; VERAS e OLIVEIRA, 2018).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem problema de grande magnitude e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitações e incapacidade. Além disso, são responsáveis por impactos econômicos para família e comunidade (SCHMIDT *et al.*, 2011; WHO, 2013; MALTA *et al.*, 2014). No conjunto dessas doenças, o câncer é um importante problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. No Brasil, as neoplasias ocupam a segunda causa de morte populacional (BRASIL, 2013).

Para o ano 2016, cerca de 59% dos casos novos registrados de câncer afetaram indivíduos com mais de 60 anos de idade, com mais de dois terços dos óbitos. Nesse contexto de

envelhecimento progressivo da população e crescimento das doenças crônicas, o câncer tem se revelado importante causa de morbimortalidade em indivíduos com 60 ou mais anos, nos diferentes países do mundo (LEITE e RIBEIRO, 2018; CARVALHO e PAES, 2019). Estimativas apontam que no ano de 2018 ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos. E no Brasil, em relação às mulheres, os tipos de câncer mais frequentes foram mama, cólon e reto, pulmão e colo do útero (INCA, 2019a).

O câncer do colo do útero (CCU) é uma doença caracterizada pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do útero, que compromete o tecido conjuntivo subjacente e pode invadir estruturas e órgão contíguos ou à distância, associada em quase sua totalidade ao papilomavírus humano - HPV. A doença no estágio inicial é assintomática, sendo que os sintomas dependerão da fase em que o tumor se encontra. Desta maneira, a maioria das lesões serão descobertas apenas por meio do exame Papanicolau ou citopatológico, por meio de citologia cervical, que deve ser realizado em mulheres que possuam ou já tenha iniciado a vida sexual (SILVA, 2017b).

Apesar do crescente avanço na prevenção e tratamento do CCU, ainda é grande a morbimortalidade causada pela doença, especialmente em áreas em desenvolvimento no mundo. No Brasil, segundo as estimativas para o ano de 2020-2022, ocorrerão 16.710 novos casos de CCU, com proporção para o estado de Pernambuco de 730 novos casos, sendo 200 na capital Recife (VILAÇA *et al.*, 2012; MASCARELLO *et al.*, 2012; SOUZA e COSTA, 2015; INCA, 2019a).

É preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) que toda mulher entre 25 e 64 anos de idade, que já tenha iniciado sua vida sexual submeta-se ao exame preventivo, inicialmente com a periodicidade anual (SOUZA e COSTA, 2015; INCA, 2016). Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o pico de incidência do CCU situa-se entre a quinta e a sexta décadas de vida, com as taxas de mortalidade registrando aumento com o avançar da idade (VILAÇA *et al.*, 2012).

O impacto da idade na sobrevida da paciente ainda é incerto e esse fato tem-se mostrado como um importante fator para seleção do tratamento contra o câncer. As pacientes idosas na maioria das vezes são submetidas a tratamentos menos agressivos quando comparadas com as pacientes mais jovens (VILAÇA *et al.*, 2012). Contudo, mesmo com a tendência populacional de idosas aumentando, isso não significa que estejam vivendo melhor, pois podem se encontrar com a saúde precária e/ou funcionalmente incapacitadas, o que geralmente é resultado de doenças preveníveis, incluindo o CCU (SANTOS *et al.*, 2011).

A saúde do idoso tem constado nos documentos oficiais como uma prioridade na agenda pública de saúde. Nesse sentido, as políticas públicas devem visar melhoria, segurança e participação da pessoa idosa, destacando a importância das ações em saúde voltadas a promoção e à educação em saúde, a prevenção e ao retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia, atendendo essa população de forma integral (MESQUITA *et al.*, 2016). No sistema único de saúde (SUS), principalmente na atenção primária à saúde (APS), a integralidade precisa ser compreendida na perspectiva de articulações de ações da promoção de saúde, preventivas e curativas, e na visão holística do ser humano biopsicossocial (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Apesar da saúde do idoso constar como prioridade na agenda pública, no campo das pesquisas, são insuficientes os estudos com câncer do colo do útero nas faixas etárias mais avançadas e pensando na integralidade no cuidado de saúde da pessoa idosa, e com a longevidade, e o prolongamento da vida sexual destas mulheres, associado a inacessibilidade e da falta de informação sobre a necessidade do exame de rastreio, é importante impulsionar reflexões sobre ampliação das discussões em relação às mulheres idosas com diagnóstico da patologia referida, e suas repercussões na vida dessas mulheres.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO, SEUS ASPECTOS BISSOCIAIS E REPERCUSSÕES NA SAÚDE

O envelhecimento é um processo natural presente em todas as espécies, sendo que na espécie humana, este fenômeno ocorre acompanhado de algumas perdas como as cognitivas, sociais, motoras e metabólicas que levam a diminuição da qualidade de vida dessa faixa etária (HALL, 2011).

De acordo com as terminologias relacionadas com o envelhecimento, a velhice é uma fase da vida e o velho ou idoso o resultado final que constituem um conjunto, cujo os elementos estão intimamente relacionados, e que cronologicamente pode ser delimitado como idoso o indivíduo acima de 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento. Na velhice, que é a última fase do ciclo da vida, suas manifestações somáticas são caracterizadas pela redução da capacidade funcional, alterações fisiológicas, redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associadas a perdas dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas, motoras e afetivas (PAPALÉO NETTO, 2017).

Diferente do envelhecimento individual, o envelhecimento populacional, consiste no aumento da proporção de idosos na população total. Este fato é decorrente principalmente da diminuição da fecundidade, com conseqüente modificação na estrutura etária populacional, caracterizada por queda de proporção de crianças e jovens e conseqüente aumento da participação de idosos na população total. Esta modificação demográfica da população brasileira decorreu diante alguns aspectos. Na virada do século XX, as migrações internacionais foram responsáveis pela miscigenação e crescimento acentuado. Associado a redução da mortalidade infantil, iniciada no final da Segunda Guerra Mundial, aliada à alta fecundidade, gerando um crescimento populacional elevado entre 1950-1970. Período denominado de *Baby Boom*, durando apenas duas décadas, a partir de 1970, inicia-se a redução da taxa de fecundidade, acompanhada pela redução da mortalidade. Com taxa de fecundidade total de aproximadamente 1,7 filho por mulher e a expectativa de vida do brasileiro de 73,5 anos (CAMARANO, 2013).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, de acordo com a revisão das projeções da população, realizada em 2017 pela Organização das Nações Unidas (ONU), estimou-se que haveria 962 milhões de idosos, correspondendo a 12,7% da população mundial. Se considerarmos por regiões, no mesmo ano, nas mais desenvolvidas cerca de 1 a cada 4 pessoas

tinham 60 anos ou mais na população, representando 24,6%, e nas regiões menos desenvolvidas este percentual foi de 10,4% (AGOSTINHO *et al.*, 2018).

No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais na população total passou de 4,9% em 1950 para mais que o dobro em 2010, atingindo 10%, correspondendo a 19,7 milhões de idosos. E de acordo com as projeções, este grupo populacional atingirá 20% da população total em 2033, representando 46 milhões de pessoas. Ao contrário do ocorrido nos países europeus, no nosso país, o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, gerando desafios e potencialidades que surgem nesse novo cenário demográfico: permanência e/ou inserção de idosos na força de trabalho, questões relacionadas à previdência social, à saúde, à assistência social, ao cuidado e integração dos idosos (AGOSTINHO *et al.*, 2018).

Seguindo a mesma tendência mundial, ao analisar os dados atuais da transição demográfica brasileira pela ótica de gênero, observamos um processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece mais feminina ela se torna. Dados do último censo apontaram que as mulheres representavam 55,5% da população idosa e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos. (IBGE, 2011; KÜCHEMANN, 2012). De acordo com Camarano *et al.*,(2004), a predominância do sexo feminino entre os idosos e sobretudo, entre os idosos de 80 anos, faz crer que elas sejam mais dependentes de cuidados com repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois no cenário atual a maioria dessas mulheres são viúvas, sem ou com pouca experiência de trabalho no mercado formal, com reduzido grau de escolaridade e apresentam piores condições de saúde.

Porém, as modificações dos fatores demográficos e epidemiológicos, não são desafios apenas para a Saúde Pública, também é importante incorporar os idosos na sociedade, mudar conceitos enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, com finalidade de alcançar a equidade, de forma justa e democrática, na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce no nosso país (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

As doenças crônicas não transmissíveis, constituem a primeira causa de mortalidade no mundo, com predominância de mortalidade prematuras, principalmente em populações de baixa renda. De acordo com a OMS, essas doenças criam um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico dos países, especialmente daqueles de média e baixa renda. Em função da gravidade das DCNT e seus impactos no sistema de saúde e na sociedade, em 2011, a ONU convocou reunião para debater compromissos globais sobre o tema. Na qual resultou em uma declaração política, onde os países membros se comprometeram em trabalhar para deter o crescimento das DCNT mediante ações de prevenção

de seus principais fatores de risco e empenho pela garantia de uma adequada atenção à saúde (MALTA *et al.*, 2014).

Essas doenças foram causas de 63% dos óbitos ocorridos em 2008, segundo dados da OMS e no Brasil corresponderam a cerca de 74% dos óbitos ocorridos em 2012, além de representarem alta carga de morbidade. Dentre esses agravos crônicos de saúde encontra-se o câncer, como um grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do organismo (MALTA *et al.*, 2016). O câncer, torna-se especialmente importante entre os idosos, pois a sua incidência aumenta de forma considerável com a idade, já que, com o avançar dos anos, acumulam-se fatores de risco de tipos específicos de câncer, tais como, exposição cumulativa ao sol e a radiações ionizantes; contato com álcool, tabaco e poluição ambiental; alimentação inadequada e exposição a infecções como fatores de risco para uma variedade de neoplasias malignas (BRAZ *et al.*, 2018). E entre os tipos que acometem o sexo feminino, o câncer do colo do útero é a quarta neoplasia mais frequente no mundo (INCA, 2019a).

2.2 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O CCU é um dos mais frequentes tumores na população feminina, atualmente é um desafio global para saúde pública. Existem duas principais categorias de carcinoma invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente, representando 80% dos casos e que acomete o epitélio escamoso, e o adenocarcinoma que é um tipo mais raro, representando 10%, acometendo o epitélio glandular (INCA, 2011).

A estimativa mundial aponta que este tipo de câncer representou, aproximadamente, 570 mil casos novos por ano no mundo em 2018, e responsável por mais de 311 mil morte (BRAY *et al.*, 2018). Segundo o Globocan, cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países menos desenvolvidos e a mortalidade por este câncer varia em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2 por 100.000 mulheres, na Ásia Ocidental e de 27,6 na África Oriental (WHO, 2019). No Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma, é o segundo mais incidente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, e o quarto e quinto nas regiões sudeste e sul, respectivamente (INCA, 2019a).

O CCU é uma doença com fisiopatologia e história natural detalhada pela ciência, e na fase pré-clínica a detecção de possíveis lesões precursoras pré-malignas pode ser feita por meio da realização periódica de exames. Este câncer está associado a infecção persistente por subtipos oncogênicos do HPV, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos

cânceres cervicais. A infecção por HPV é muito comum, estima-se que cerca de 80% das mulheres com vida sexual ativa irão adquiri-la ao longo da vida. Porém, esse tipo de infecção é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do CCU (INCA, 2011).

Outros fatores relacionados a imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e a progressão para lesões precursoras ou câncer. Desta forma, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de CCU. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (INCA, 2011).

No século XIX, O CCU foi muitas vezes associado à imoralidade e a excessos sexuais. O médico canadense Guilliame Vallée em 1826, afirmou que as mulheres de classes sociais mais baixas que viviam na cidade eram expressivamente mais afetadas pela doença do que as que viviam no meio rural, associando que essa diferença se encontrava na maior frouxidão moral das mulheres da cidade. Em 1839 J.W.C. Lever, médico britânico, afirmou que as mulheres solteiras raramente sofriam de CCU, no qual os médicos atribuíam duas possibilidades para essa observação: alguns relacionavam este tipo de câncer aos excessos sexuais, enquanto outros o atribuíam a várias gestações e partos traumáticos. No final do século XIX e início do século XX, os ginecologistas defendiam cada vez mais a segunda possibilidade (LÖWY, 2015).

Até a metade do século XX, os médicos acreditavam que as cicatrizes produzidas pela ruptura do colo uterino ocorrida durante o parto favoreciam o desenvolvimento de tumores uterino. Esta associação também podia explicar a razão pela qual essa doença foi encontrada com maior frequência em mulheres de estratos sócios econômicos inferiores, pois, as mesmas tinham mais filhos e não recebiam cuidados médicos adequados ao dar à luz, portanto sofriam lacerações cervicais mais graves. A pobreza também foi associada a uma higiene precária, visto que, as mulheres que tinham dificuldade de manter uma higiene pessoal adequada seriam mais propensas às inflamações crônicas no colo do útero. As mulheres com condições financeiras mais baixas, contraíam mais frequentemente doenças ginecológicas, incluindo as sexualmente transmissíveis, tinham mais aborto (espontâneo e provocado) e apresentavam uma saúde geral mais precária, condição que se acreditava, aumentavam as chances do desenvolvimento do CCU (LÖWY, 2015).

As áreas com grande desigualdade social apresentam maior mortalidade por CCU e no nosso país a baixa disponibilidade de serviço de saúde está associada às regiões com piores

condições socioeconômicas. A principal estratégia para detectar lesões precursoras e obter o diagnóstico precoce da doença é realizado por meio do exame de Papanicolau. De acordo com a OMS, com uma cobertura de no mínimo 80% da população-alvo e a garantia de diagnóstico/tratamento adequados é possível reduzir em média 60 a 90% da incidência deste câncer (DUARTE e BUSTAMANTE-TEXEIRA, 2018; INCA, 2019b).

As primeiras políticas de controle do CCU surgiram em 1984, com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual estratégias foram organizadas destinadas aos serviços básico de saúde, oferecendo às mulheres ações de prevenção do câncer do colo uterino e de mama, assistência à gestação, à anticoncepção, à queixas ginecológicas e às demandas relativas à sexualidade. Em 1987, com o Programa de Oncologia (Pro-Onco), iniciou-se o projeto de expansão de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, que previa a ampliação da rede de coleta e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia e a articulação da rede básica com os serviços de nível secundário e terciário para o tratamento (AZEVEDO e SILVA *et al.*, 2015).

Em 1995, o governo brasileiro, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), criou o programa Viva Mulher para instituir o rastreamento do câncer do colo uterino. No ano seguinte, foi realizado um projeto piloto de rastreamento do CCU, destinado a mulheres com idade de 35 a 49 anos, no Distrito Federal e em Curitiba, Recife, Rio de Janeiro, Belém e no Estado de Sergipe. Essa iniciativa iniciou o cadastramento informatizado da mulher e do seu acompanhamento e introduziu a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras (AZEVEDO e SILVA *et al.*, 2015).

A primeira campanha nacional do programa Viva Mulher aconteceu em 1998, com incentivo financeiro para a realização dos exames citopatológicos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), vinculando-se o pagamento do exame à prestação de informações por meio do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), constando a identificação da mulher, informações demográficas, epidemiológicas e resultados padronizados dos laudos dos exames citopatológicos. A segunda campanha foi realizada em 2002, o que levou a um aumento de 81% no número anual de exames realizados no SUS, entre 1995 e 2003 (AZEVEDO e SILVA *et al.*, 2015).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS), considerando a persistência da relevância epidemiológica do CCU e sua magnitude social, instituiu por meio da Portaria nº 310/2010, um grupo de trabalho para avaliar o Programa Nacional de controle dessa patologia, na qual gerou a publicação das ações para redução da incidência e mortalidade por CCU. Em 2011, foi lançado o Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer,

cuja as propostas foram incorporadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Neste mesmo ano, também foi publicada a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero pelo INCA, que foi revista, ampliada e atualizada em 2016 (BRASIL, 2010; INCA, 2010, BRASIL, 2011a; INCA, 2019c).

Nesta última atualização recomenda-se que o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual e os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade, naquelas sem história prévia de neoplasia pré-invasivas. Sendo interrompido quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames consecutivos nos últimos cinco anos. Para as mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de três anos (INCA, 2016).

O aumento da expectativa de vida dos brasileiros e o crescimento no uso de medicamentos que auxiliam nas disfunções eréteis masculinas, possibilitaram o aumento das práticas sexuais entre os idosos, aumentando o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas o HPV. Este aumento na prevalência de DSTs nessa população, está associada a promoção de atitudes e propensões comportamentais atribuídas ao preconceito e falta de informação a visualização do idoso com ser assexuado (COSTA *et al.*, 2010).

Um estudo avaliando aprendizagem sobre HPV e modificação de risco percebido para CCU nas mulheres com idade entre 16 e 74 anos verificou que a pré-informação e o risco percebido para a doença variaram por faixa etária, com menor taxa de risco percebido entre as mulheres acima de 65 anos em comparação com as entre 35 e 44 anos e também as mulheres mais velhas (65-75 anos) mostraram uma ligeira diminuição no risco percebido para CCU após lerem informação do HPV (MARLOW *et al.*, 2009).

No universo feminino, uma vez entendido que é a vida reprodutiva que possui limite de tempo, ao contrário da sua vida sexual, torna-se importante a conscientização que as mulheres mais velhas devem ser acompanhadas por profissionais de saúde visando a manutenção da sua saúde sexual e a necessidade de realizações de exames preventivos periódicos, com finalidade de prevenir ou diagnosticar precocemente doenças do aparelho reprodutor feminino, incluindo o CCU (COSTA *et al.*, 2010). Estudos demonstram que o CCU apresenta picos de incidência entre as faixas de 30 a 39 anos e 60 a 69 anos. De todos os novos cânceres cervicais, 20% ocorreram em mulheres com 65 anos ou mais e representaram aproximadamente 34% das mortes relacionadas ao câncer cervical (ELIT, 2014).

Mulheres com rastreamento citológico negativo entre 50 e 64 anos apresentam uma diminuição de 84% do risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 83 anos, em relação

às mulheres não rastreadas. Por outro lado, à medida que aumenta o intervalo deste último exame, há um aumento discreto do risco do desenvolvimento de um novo carcinoma. Estudos com bases populacionais vêm demonstrando que há um risco maior de CCU em mulheres idosas que não foram rastreadas em comparação com aquelas que foram rastreadas. E a taxa de mortalidade nesta faixa é alta e o rastreamento pode prevenir 75% dos CCU e das mortes pela doença (ELIT, 2014; INCA, 2016).

Albuquerque *et al.* (2009) avaliaram a cobertura do teste Papanicolau no estado de Pernambuco entre mulheres de 18-69 anos, encontraram proporções do exame menores que 40%, tanto entre mulheres com menos de 25 anos como aquelas com 60-69 anos. Corroborando com o estudo de Muller *et al.* (2008), no Rio Grande do Sul onde encontram que a faixa etária de maior risco para mortalidade do CCU é dos 40 aos 60 anos e que as mulheres de 40 a 49 anos foram as mais examinadas, porém, a faixa de 50-60 anos, possuía prevalência de exames atrasados ou nunca realizados igual a prevalência apresentada pelo grupo mais jovem.

Alguns fatores podem ser relacionados a não realização do exame preventivo pela população estudada: a própria idade, baixa escolaridade, pertencer a classe sociais mais baixas, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, não ter história familiar para a doença, ser casada e/ou relacionamento estável, ausência de queixas ginecológicas, índice de massa corporal com níveis de obesidade, nervosismos/vergonha, sentimento de dor/desconforto durante a coleta, não serem convidadas pelos médicos para realizar e/ou foram convidadas, mas não foram submetidas ao teste (KWAK *et al.*, 2009; LEE *et al.*, 2011; BRISCHILIARI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012; MARTINS- HUEDO *et al.*, 2012).

Vilaça *et al.* (2012) verificaram em seu estudo que a idade também é um fator que influencia na escolha do tratamento do CCU. Quando comparadas com as pacientes adultas, as com idade igual ou superior a 60 anos são menos submetidas a procedimentos cirúrgicos, radioterapia e/ou quimioterapia na doença em nível inicial, como também nos estágios mais avançados. Também foi observado que pacientes idosas são diagnosticadas em estadiamento mais avançados da doença.

A capacitação de recursos humanos da saúde, a implantação de protocolos, a qualidade do serviço e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecem e aumentam a eficiência da rede formada para o controle do câncer e as ações de cuidados que as mulheres idosas adotam em relação à prevenção do CCU somente tem efeito se realizadas de forma periódica e com acompanhamento profissional adequado (SANTOS *et al.*, 2011).

2.3 A MULHER IDOSA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, durante a década de 70 e 80 surgiu o Movimento de Reforma Sanitária, almejando por políticas públicas capazes de diminuir a desigualdade social, especialmente na saúde, ao entendê-la como dever do Estado e direito de todos os cidadãos. Durante este período, o acesso à saúde em nosso país era restrito ao trabalhador formal e aqueles que pudessem pagar pela assistência. Para os demais restava a saúde pública, restringindo-se a ações preventivas segmentadas (MATTOS, 2003; ESCOREL *et al.*, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2007).

Por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito universal e integral à saúde é reafirmado como um direito social estabelecido na Constituição de 1988. Por este direito, entende-se o acesso universal e com equidade a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e de indivíduos (BRASIL, 1990).

Em consonância com esses pensamentos, foi criado em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo propostas e abordagens voltada à saúde da mulher de uma forma integral da atenção, e não apenas da saúde reprodutiva. Este programa recomendava ações que envolvem todas as fases do ciclo feminino (BRASIL, 2011b; FERNANDES *et al.*, 2016; GONÇALVES e COSTA, 2019). Posteriormente em 2004, foi criado pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PNAISM). De acordo com a política, a humanização e qualidade da atenção são condições primordiais para que as ações de saúde resultem na solução de problemas identificados, tais como: a satisfação das usuárias; o fortalecimento da capacidade das mulheres na identificação de suas necessidades; no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2011b; SILVA, 2016b).

Dentre as áreas de atuação, que visam a assistência as especificidades das mulheres de forma integral englobadas pelo PNAISM, encontramos a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com ênfase na redução da morte materna, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras e previsto em lei para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha; a promoção, conjuntamente com o PN-IST/AIDS/MS, da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis, da infecção pelo HIV/aids e Hepatites Virais nas mulheres; redução da morbimortalidade por câncer na população feminina; implementação da saúde sexual e reprodutiva; implementação da saúde da

mulher idosa e o apoio na implementação das ações no campo da saúde no Programa Mulher Viver sem Violência (GONÇALVES e COSTA, 2019).

Este olhar é de importância, pois a literatura aponta que a fragilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte mantém uma relação estreita com situações de discriminação e fatores relacionados mais com desigualdade social do que com fatores biológicos. Para as mulheres, a situação de saúde não se detém apenas ao binômio saúde-doença, mas engloba diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente; moradia e renda; lazer; alimentação e as condições de trabalho (PITILIN et al., 2015; GONÇALVES e COSTA, 2019). Em paralelo às modificações ocorridas nas políticas públicas para as mulheres, o envelhecimento populacional, também requer demandas nas políticas públicas específicas para essa população.

A Política Nacional do Idoso, foi instituída em 1996, garantindo direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Esta política é voltada para todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais, sem distinção de sexo e gênero e tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006, SILVA, 2016b).

Com o intuito de garantir os direitos sociais do idoso, algumas iniciativas políticas foram direcionadas a esse público ao longo dos anos, como em 2003, com a criação do Estatuto do Idoso que dispõe sobre os direitos dos idosos à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, a comunidade, a sociedade e a família a responsabilidade pela asseguarção desses direitos (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada em 2006, debate a saúde de indivíduo idoso como algo que se traduz pela condição de autonomia e de independência, e não pela presença ou ausência de doença orgânica. Esta política direciona medidas coletivas e individuais de saúde para essa população em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos (BRASIL, 2006). E os estudos mais recentes, em relação às políticas de saúde para a pessoa idosa, vem indicando a importância de que os serviços foquem na prevenção de enfermidades crônicas e invistam num tipo de atenção multidisciplinar (MINAYO, 2019).

A legislação brasileira referente aos cuidados da população idosa, apesar de avançada, na prática é insuficiente. As diversas propostas nestas políticas estão bem delimitadas e traçadas, porém cabe aos gestores dos serviços governamentais, não apenas da área de saúde, e a equipe

de saúde debater as prioridades de atenção e fomentar uma política em rede (FERNANDES e SOARES, 2012). O SUS prioriza uma rede de serviço regionalizada, hierarquizada e descentralizada, de caráter público e em todas as esferas do governo, com controle pelos usuários por meio de participação social. Porém, é importante que exista ações intersetoriais abrangendo serviços de diferentes densidades tecnológicas conectado com as redes de suporte social formal e informal. A consolidação das políticas públicas de saúde, sobretudo as relacionadas com a APS, permanece sendo o grande desafio da integralidade no cuidado aos idosos (TORRES *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender as vivências de idosas diagnosticadas com câncer do colo do útero.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra no aspecto sociodemográfico;
- Analisar as experiências das idosas com câncer do colo do útero em relação ao processo de adoecimento, diagnóstico, tratamento.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo consiste em uma abordagem qualitativa, a qual se justifica pela necessidade de aprofundar os significados que usuárias idosas com câncer do colo do útero atribuem as suas experiências com o processo de adoecimento, o diagnóstico, o acesso ao serviço de saúde.

Espera-se com a adoção da metodologia ser capaz de incorporar na análise questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas, e desta forma produzir resultados de pesquisa que não seriam alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação (TURATO, 2005; STRAUSS e CORBIN, 2008, POPE e MAYS, 2009; MINAYO, 2014).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local do estudo foi o Serviço de Oncogeriatrics do Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira- IMIP. Este serviço funciona desde 2015 oferecendo atividades assistenciais ambulatoriais (consultas, interconsultas) com médicos oncologistas, geriatras, equipes de cuidados paliativos e equipe interdisciplinar, atividades educacionais e culturais para pacientes e familiares, atividades de capacitação permanente para profissionais de saúde envolvidos no cuidado e à sociedade em geral (IMIP, 2015).

Neste serviço, no primeiro atendimento o paciente é avaliado por uma equipe multidisciplinar (educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos e terapeutas ocupacionais), a qual aplica a Avaliação Geriátrica Ampliada (AGA), avaliando a dimensão nutricional (Mini Avaliação Nutricional-MAN), cognitiva (Mini Exame do estado mental e escala de depressão geriátrica), atividade de vida diária - AVD (índice de Kartz), equilíbrio e mobilidade (Timed Get Up and Go Test- TGUG) e nível de atividade física (questionário internacional de atividade física - IPAQ). Após avaliação, o paciente segue para consultas com o geriatra e oncologista. A partir do segundo atendimento, o acompanhamento é realizado com oncologista.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para seleção das entrevistas, foram analisados os prontuários. Foram incluídas as idosas com mais de seis meses de diagnóstico de câncer de colo de útero, acompanhadas no setor selecionado, residentes no estado de Pernambuco. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE para participar do estudo (Apêndice A). Os critérios de exclusão foram pacientes com dificuldade de memória e comunicação. As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2019 a agosto de 2020.

Os riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual da população alvo do estudo estão presentes, podendo trazer risco às participantes em relação ao constrangimento de não saber e/ou não querer responder as questões abordadas. Para minimizar este risco, as entrevistas ocorreram em local reservado, de forma individual e as entrevistadas, foram informadas que poderiam desistir de participar e retirar seu consentimento em qualquer momento. Com a finalidade de manter o anonimato das entrevistas foram utilizados nomes fictícios.

Em nosso estudo associamos as nossas idosas com nomes de flores, porque as flores tem o poder de transformar e despertar emoções, e assim como as nossas entrevistas, cada flor tem uma personalidade: **Amor-perfeito** - significa amor romântico e duradouro; **Azaleia** - significado associado a feminilidade, delicadeza, amorosidade, pureza e perseverança; **Begônia** - significa felicidade, delicadeza e cordialidade; **Camélia** - seu significado está relacionada com a cor, rosa associada a grandeza da alma, branca com a beleza perfeita e vermelha o reconhecimento; **Girassol** - associado a felicidade, entusiasmo, vitalidade, energia; **Hortênsia** - relacionado com devoção, coragem, determinação, dignidade, pureza de sentimentos e elevação espiritual; **Lírio** - significa pureza, inocência, doçura, paz e proteção.

A amostra foi por saturação, opção frequentemente utilizada nas investigações qualitativas, sendo operacionalmente definida como a suspensão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA *et al.*, 2008).

4.4 MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para viabilizar a coleta dos dados, optou-se pela entrevista. Essa técnica é útil no processo de trabalho de campo, pois possibilita a coleta de informações sobre determinado tema científico, por meio da comunicação verbal, expressa em um sentido mais amplo pelas observações dos

participantes (MINAYO, 2014). A entrevista consiste em uma conversação, na qual se exercita a arte de formular perguntas e escutar respostas, buscando abranger as perspectivas que têm os entrevistados sobre suas ideias, valores, situações que viveram entre outros. De acordo com as formas que se estrutura uma entrevista, elegemos a semiestruturada, que consiste em perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistador tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MANZINI, 2004; NAVARRETE *et al.*, 2009; MINAYO, 2014).

Para melhor conduzir a entrevista foi elaborado um roteiro (Apêndice B), que permitisse ao pesquisador listar temas ou aspectos do tema que deveriam ser abordados durante a entrevista, norteando o processo e auxilia na qualidade e consistências das informações coletadas (LIMA, 2016). O roteiro foi dividido em três contextos da entrevista: aspectos de vida; a representação do cuidado em saúde e as questões relacionadas ao CCU.

As entrevistas após serem gravadas e posteriormente transcritas, foram analisadas com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnica de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo permite acessar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja a presença tenha significado para o objeto de pesquisa, com a finalidade de desvendar o que está subjacente aos conteúdos perceptíveis, procurando ir além do óbvio, buscando evidenciar as situações de interesse da pesquisa (MINAYO, 2014).

As diferentes fases da análise de conteúdo, foram organizadas em torno de três polos cronológicos: primeiro a pré-análise; segundo a exploração do material e terceiro o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise consiste numa fase de organização do material, geralmente esta etapa possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise; a formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração de aspectos indicativos que fundamentem a interpretação final. A exploração do material consiste em operações de codificação/categorização, processo pelo qual os dados brutos foram transformados e agregados em unidades e a terceira fase, o tratamento dos resultados, consiste na interpretação da categorização realizada (BARDIN, 2016).

No estudo, as entrevistas na primeira etapa foram avaliadas e as falas classificadas em tópicos que se relacionam com determinados temas, organizados da seguinte forma: sobre a doença: conhecimento e desconhecimento; sobre o cuidado com a saúde; trajetória assistencial:

busca pelo atendimento e conduta médica; notícia do diagnóstico e repercussões; religiosidade; avaliação do tratamento. Posteriormente estes temas foram reestruturados em categorias a serem analisadas.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo respeitou todos os parâmetros bioéticos das Resoluções nº 466/12, nº510/16 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A primeira regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, a segunda dispõe sobre os procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados obtidos diretamente com os participantes e a terceira determina as especificidades éticas de pesquisa no SUS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE:08145319.7.0000.5208 e do Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira CAAE:08145319.7.3001.5201.

4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do estudo, foi a dificuldade no acesso às pacientes devido ao absenteísmo nas consultas. Esse fato está relacionado principalmente aos efeitos colaterais do tratamento (quimioterapia e radioterapia), e ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, visto que, nossa população de estudo encontra-se concentrada em grupo de risco, que redirecionou, por medidas de segurança, os atendimentos ambulatoriais por meio remoto. Tais circunstâncias, considerando os prazos burocráticos para a defesa, contribuíram para a não retomada do contato com as participantes do estudo para aprofundamento de alguns aspectos que poderiam ter sido explorados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender as vivências das setes idosas entrevistadas, os resultados e a discussão serão apresentados considerando o perfil sociodemográficas e a análise das entrevistas.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Os dados sociodemográficos das idosas entrevistadas em acompanhamento para tratamento do CCU no serviço de Oncogeriatrics, segue em quadro abaixo.

Quadro 01: Perfil sociodemográfico das idosas entrevistadas em acompanhamento para tratamento do CCU no serviço de oncogeriatrics, Recife, 2020.

	Amor Perfeito	Azaléia	Begônia	Camélia	Lírio	Hortênsia	Girassol
Idade	75	68	82	74	70	65	61
Estado civil	Solteira	Divorciada	Solteira	Viúva	Solteira	Divorciada	Solteira
Naturalidade	Recife (RMR)	Vicência (Região da Mata)	Gravata (Agreste)	Brejo da Madre de Deus (Agreste)	Limoeiro (Agreste)	Pesqueira (Agreste)	Olinda (RMR)
Escolaridade	Fundamental completo	Analfabeta	Analfabeta	Analfabeta	Ensino Médio completo	Analfabeta	Fundamental completo
Atividade atual	Aposentada	Aposentada	Do lar	Do lar	Aposentada	Aposentada	Aposentada
Nº Filhos	04	08	03	08	02	03	04
Tempo de diagnóstico	1ano4m	2anos	1ano4m	1ano	1ano	6anos	7anos

Os achados relacionados ao nível de escolaridade em nosso estudo corroboram com dados de outras pesquisas, as quais apontam alto índice de analfabetismo/baixa escolaridade no perfil das mulheres com CCU (RIBEIRO et al., 2015; MEDEIROS-VERZARO e SARDINHA, 2018; VAZ *et al.*, 2020; SELVA *et al.*, 2020). Das idosas avaliadas nos estudos de Medeiros-Verzaro e Sardinha (2018) e Selva *et al.* (2020), próximo a 43% tinham ensino fundamental incompleto e em torno de 55% eram analfabetas, respectivamente.

A literatura demonstra que no perfil epidemiológico para CCU prevalece baixa renda, raça parda/negra e menor escolaridade. A baixa escolaridade pode estar associada a elevação do número de casos da doença, visto que pode influenciar negativamente na adesão à medidas preventivas, bem como dificultar a compreensão de termos técnicos por parte das mulheres nas consultas (MEDEIROS-VERZARO e SARDINHA, 2018; SELVA *et al.*, 2020). Neste aspecto, além da escolaridade também é importante avaliar o letramento funcional em saúde (LFS), que corresponde à alfabetização e implica conhecimento, motivação e competência das pessoas para

acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para julgar e tomar decisões no cotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida (LIMA *et al.*, 2019).

Um estudo relacionando a autoavaliação de saúde e marcadores de desigualdade mostrou que para o sexo feminino os marcadores são escolaridade; renda domiciliar per capita e classe social, destacando o papel da baixa escolaridade com autoavaliação negativa entre as mulheres, e com avançar da idade esses fatores permanecem (SOUSA *et al.*, 2020).

O rastreio do CCU sofre a interferência de fatores de ordem social e subjetivo-cultural, vivenciados pelas mulheres, tanto do contexto organizacional, como também das ações dos profissionais de saúde (LOPES e RIBEIRO, 2019). E apesar dos avanços nas políticas para o controle da doença, a maioria do diagnóstico é feita em fases avançadas da doença, especialmente associadas à idade igual ou maior que 50 anos, vivendo sem companheiro, da raça ou cor da pele preta e com baixa escolaridade (THULER *et al.*, 2014).

As características socioeconômicas e culturais em nosso país compõem fatores significativos que podem explicar a persistência da incidência do CCU em diversas regiões, principalmente no Norte e Nordeste. A baixa condição socioeconômica e as limitações de acesso aos serviços de saúde, impedem as mulheres de serem diagnosticadas e receber o tratamento adequado em tempo hábil de cura (BRITO-SILVA *et al.*, 2014; VAZ *et al.*, 2020).

Desta forma, o envelhecimento populacional reflete em uma necessidade de cuidado intensivo, devido ao quadro epidemiológico heterogêneo de doenças. É importante a organização dos serviços de saúde e a formação de equipe multidisciplinares, estimulando o autocuidado, controle e tratamento de agravos precocemente, prevenindo sequela incapacitantes e garantindo qualidade de vida desta parcela da população.

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Das entrevistas emergiram setes categorias, a saber: A frágil prevenção ginecológica; o “saber “sobre o câncer do colo do útero; a trajetória assistencial: a busca tardia pelo cuidado; a reação ao diagnóstico; a rede de apoio: fragilidade e solidez; espiritualidade e religiosidade; percepção sobre o tratamento e da qualidade da assistência.

5.2.1 A frágil prevenção ginecológica

As idosas entrevistadas apresentaram fragilidade na prevenção ginecológica, conforme demonstrado nas falas de cinco participantes.

Olha não vou mentir, eu ia para médico só, era muito difícil fazer exame de prevenção, não vou mentir, por isso aconteceu... Mais ou menos eu fiz umas duas vezes só, aí depois deixei de fazer (Azaleia, 68anos).

Mas minha flor, eu nunca precisei, da vez que precisei já foi transferido para aqui (Camélia, 74anos).

Cuidava mais era da visão, tenho glaucoma, sempre me preocupei muito com a visão, mas preventivo não fazia (Lírio, 70 anos).

Os exames eles sempre diziam que, como eu sempre eu tive uma manchinha branca, que era para fazer de seis e seis meses, aí depois desapareceu e ele disse que de ano e ano tem que fazer, aí eu acho que eu passei uns sete anos sem fazer (Hortênsia, 65 anos).

Não, não eu nem ia para médico, nunca fui para o clínico (Margarida, 61 anos).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cobertura do exame Papanicolau na população alvo deve ser de no mínimo 80%, e estima-se uma redução em média de 60 a 90% a incidência de câncer cervical invasivo, com a garantia de diagnóstico e tratamento adequado dos casos alterados (WHO, 2002; INCA, 2020). De acordo com Oliveira et al. (2018b), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, mostraram que a proporção das mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos que realizaram o exame Papanicolau nos últimos três anos anteriores à pesquisa foi de 79,4%, e para o recorte de faixa etária entre 55-64 anos, o resultado foi de 71%. Quando associado às capitais, a prevalência de realização do exame aumenta para 83,8%, assemelhando-se com os 82,9% pelo Sistema VIGITEL, realizado no mesmo ano.

Em Pernambuco, estudo realizado por Brito-Silva *et al.* (2020) analisando a cobertura do citopatológico no período de 2002-2015, encontraram um cobertura com razão abaixo de 0,2 para o triênio 2002-2004, evoluindo para um discreto aumento da cobertura nos anos de 2005-2007, havendo um aumento nos anos de 2008-2010, chegando a aproximadamente 0,6 da cobertura e seguindo por uma queda nos anos de 2011-2013, (retornando para abaixo de 0,5), mantendo a média no último biênio (2014-2015). Para o ano de 2017, o Estado permaneceu abaixo da meta esperada, com razão de 0,44, atingindo 0,4. Entre as dificuldades analisadas para o não cumprimento da meta estão: entrega dos resultados de exames pelos laboratórios fora do prazo estabelecido pelo MS; acesso limitado das usuárias ao exame, o município trabalhar apenas com demanda espontânea e limitações do Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (SES-PE,2018).

No Brasil, a maioria dos exames de colpocitologia oncótica são realizados por demanda espontânea nos serviços de saúde, e a avaliação do impacto do rastreamento é concentrada apenas na cobertura da população que realizou o exame, fato que pode mascarar os dados, não representa

a população feminina da área e reduz a possibilidade de prevenção (SOARES e SILVA, 2016; SILVA, 2016a). Nessa modalidade desordenada de serviços, o rastreamento não é aplicado de forma sistemática, além de não haver o desenvolvimento de busca ativa de casos, resultando em desigualdade de acesso e uso insuficiente de recurso (BRITO-SILVA *et al.*, 2014; SILVA, 2016a).

A dificuldade no acesso do exame preventivo no SUS é um dos aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde da atenção básica, tendo impacto direto nas ações de prevenção e detecção precoce (BRITO-SILVA *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019; SELVA *et al.*, 2020). Outro ponto importante a ser avaliado, é a qualidade da coleta e da análise laboratorial dos exames preventivos. Essas etapas são fundamentais para proporcionar um resultado fidedigno, evitando falso-negativo, garantindo um diagnóstico preciso e tratamento adequados às mulheres (SILVA *et al.*, 2014; BRITO-SILVA *et al.*, 2020).

A realização de exames ginecológico preventivo apresenta forte relação no conhecimento popular com a vida sexual ativa. No estudo em pauta a referida concepção se faz presente. Como pode ser observado na fala abaixo.

Não é incrível, uma pessoa tão assim esclarecida, e de repente não liguei de mim, eu também não tinha companheiro mais (Lírio, 70anos).

Oliveira *et al.*, 2019, observam que as mulheres idosas, tendem a não aderir aos exames preventivos e ginecológicos quando comparadas às mulheres mais jovens. Esta correlação pode ter associação com o fim da idade fértil, uma vez que a aproximação da menopausa pode acarretar o abandono das práticas preventivas. Outro fator importante diz respeito ao fato de que muitas delas não têm conhecimento sobre o rastreamento periódico do CCU e acabam se tornando mais propensas ao desenvolvimento da patologia. A fragilidade no conhecimento pode estar relacionada com a ausência de comunicação entre a paciente e o profissional de saúde.

Um estudo realizado sobre a adesão ao exame preventivo com 220 mulheres, revelou que 39% estavam com o exame atrasado e 23% nunca realizaram o exame (OLHÊ *et al.*, 2013). Em relação aos fatores que interferem a realização do exame Papanicolau para as mulheres idosas, observa-se a presença de sentimentos como vergonha, principalmente quando a realização do mesmo é feita por um profissional do sexo masculino; medo do procedimento e do seu resultado, a própria faixa etária e não estarem com atividade sexual ativa (OLHÊ *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Feitosa *et al.* (2017) e Rodrigues *et al.* (2020), avaliando o conhecimento das idosas a respeito do exame, encontraram respectivamente, um percentual de 65,5% de inadequação do conhecimento das mesmas e que 94,9% já teriam ouvido falar sobre o exame, porém apenas

46,2% responderam que a finalidade era a prevenção do CCU. Sobre o tempo de realização do último exame, Leite *et al.* (2019), em estudo sobre a temática, observaram que a maioria das idosas entrevistadas tinham realizado o exame entre três a dez anos, e que uma entre elas, nunca tinha realizado. A justificativa para o longo tempo sem realizar o exame preventivo, na maioria dos relatos, teve como explicação a não informação dada pelos profissionais de saúde sobre a importância da realização do mesmo.

Criadas para servir e cuidar do outro, em muitos casos, o autocuidado se apresenta fora de suas realidades, especialmente para as idosas em condições sociais e econômicas desfavoráveis. Na entrevista, Hortênsia (65 anos) fala da sua dedicação ao companheiro e da não prática do autocuidado.

Passei nove anos com ele, o tempo que passei com ele foi o tempo que me relaxei, eu pensava só em chegar em casa cedo, chegar cedo do trabalho, aí pronto quando vim descobrir já estava um pouquinho avançado (Hortênsia, 65anos).

Santos *et al* (2011), constataram em sua pesquisa, que as idosas não possuíam conhecimento sobre a prevenção do CCU e não realizavam práticas de autocuidado. E ressalta a importância que essas mulheres conheçam as formas de prevenção da doença, pois, na proporção que entendem sobre as medidas preventivas, de manutenção ou melhora da saúde e reabilitação, se tornam aptas a enfrentar melhor a doença e a suas repercussões, permitindo um gerenciamento mais efetivo de suas vidas.

Uma das entrevistas exteriorizou sobre sua sobrecarga de trabalho e a dificuldade para manter uma rotina de cuidado à saúde.

Eu fiz essa prevenção e mandaram para Santo Amaro, para fazer o que eu não sei, não me informaram, eu fui, aí com um mês chegou uma carta para fazer a revisão, só que o serviço do restaurante era muito assim, era duas cozinheira, era eu e a outra, só que a responsabilidade ficava mais na minha mesmo, aí eu descuidei e não fui mais procurar o serviço de saúde (Amor-perfeito, 75anos).

No estudo de Carvalho *et al.* (2018), essa barreira também foi relatada pelas mulheres, para realização do exame preventivo. A tripla jornada feminina (com a inserção no mercado de trabalho e a responsabilidade de cuidar dos filhos e da casa) e as longas jornadas de trabalho, podem desestimular a realização do exame com regularidade.

De acordo Castañón *et al* (2014), as mulheres com rastreamento negativo entre 50-64 anos, apresentam uma diminuição de 84% no risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 83 anos, em relação às mulheres não rastreadas. No entanto, à medida que aumenta o intervalo do último exame realizado, há um aumento discreto do risco de desenvolvimento de um novo carcinoma. Da mesma forma o MS recomenda que nos casos de mulheres acima de 64

anos e que nunca foram submetidas ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de três anos. Caso esses dois exames resultarem em negatividade, a mulher pode ser dispensada de exames adicionais (INCA, 2016).

Estas reflexões, levantam a discussão sobre a idade limite de parada para o rastreamento do CCU, que mais importante do que estabelecer a suspensão do exame é analisar os fatores de riscos, a frequência de exames e o resultado de exames anteriores. As recomendações devem ser analisadas de forma individualizada pelos profissionais de saúde, tentando fazer uma busca ativa do histórico ginecológico da paciente. Visto que nossa população por fatores socio econômicos e culturais tende a ter dificuldade no cuidado com a saúde, em especial as mulheres idosas.

5.2.2 O “saber” sobre o Câncer do Colo do Útero

Em nosso estudo, as idosas demonstraram um desconhecimento e/ou um conhecimento superficial sobre o CCU

Nada, nadinha. Nunca me explicaram nada (Amor-perfeito, 75 anos).

Apois nunca me ensinaram de nada (Bergônia 82, anos)

Só sabia que existia, mas não sabia como começava, nem como ela se gerava né (Camélia, 74anos)

Sabia que era uma doença que, que... geralmente não tem cura (Lírio, 70 anos)

Já tinha, mas você sabe né, você acha que só vai acontecer com os outros né, com a gente não.... Assim, que é difícil ter cura, logo no início muita gente morria, o povo nem dizia que tinha, com vergonha né, agora não, agora está liberado, todo mundo sabe, os médicos contam a gente né, antigamente não diziam né (Hortênsia, 65anos).

Estudos vêm demonstrando um aumento significativos de mulheres maiores de 65 anos com CCU. Thuler *et al.* (2012), encontraram como idade média de diagnóstico do CCU 49,2 anos, no entanto, observaram que 17% das mulheres receberam o diagnóstico de CCU acima de 64 anos. Dados semelhantes foram evidenciados em pesquisa realizada em 02 hospitais nos Estados Unidos com 1.119 mulheres acompanhadas com CCU, o qual demonstrou que 119 delas tinham idade superior a 65 anos (HURRIA *et al.*, 2011; YOO *et al.*, 2017, DIVER *et al.*, 2018). Ribeiro *et al.* (2016), em estudo com idosas com CCU acompanhadas no hospital oncológico de referência no Piauí, encontraram um percentual de 38,5% com faixa etária até 60 anos e 61,5% acima de 70 anos.

A idade avançada é um dos determinantes para o diagnóstico em estágio tardio. Estudos sobre o estágio da doença no momento do diagnóstico mostram que mulheres com idade entre

30 e 39 anos, a chance de ter a doença no grau avançado foi 10% maior que nas mulheres mais jovens, aumentando gradativamente até duas vezes para as faixas etárias de 60 anos ou mais (THULER *et al.*, 2014; GREEN *et al.*, 2020). Confirmando os dados encontrados por Vilaça *et al.* (2012), que demonstraram que as mulheres adultas são diagnosticadas em estágios mais precoces da doença (45%) em comparação com as com as idosas (25%). A taxa de mortalidade também é mais elevada entre as idosas, visto que um estudo demonstrou que 46,4% dos óbitos se concentram nas faixas de 60-69 e 70 e mais anos (MEIRA *et al.*, 2011).

No município de São Paulo, entre os anos de 2008-2012, a mortalidade por CCU se manteve com taxas elevadas nas regiões periféricas e com piores condições socioeconômicas (BERMUDI *et al.*, 2020). Fato também observado no interior das regiões Norte e Nordeste, onde as taxas em 2017 chegam a ser três vezes mais frequentes do que na região Sudeste. Essa desigualdade na mortalidade entre as regiões brasileiras pode ser exemplificada por alguns indicadores, entre eles, o número de anos potenciais de vida saudável perdidos aos 60 anos de idade é duas vezes mais alto na região Norte em comparação à Sudeste (AZEVEDO-E- SILVA *et al.*, 2020).

Dados relacionados ao CCU em idosas não são unânimes nas regiões brasileiras, no entanto, o aumento da expectativa de vida, maior exposição aos fatores de risco, junto a má adesão ao rastreamento da neoplasia nesta população, são preocupações atuais. Outra inquietude é estabelecer estratégias efetivas para promoção e prevenção da saúde, dessas mulheres, visto que, mesmo quando possuem acesso aos serviços de saúde, nem sempre aderem à realização do exame preventivo e ainda apresentam conhecimento restrito sobre o CCU e suas formas de prevenção, contribuindo para a vulnerabilidade das mulheres à neoplasia (OLIVEIRA *et al.*, 2018a; GREEN *et al.*, 2020).

Em relação aos sintomas da doença, o principal relatado pelas idosas entrevistadas foi o sangramento vaginal.

Só descobrir quando eu tive um começo de hemorragia, foi três dias de perdendo sangue... Quando eu ia sentar no banheiro, chega pingava e soltava muito sangue, eu tive que usar modess, o modess ensopava, tirava aí ensopava de novo (Amor-perfeito, 75anos).

De repente comecei a sentir umas dores nas costas, muito forte, achando que era coluna, e nisso tome remédio para coluna aí piorou (Lírio, 70 anos).

Daí fiquei com a hemorragia (Girassol, 61 anos).

Eu tava na casa da minha filha passando uns dias lá, aí me deu aquela dor no pé da barriga e só sangue, assim aquele sangue bem fraquinho. Daí eu disse ..., eu com essa idade, porque tava com 66 ainda né, ainda menstruada? (Azaléia, 68anos).

Eu voltei a menstruar em maio do ano passado, daí procurei a médica (Begônia, 82anos).

Eu não sentia dor, não sentia nada, só sentia muito escorrimento, aquele escorrimento velho, fedorento, foi da vez que eu fui fazer a lâmina, aí a enfermeira mestre me encaminhou para aqui (Camélia, 74 anos).

Dados semelhantes foram encontrados por Selva *et al.* (2020), em que 94,5 % das mulheres apresentaram sintomas da doença, sendo mais prevalente o sangramento vaginal (87,7%), seguido por dor pélvica (37%). Outro estudo realizado por Carvalho *et al.* (2018), também constatou que a maioria das mulheres pesquisadas procuraram o serviço de saúde após o surgimento de sintomas indicativo de alterações ginecológicas. Queixas de sintomas como dor, corrimento e prurido são indicativos para exame preventivos, em contrapartida, sintomas como sangramento vaginal e corrimento com odor fétido, são indicativos de estágio avançado da doença, evidenciando um diagnóstico tardio.

Diante do exposto, é necessário um olhar mais ampliado as mulheres mais velhas, sendo necessário quebrar tabus e esclarecer dúvidas, visto que estas mulheres são provenientes de uma geração com uma sociedade muito mais patriarcal e machista que os dias atuais. O desconhecimento da patologia citado pelas entrevistadas, apontam para a fragilidade nas ações da atenção básica, principalmente na faixa etária estudada. Reforça-se, portanto a importância das atividades educativas, pois é um elemento de grande valia para a detecção precoce e prevenção do câncer.

5.2.3 A trajetória assistencial: a busca tardia pelo cuidado

Para as idosas que participaram do nosso estudo, o marco inicial para procurar por um serviço de saúde foi o surgimento de sintomas ginecológicos, conforme expressado por quatro das entrevistadas.

Só descobri quando eu tive um começo de hemorragia, foi três dias de sangue perdendo... Eu cheguei através da doutora do posto, ela fez os primeiros socorros, quando eu contei a ela, ela mandou logo imediatamente eu fazer os exames, no laboratório mulher... E ela pediu o resultado com urgência, e aí ela me mandou para cá (Hospital....) (Amor-perfeito, 75 anos).

Fui para a médica lá (Posto de Saúde...) A gente foi para uma clínica particular, lá não tem ginecologista no posto. Aí descobriu esse câncer e ela passou aqui para o (Hospital ...) (Begônia, 82 anos).

A gente foi para UPA, e da UPA mandava para casa, até que uma vez fizeram exame de sangue, viram que a creatinina estava altíssima, aí já foi logo direcionando a ambulância para o (Hospital de Urgência...), já para fazer hemodiálise...Por sorte minha sobrinha é médica, ela que desconfiou dessa situação, porque até no (Hospital de

Urgência...), ninguém nunca atentou para ver que era alguma coisa no útero, só estava cuidando dos rins, aí foi ela que desconfiou e me trouxe para cá (Lírio, 70 anos).

Vários estudos constataam a procura tardia pelos serviços de saúde nos países em desenvolvimento, bem como, dificuldade de acesso para realização dos exames preventivos e desconhecimento sobre os sinais e sintomas da doença (CARVALHO *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019; SELVA *et al.*, 2020).

Com relação ao início do tratamento hospitalar, observa-se na entrevista fala que refere sobre o atraso.

Eu passei uns dez anos sem fazer (exame preventivo), eu fiz uma vez só, daí fiquei com a hemorragia, aí fiquei fazendo (exame), mas lá no posto não acertaram nada e de repente a hemorragia bateu (Girassol 61 anos).

De acordo com a lei 12.732 de 2012, após dado o diagnóstico de câncer, é preconizado um tempo máximo de 60 dias para o início do tratamento. Selva *et al* (2020), observaram um tempo superior, com mediana de 81 dias para as adultas e 93 dias para as idosas, e com intervalo de tempo significativamente maior para as que não residiam na região metropolitana do Recife (RMR). Dados semelhante foram verificados por Carvalho *et al.* (2018), no qual a média de tempo para início do tratamento foi de 115,4 dias.

Esse fato pode estar associado a uma superlotação no serviço, dificuldades no acesso ao exame preventivo (burocratização e baixa flexibilização nas consultas, quadro de funcionários insuficientes, falta de material, funcionalidades das máquinas-reparos e consertos) que atrasam o início da terapia (BRITO-SILVA *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019; SELVA *et al.*, 2020)

Apesar dos avanços na propagação de medidas preventivas, o CCU continua a ser um problema de saúde importante no país, evidenciando a importância do fortalecimento de políticas públicas, voltada a atenção integral à saúde da mulher, garantindo ações relativas ao controle dessa patologia (TSUCHIYA *et al*, 2017). Fazem-se necessárias estratégias para a redução no tempo de diagnóstico do CCU, assim como, a garantia do início de tratamento precocemente, com acesso a exames para o planejamento do tratamento.

5.2.4 A reação ao diagnóstico

Diante da notícia do diagnóstico de CCU, as idosas entrevistadas relataram medo e insegurança, desespero e tristeza.

Quando ela disse, a senhora sabia que está com câncer, meu mundo caiu assim, eu arriei assim na parte que os médicos ficam, no momento tive vontade de sair correndo do hospital, mas daí eu me controlei, ela me acalmou e disse a senhora vai se tratar, não se preocupe, não fique assim não, que vai ser pior para senhora, porque assim a senhora não vai ajudar, aí eu fui me acalmando. Entrei em um processo depressivo (Lírio, 70 anos).

Eu fiquei nervosinha, mas depois me acalmei, o médico mandou eu imediatamente procurar o tratamento que era urgente e falar com a psicóloga, mas nem precisou que eu tava calma (Girassol, 61anos).

Fiquei nervosa, porque essa doença não tem cura não (Begônia, 82anos).

De acordo com Silva *et al* (2017a), em estudo realizado com mulheres no pós-operatório de CCU, os principais sentimentos acarretados com o diagnóstico de câncer, foram o desespero e medo, negação e vergonha.

O diagnóstico de câncer acarreta uma série de sentimentos que variam de indivíduo para indivíduo. A forma de perceber o problema de saúde e enfrentá-lo pode sofrer influências decorrentes das interpretações sociais construídas ao longo da vida (SILVA *et al*, 2017a). O CCU, no aspecto de doença crônica, está conectado a um acompanhamento de fatores de risco, sinais, sintomas e necessidades que geram cuidados específicos, necessitando de interpretações multidimensionais, representando particularidades das dimensões simbólicas, e estas são resultantes do conhecimento, significado e da experiência de adoecimento na vida de mulheres que o possuem (SOARES *et al.*, 2019).

O câncer ainda é visto como sinônimo de morte e como uma doença que não se deve mostrar, devido ao estigma que se encontra arraigado às pessoas. O diagnóstico da doença atribuído ao indivíduo discriminação e rejeição pela sociedade, afetando o seu convívio familiar e até mesmo nas suas tarefas produtivas, o indivíduo precisa encarar não somente a doença, mas o descrédito da sociedade (VERAS e NERY, 2011). Os procedimentos, condutas e rotinas terapêuticas, embora existam com a finalidade de restabelecer e promover o bem-estar do paciente, são compreendidos como ameaçadores, agressivos e invasivos, aumentando os sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade, como também podem despertar medo da recidiva da doença ou da própria morte (SILVA *et al.*, 2017a).

Este diagnóstico traz implicações no âmbito físico, financeiro e interpessoal, afetando o comportamento, relacionamentos sociais, a percepção do paciente e dos seus familiares, bem como o prognóstico da doença. A maneira de como será comunicado aos familiares e pacientes um diagnóstico de uma doença, em especial, o de câncer pode interferir de forma direta nos sentimentos que serão gerados a partir deste momento e na maneira como a doença será encarada. As particularidades da revelação de um diagnóstico são fundamentais para minimizar a dor, o

sofrimento e proporcionar a aceitação da doença não apenas pelo paciente, como para os familiares envolvidos no momento (JANUÁRIO *et al.*, 2018). A demora no diagnóstico, o fracionamento do cuidado e a ausência de informação acerca do tratamento, afeta a integralidade do cuidado de mulheres já fragilizadas pelo diagnóstico da doença (CARVALHO *et al.*, 2018; SOARES *et al.*, 2019).

5.2.5 A rede de apoio: fragilidade e solidez

Em relação a rede de apoio, pode-se perceber uma dualidade neste aspecto, algumas idosas contavam com uma rede de apoio consolidada, principalmente a familiar, enquanto outras possuíam dificuldade neste campo.

Graças a Deus, a minha família é pequena, mas meu deu uma força, entendesse, mesmo perdendo marido, perdendo casa, graças a Deus estou aqui contando a história” (Hortênsia, 65 anos).

Então não sei ler, aí eu perdi a data de fazer o exame, agora estou marcada para hoje e amanhã, já para dar os procedimentos dos tratamentos, tudo atrasado, porque? Falta de interesse, eu fico calada, posso fazer nada, se a gente reclamar fica com raiva e quem está sofrendo sou eu, quem sofre sou eu [...] As doutoras não tem culpa, quem tem culpa são vocês, quem tem culpa é vocês, nem eu tenho culpa, vocês que são negligentes, doutor tem culpa não, os doutor pedem, faz a parte deles, mas vocês são negligentes, pelo amor de Deus, faça isso comigo não, que já é um negócio, né vocês que tá sofrendo em cima de uma cama, sofrendo de do, as vezes tenho que fazer minhas atividades, mas não posso, penso que minha magreza é por causa que eu não como, é por causa que as vezes a dor tá tão demais que não posso nem me alimentar direito (Amor- perfeito, 75anos).

O pessoal gosta muito de mim lá na igreja, foram me visitar, ficaram orando por mim, mas teve uma das amigas minhas que disse na minha frente: “ela tá é acabada!” Isso me arrasou, aí pronto, eu me desesperei [...]. Já meu irmão disse: “Vai ficar tudo bem, não se preocupe com nada não, o que precisar ligue para mim”. E meu irmão é que me dá a feira de casa, é um dos meus irmãos, e assim a gente vai sobrevivendo [...] (Lírio, 70 anos).

O apoio social é definido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições possam oferecer. Para os idosos este apoio, se adequa como parte importante da atenção integral à sua saúde, sendo um enfoque importante, quando se pensa na melhoria das condições de vida e de saúde. Uma rede social apropriada, tanto em sua extensão como na qualidade de relações, promove o suporte em nível emocional, instrumental, informacional e cognitivo. Por outro lado, uma rede social que fornece um apoio inapropriado pode associar-se com diversos aspectos tão amplos, que excede condições patológicas e poderiam estar associadas diretamente a indicadores de mortalidade (GUEDES *et al.*, 2017).

Pensando na redução do sofrimento psicológico, o apoio social tem sido reconhecido como peça importante na manutenção da saúde e na qualidade de vida, uma vez que a percepção positiva desse suporte apresenta impacto positivo na saúde física e mental, além de representar uma estratégia eficaz para lutar contra a doença (SETTE e CAPITÃO, 2018).

5.2.6 Espiritualidade e religiosidade

Espiritualidade e religiosidade são conceitos relacionados, e que frequentemente são utilizados como sinônimos, porém seus significados são diferentes. A espiritualidade engloba as necessidades humanas universais, ela pode ou não incluir crenças religiosas específicas e fornece uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas da pessoa. Enquanto a religião pode ser entendida como um grupo ou sistema de crenças que envolve o sobrenatural, sagrado ou divino, e códigos morais, práticas, valores, instituições e rituais associados a tais crenças (CERVELIN e KRUSE, 2014).

Em nossa amostra, quatro idosas demonstraram uma ligação com a espiritualidade e religiosidade para o enfrentamento do processo de adoecimento e tratamento que estavam passando, como os relatos a seguir.

Olhe eu espero uma restauração, primeiramente em Deus e secundamente eu peço muito a Deus que Deus use os médicos, dê inteligência e sabedoria aos médicos, porque diante de Deus, os médicos estão recebendo muita oração, principalmente porque o povo tem orado muito por mim (Amor-perfeito, 75 anos).

Graças a Deus, tomei três bolsas de sangue, tomei soro tudinho e comecei fazer o tratamento [...] Eu estou muito nervosa, muito nervosa, mas Deus é mais [...] Daí o doutor disse vamos fazer logo o tratamento do câncer do colo de útero, Graças a Deus, agora esse tratamento que eu tou fazendo ele mata o câncer tudinho, mas pode atingiu outra coisa em mim [...] Se Deus quiser eu fico boa (Azaléia, 68 anos).

Nada, eu entreguei a Deus e acabou o papo. E só a quem a gente deve entregar né, a Deus e os Doutor (Lírio, 70 anos).

Foi quando a menina disse eu vou marcar médico para ela e marcou e foi quando graças a Deus em melhorei aqui (Girassol, 61 anos).

Para muitas mulheres após o diagnóstico da doença, dependendo dos aspectos sociais e culturais das mesmas, associa-se algumas modalidades de enfrentamento, entre elas o apoio social e/ou familiar, como já destacado na categoria anterior, bem como a espiritualidade e a religiosidade. A espiritualidade é considerada alicerce para o enfrentamento do processo de adoecimento (SILVA *et al.*, 2017a).

A fé auxilia no comportamento diante do câncer, como também, oferece suporte para os desafios originado pelos tratamentos, e até mesmo o medo da morte. Portanto, a fé é considerada

como um importante instrumento no enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento para o paciente e sua família, por proporcionar conforto e esperança na superação da doença (SALCI e MARCON, 2011; SILVA *et al.*, 2017a).

Freitas *et al.* (2020), investigaram, que a espiritualidade e a religiosidade foram reveladas como estratégias utilizadas pelos participantes para vivenciarem os desafios, desconfortos, sofrimentos e incertezas do adoecimento.

A espiritualidade e religiosidade revelam-se como importantes saídas de enfrentamento utilizados pelas idosas com câncer diante ao sofrimento, culpa e pensamento sobre a morte que perpassam no cotidiano instável do tratamento e o processo de finitude. Esses recursos promovem alívio nos momentos difíceis, força para superar os impactos emocionais, auxiliando no bem-estar e na ressignificação do sentido da vida, diante do que não pode ser modificado (FREITAS *et al.*, 2020).

5.2.7 Percepção sobre o tratamento e qualidade da assistência

De acordo com o tipo de tratamento, três idosas receberam a quimioterapia associada à radioterapia, como também a realização da ¹braquiterapia, conforme os relatos.

Fiz quimio, radio e braquiterapia, as três coisas, a braquiterapia foi a pior tristeza do mundo (Girassol, 61 anos).

Mas o tratamento foi muito difícil, mas o resultado foi bom, principalmente a quimio. Eu sofri viu [...] A radioterapia pareceu ser mais leve [...] A braquiterapia foi a pior, mas agora tenho que fazer uns exercícios, como eu não faço sexo, para poder fortalecer, a médica disse se eu não fizer fecha a vagina aí tem que fazer cirurgia (Lírio, 70 anos).

Primeiro eu fiz todos os exames, e quando descobriu, eu passei seis meses me tratando né, com o problema né, com esse negócio no soro?... Isso quimioterapia [...] Sim, fiz tudinho, braquiterapia, tudinho aí depois de seis meses fiquei na espera de operar [...] foi, tirou tudinho, fiz histerectomia (Hortênsia, 65anos).

O tratamento do CCU apresenta variações de acordo com estadiamento da doença, o tamanho do tumor e as condições clínicas da paciente. Os tumores em estágios iniciais são tratados preferencialmente com procedimentos cirúrgicos; e os tumores localmente avançados necessitam da combinação de quimioterapia e radioterapia. Atualmente, essa associação também é indicada para o tratamento de tumores com comportamento mais agressivo (VILAÇA *et al.*, 2012).

¹ Braquiterapia é a forma de radioterapia em que se coloca a uma fonte de radiação dentro de, ou junto à área que necessita de tratamento.

Selva *et al.* (2020), encontraram em estudo com mulheres adultas e idosas, que no que diz respeito às idosas, 51,1% realizaram quimioterapia concomitante à radioterapia e 66,7% realizaram a braquiterapia. De forma semelhante, Ribeiro *et al.* (2016), referiram que 55,7% das idosas foram submetidas a quimioterapia coadjuvante à radioterapia. Esses resultados caminham na mesma direção do que Vilaça *et al.* (2012) já apontava: as pacientes idosas quando submetidas à quimioterapia associada à radioterapia e braquiterapia, apresentam taxas de sobrevida e de complicações semelhantes às das pacientes mais jovens. Dado que justifica o investimento no tratamento mais incisivo em mulheres idosas e legítima o negligenciamento do envelhecimento. Em relação a avaliação do tratamento, as setes entrevistas apresentaram satisfação sobre a assistência à saúde prestada, conforme discurso emergido.

Mas que eu tenho bons médicos, bons médicos, não tenho o que dizer dos médicos daqui, são ótimos médicos, são muito atenciosos com os tratamentos do paciente (Amor-perfeito, 75 anos).

O acompanhamento aqui bem, bem, não foi mal não, foi bom, graças Deus (Azaléia, 68 anos).

Aqui tá tudo muito bom, muito bom mesmo, melhorei de tudo, a menstruação não veio mais (Begônia, 82 anos).

O tratamento para mim começou bom e está terminando né [...] Muito bom, para mim está bom demais, vim aqui, fiz a quimioterapia, a radioterapia, fez todo o processo direitinho (Camélia, 74 anos).

O tratamento foi muito difícil, mas o resultado foi bom, principalmente a quimio. Eu sofri viu (Lírio, 70 anos).

Espero que melhore mais né, não tá ruim, espero que melhore mais né, que descubra logo a cura disso, para ver se a gente ficar boa, porque é muita gente sofrendo com essa doença menina, assim, somente, daqui eu não tenho o que dizer daqui, desde o começo eu fui bem tratada até agora, não tenho o que dizer daqui não, do povo daqui não (Hortênsia, 65 anos).

Eu acho bom, o daqui né, os dos outros eu não sei, a gente é muito bem tratada, muito bem cuidada, eles cuidam muito bem da gente, as meninas também, eu gostei, eu nunca tive problema não, fui muito bem tratada até hoje (Girassol, 61 anos).

No tocante à assistência prestada, Theobald *et al.* (2016) também encontraram satisfação dos pacientes em relação aos profissionais de saúde. Porém deve-se salientar que existe o receio de alguns usuários em expressar opiniões negativas e culminar com prejuízos no atendimento, mesmo apresentando um sentimento de gratidão à equipe atrelado ao acesso aos serviços, ainda que não seja resolutivo (SOUSA JUNIOR *et al.*, 2016).

Em relação ao atendimento na assistência hospitalar estudos demonstram que a satisfação dos pacientes está relacionada com o sexo, faixa etária, raça, grau de escolaridade, estado civil e

modalidade de tratamento, se clínico ou cirúrgico (VELLO *et al.*, 2014; ARAUJO *et al.*, 2014; SOUSA- MUÑOZ *et al.*, 2017; GADELHA *et al.*, 2020).

De acordo com Ferreira *et al.* (2020), analisando a satisfação dos idosos acerca da qualidade do atendimento do serviço público de saúde brasileiro, observaram que os idosos na sua maioria, apontam pontos positivos acerca da satisfação com o serviço prestado, principalmente a assistência e as orientações dos profissionais de saúde. Contudo, os autores ressaltam que existem fragilidades em relação a funcionalidade do sistema de saúde que geram insatisfação na população em questão, principalmente relacionadas com a acessibilidade; integralidade do cuidado; dificuldade de marcação de exames, tempo de espera no ato do atendimento e até mesmos a falta de prioridade no tratamento.

A análise das entrevistas, considerando as categorias que emergiram, aponta para a necessidade de investimento na conscientização e modificação da mentalidade dos profissionais de saúde voltada a saúde da mulher idosa, permitindo desta forma uma longevidade feminina com qualidade. As mulheres, quando são esclarecidas sobre sua capacidade de autocuidado, tornam-se mais aptas ao desenvolvimento de um papel de autoproteção, tomando as medidas preventivas e tendo a oportunidade de transformar a realidade na qual fazem parte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe como compreensão, que as idosas possuem baixa escolaridade; baixa adesão ao exame de rastreio; pouco conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção. A descoberta da doença ocorreu em fase mais avançadas, realizaram com boa aceitação o tratamento indicado para a patologia e apresentaram-se satisfeitas com a assistência à saúde prestada. Demonstrando também, a importância da rede social de apoio e da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento do tratamento.

O envelhecimento populacional acarreta importantes modificações na sociedade, principalmente sobre a situação de saúde deste grupo populacional. Desta forma, percebe-se a necessidade de implementação de ações voltadas para aumentar a cobertura de rastreamento das mulheres mais velhas e conscientizar os profissionais de saúde, para um olhar mais amplo ao histórico ginecológico e na identificação de mulheres com atraso na realização da prevenção. Como também aquelas voltadas à garantia de acesso a exames de qualidade e tratamento iniciado precocemente.

O impacto do diagnóstico de CCU é centrado em interações das visões de mundo e de si mesma, construído ao longo da vida pelas mulheres, mas de uma forma geral é representado por reações emocionais complexas e com sentimentos de difícil elaboração. Fato que reforça a importância de uma rede de apoio consolidada.

A abordagem intersetorial e multiprofissional no cuidado destinado a população idosa, é um passo importante para implementação de políticas. A integralidade requerida no cuidado às mulheres idosas com CCU em sua amplitude e complexidade conceitual, demanda a necessidade de estudos que envolva todos os níveis da assistência à saúde, visando o aprimoramento do conhecimento e do cuidado.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, C.S. et al. Indicadores sobre idosos: desafios diante o envelhecimento populacional in **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso de tempo**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018.
- ALBUQUERQUE, K.M. et al. Cobertura do teste de papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25,n.Sup2,p.S301-S309, 2009.
- ALMEIDA, A.V. et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.115-131, jan-jun, 2015.
- ARAÚJO, L.U.A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3521-3532, 2014.
- AZEVEDO E SILVA, G et al. A situação dos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil in TEIXEIRA, L.(org). **Câncer de mama, câncer de colo do útero: conhecimentos, políticas e práticas**. Editora Outras Letras, Rio de Janeiro, 256p, 2015.
- AZEVEDO E SILVA G et al. Mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil: uma análise de quatro décadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 126, p. 1-12, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora: Almedina Brasil, 70º edição, 2016.
- BERMUDI, P.M.M. et al. Padrão espacial da mortalidade por câncer de mama e colo do útero na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 142, p. 1-19, 2020.
- BRASIL. Presidência de República. **Lei nº8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; Presidência da República, 1990.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF; Presidência da República, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 310**, de 10 de fevereiro de 2010. Institui grupo de trabalho com finalidade de avaliar o programa nacional de controle do câncer do útero. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Departamento de análise de situações de saúde. Brasília, 2011a.

- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e diretrizes**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2011b.
- _____. Presidência da República. **Lei 12.723**, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF; Presidência da República, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Secretária de atenção à saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritários**. Brasília; Secretária de atenção à saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº510**, de 07 de abril de 2016. dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº580**, de 22 de março de 2018. dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2018.
- BRAY, F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v.68, p.394–424, 2018.
- BRAZ, I.F.L et al. Análise da percepção do câncer por idosos. **Einstein, São Paulo**, v.16, n.2, p.1-7, 2018.
- BRISCHILIARI, S.C.R. et al. Papanicolau na pós-menopausa: fatores associados à sua não realização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p.1976-1984, 2012.
- BRITO-SILVA, K. S. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p. 240-248, 2014.
- BRITO-SILVA K. S et al. Prevenção do colo de útero: avanços para quem? Um retrato da iniquidade da região nordeste. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.20, n.2, p.643-651, 2020.
- CAMARANO, A.A.et al. “Como vive o idoso brasileiro?”, in CAMARANO, A.A. (Org.) **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p. 25-76, 2004.
- CAMARANO, A.A. O novo paradigma demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n. 12, p.3446, 2013.
- CARVALHO, P.G. et al. Trajetória assistências de mulheres entre o diagnóstico e início de tratamento do câncer do colo do útero. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.118, p. 678-701, 2018.

- CARVALHO, J.B e PAES, N.A. Taxas de mortalidade por câncer corrigida para idosos dos estados do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 10, p.3857-3866, 2019.
- CASTAÑÓN, A. et al. Cervical screening at age 50-64 years and risk of cervical cancer at age 65 years and older: population-based case control study. **PLOS Medicine**, São Francisco, v.11, n.1, p.1-13, 2014.
- CERVELIN, A.F. e KRUSE, M.H.L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 136-142, 2014.
- COSTA, C.C et al. Realização de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino: Promovendo saúde em instituição asilar. **Revista Rene**, Fortaleza, v.11, n. 3, p 27-35, 2010
- DIVER, E.J et al. Assessment of treatment factors and clinical outcomes in cervical cancer in older women compared to women under 65 years old. **Journal of Geriatric Oncology**, Amsterdã, v.9, n.5, p.516-519, 2018.
- DUARTE, D.A.P, BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Iniquidade social e mortalidade por câncer de mama e do colo do útero: uma revisão integrativa. **Revista Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.877-888, 2018.
- ELIT L. Role of cervical screening in older women. **Maturitas**, Amsterdã, v.79, n.4, p. 413-420, 2014.
- ESCOREL, S. et al. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T et al (org). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- FEITOSA, L.M.H. et al. Realização do colpocitológico em idosas. **Revista de Enfermagem UFPE online, Recife**, v..1, n. 9, p. 3321-3329, 2017.
- FERNANDES, M.T.O e SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v.46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.
- FERNANDES, L.T.B et al. Atuação do enfermeiro no gerenciamento do programa de assistência integral à saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.20, n.3, p.219-226, 2016.
- FERRIRA, E.S et al. Satisfação de idosos em relação ao serviço público de saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n.6, p. 1-19, 2020.
- FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.
- FREITAS, R.A et al. Espiritualidade e religiosidade no vivido do sofrimento, da culpa e morte da pessoa idosa com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, v.73, supl 3, p. 1-8, 2020.

GADELHA, B.Q. et al. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com o serviço de saúde em um hospital público. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p352-361, 2020.

GALVÃO, J.R. et al. Percursos e obstáculos na rede de atenção à saúde: trajetória assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.12, p.1.17, 2019.

GONÇALVES, J.R. e COSTA, R.C. O direito à saúde, à efetividade do serviço e a qualidade no acesso às políticas públicas da atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasília, v.02, n.4, p. 119- 142, 2019.

GREEN, M.C.T.P et al. Câncer de colo uterino em idosas: revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Campinas, v.Sup.n.52, p.1-7, 2020.

GUEDES, M.B.O.G et al. Apoio social e cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 1185-1204, 2017

HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**.12º edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

HURRIA, A. et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. **Journal of Clinical Oncology, Alexandria**, v.29, n. 25, p. 3475-3465, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Resultados preliminares do universo**. Brasília, 2011.

IMIP, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. **Oncogeriatrics**. 2015. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/saudedoadulto/oncogeriatrics.html>. Acesso: 14/12/2018.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. Sumário Executivo, Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Programa Nacional de controle do câncer do colo do útero**. Coordenação de prevenção e vigilância, Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero**. Coordenação de prevenção e vigilância, Rio de Janeiro, 2ª edição, 2016.

_____. **Estimativas 2020: a incidência do câncer no Brasil**. Coordenação de prevenção e vigilância, Rio de Janeiro, 2019a.

_____. [homepage da internet]. **Tipo de câncer: câncer do colo do útero**. 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso: 10/08/19

_____. [homepage da internet]. **Controle do câncer do colo do útero**. 2019c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/historico-das-acoas>. Acesso em 10/08/19

_____. [homepage da internet]. Detecção precoce. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1194>. Acesso 23/11/2020.

JANUÁRIO, I.S et al. Repercussão do diagnóstico de câncer em idosos no seio familiar. **Revista Cubana de Enfermaria**, Cuba, v.34, n.1, p, 73-85, 2018.

KWAK, M.S. et al. Predicting the stages of adoption of cervical cancer screening among Korean women. **Preventive Medicine**, Amesterdã, v.49, n.1, p.48-53, 2009.

KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.27, n.1, p. 165-180, 2012.

LEE, M. et al. Factors associated with participation of Korean women in cervical cancer screening examination by age group. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Irã, v. 12, n.6, p.1457-1462, 2011.

LEITE, A.K.F e RIBEIRO, K.B. Idosos com câncer no município de São Paulo: quais fatores determinam o local do óbito?. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 66, p 1-10, 2018.

LEITE, B.O et al. A percepção das mulheres idosas sobre o exame de prevenção de câncer do colo do útero. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro v.11, n.5, p.1347-1352, 2019.

LIMA, M. O uso da entrevista na pesquisa empírica in **Métodos de pesquisa em ciências sociais: bloco qualitativo** (E-book). Sesc São Paulo/CEPRAB, 2016.

LIMA, M.F.G. et al. Instrumento para avaliar o letramento funcional em saúde de idosos com doença renal crônica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.1-11, 2019.

LOPES, V.A.S e RIBEIRO, J.M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer do colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p. 3431-3442, 2019

LÖWY, I. O gênero do câncer in TEIXEIRA, L.(org). **Câncer de mama, câncer de colo do útero: conhecimentos, políticas e práticas**. Editora Outras Letras, Rio de Janeiro, 256p, 2015.

MALTA, D.C et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 23, n 4, out-dez, p.599-608, 2014.

_____. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2011 a 2015. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.25, n.2, p.373-390, 2016.

- MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudo qualitativos**, Anais, Bauru, 2004.
- MARLOW, L.A.V. et al. The impact of HPV information on perceived risk of cervical cancer. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, Filadélfia, v.18, n.2, p.373-376, 2009.
- MARTIZ-HUEDO, M.A. et al. Adherence to breast and cervical cancer screening in Spanish women with diabetes: associated factors and trend between 2006 and 2010. **Diabetes & Metabolism**, Amsterdã, v.38, n.2, p.142-148, 2012.
- MASCARELLO, K.C et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro**, v. 58, n.3, p. 417-426, 2012
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.
- MEDEIROS, K.K.A.S et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da atenção primária à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.especial 3, p.288-295, 2017.
- MEDEIROS-VERZARO, P. e SARDINHA, A.H.L. Caracterização sociodemográfica e clínica de idosas com câncer do colo do útero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.20, n.6, p.718-724, 2018.
- MEIRA, K.C. et al. Perfil de mortalidade por câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro no período de 1999-2006. **Revista Brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 07-14, 2011.
- MESQUITA, J.S. et al. Promoção da saúde e integralidade na atenção do idoso: uma realidade brasileira?. **Revista Kairós Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.227-238, 2016.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 10ª edição, 2014.
- MINAYO, M.C.S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.247-252, 2019.
- MINAYO, M.C.S; FIRMO, J.O.A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, p.4, janeiro, 2019. Editorial.
- MULLER, D.K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p.2511-2520, 2008.
- NAVARRETE, M.L.V. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada em saúde**. Recife: IMIP, 2009.

NICODEMO, D. e GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.40-53, 2010.

OLHÊ, L. et al. Papanicolau na terceira idade: um desafio para a enfermagem. **Revista Fafibe online**, São Paulo, v.6, n.6, p.78-86, 2013.

OLIVEIRA, D.S et al. Atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame Papanicolau. **Revista Enfermagem Contemporânea- Bahiana Journals**, Salvador, v. 8, n.1, p. 87-93, 2019.

OLIVEIRA, M.A.C et al. Conhecimento e acesso de mulheres à prevenção do câncer de colo uterino. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 17, n.6, p.685-693, 2018a.

OLIVEIRA, M.M et al. Cobertura do exame Papanicolau em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, E: 180014, p.1-11, 2018b.

PAPALÉO NETTO M. Estudo da velhice-Histórico, definição do campo e termos básicos in **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Editora Guanabara Koogan, 4ª edição, Rio de Janeiro, p.103-125, 2017.

PINHEIRO, R. et al. Integrality in the population's health care programs. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, pp.343-349, 2007.

PITILIN, E.B. et al. Interações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v.20, n.2, p 441-448, 2015.

POPE, C e MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Editora Artmed, 3ª edição, 2009.

RIBEIRO, J.F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do nordeste. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n.12, p.1367-1381, 2015.

RIBEIRO, J.F et al. Aspectos sociodemográfico e clínico da mulher idosa com câncer do colo do útero. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p1-5, 2016.

RODRIGUES, R.C.S et al. Exame citopatológico do colo de útero: conhecimento e prática de mulheres idosas. **International Journal of Development Research**. v.10, n.2, p. 33878-33883, 2020.

SALCI, M.A. e MARCON, S.S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto Contexto em Enfermagem**, Santa Catarina, v. 20, n. especial, p. 178-186, 2011.

SANTOS, M.S. et al. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)**, Brasília, v.64, n.3, p.465-471, 2011.

SELVA, A.C.V et al. Estudo coorte prospectivo de pacientes com câncer de colo de útero: a idade é um fator determinante? *Brazilian Journal of Health Review*, Paraná, v.3, n.4, p.8679-8695, 2020.

SES- PE, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Pactuação Interfederativa- Indicadores 2018: orientações, metas e resultados**. Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2018.

SETTE, C.P. e CAPITÃO, C.G. Efeito moderador do suporte social em pacientes oncológicos. **Psicologia, Saúde & Doença**, Portugal, v. 19, n.2, p. 265-277, 2018.

SCHMIDT, M.I et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. vol. 377, Jun 04, p.1949-1961, 2011.

SILVA, A.B. Detecção precoce do câncer cervicouterino: uma ação realizada pelo enfermeiro da estratégia da saúde da família de Assú/RN?. Dissertação (Mestrado profissional em saúde da família)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Rio Grande do Norte, 73p, 2016a. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22298>. Acesso: 05/07/2018.

SILVA, D.S.M. et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1163-70, 2014

SILVA, J.R.T et al. Vivências das mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero submetidas a tratamento cirúrgico. *Revista enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 11, sup.8, p. 3258-3268, 2017a.

SILVA, L.C.S. Mulheres idosas no contexto da atenção básica: necessidade e atenção à saúde. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, 59p, 2016b. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2016/dissertacao-final-luana-christina>. Acesso: 14/04/2019

SILVA, L.R et al. Educação em saúde como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, São Paulo, v.3, n.4, p.35-45, 2017b.

SILVA, S.R. et al. Motivos alegados para não realização do exame papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**; Belo Horizonte, v.16, n.4, p.575-587, 2012.

SOARES, M.B.O. e SILVA, S.R. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncológica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 381-391, 2016.

SOARES, D.A et al. Itinerários terapêuticos com mulheres com câncer do colo do útero na Bahia, Brasil. **Avances en Enfermería**, Colômbia, v. 37, n.3, p.333-342, 2019.

SOUSA, J.L et al. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, nº 5, p. 1-16, 2020.

- SOUSA JUNIOR, B.S et al. Análise da satisfação dos idosos de uma estratégia da família em um município de Pernambuco. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 167-180, 2016.
- SOUSA-MUÑOZ, R.L et al. Satisfação do paciente idoso com internação em um hospital universitário. **Revista Administração Saúde**, São Paulo, v. 17, n.68, p.1-17, 2017.
- SOUSA, N.F.S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferença de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.11, p. 1-14, 2018.
- SOUZA, A.F.; COSTA, L.H.R. Conhecimento de mulheres sobre HPV e câncer de colo do útero após consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n.4, p. 343-350, 2015.
- STRAUSS, A e CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Editora Artmed, 2º edição, 2008
- THEOBALD, M.R. et al. Percepção do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 1249-1269, 2016.
- THULER, L.C. et al. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n. 3, p. 351-357, 2012.
- THULER, L.C. et al. Determinante do diagnóstico em estadios avançados do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.36, n. 6, p. 237-243, 2014.
- TORRES, K.R.B.O. et al. Evolução das políticas públicas para saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.30, n. 1, p.1-22, 2020.
- TSUCHIYA, C.T et al. O Câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v.9, n.1, p.137-147, 2017.
- TURATO, E.G. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista. Saúde Pública**, São Paulo, vol.39, n.3, p. 507-514, 2005.
- VAZ, G.P. et al. Perfil epidemiológico do câncer de colo do útero na região norte do Brasil no período de 2010 a 2018. **Revista de Patologia do Tocantins**, Palmas, v.7, n.2, p. 114-117, 2020.
- VELLO, L.S. et al. Saúde do idoso: percepções relacionadas com o atendimento. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 330-335, 2014.
- VERAS, R. Linha de cuidado para idosos: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

VILAÇA, M.N. et al. Diferenças nos padrões de tratamento e nas características epidemiológicas entre pacientes idosas e adultas portadora de câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p. 497-505, 2012.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan 2019.

YOO, W. et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 12, n.2, p.1-13, 2017.

APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Participantes a partir dos 18 anos de idade)

Câncer do colo do útero em mulheres idosas e a integralidade no cuidado

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Avaliar a integralidade do cuidado às mulheres idosas com câncer do colo do útero em tratamento pelo Sistema Único de Saúde.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Serão realizadas entrevistas com as mulheres idosas com diagnóstico de câncer do colo do útero. A entrevista durará em torno de 30 a 40 minutos (podendo ser um pouco mais ou um pouco menos), as quais serão gravadas e posteriormente copiadas para o computador, utilizando nomes fictícios com finalidade de manter o anonimato das participantes do estudo. O tipo de entrevista será em profundidade, podendo haver necessidade de mais de um encontro, sem nenhuma obrigação para a participante da pesquisa e o mesmo só será realizado mediante aceitação em continuar fazendo parte do estudo.

BENEFÍCIOS

Nesta pesquisa não há benefícios diretos, mas de forma indireta o trabalho poderá servir de suporte para programas que objetivam melhorar a saúde e a qualidade de vida das idosas através de ações educacionais em saúde.

RISCOS

O presente estudo poderá trazer risco as participantes em relação ao constrangimento de não saber e/ou não querer responder as questões abordadas e para minimizar este risco, as entrevistas ocorrerão em local reservado e de forma individual e a mesma em qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

CUSTOS

Você não pagará por qualquer procedimento realizado nesta pesquisa e participará de livre e espontânea vontade sem receber nenhuma remuneração financeira para isso.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. **Neste caso, por favor, ligue para a Lilian Guerra (81) 9.8809-9130 ou Bruna Nascimento (81) 9.9937-9860 ou Adriana Falangola (81) 9.9962-2571, ou envie e-mail para lilianguerra.pe@gmail.com.** Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81) 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ Nome e Assinatura do Participante	_____ / / Data
---	--

_____ Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial	_____ / / Data
---	--

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

_____ Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção do Termo	_____ / / Data
---	--

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

APÊNDICE B-ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ____/____/____

Nº _____

Hora de início:

Hora de finalização:

Dados de identificação:

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade:

Escolaridade:

Ocupação:

Procedência:

Estado Civil:

- 1) Aspectos do contexto de vida da entrevistada
 - Sociodemográficos.
- 2) A representação do cuidado em saúde pela entrevistada
 - Acesso à serviços de saúde, frequência, dificuldades, autocuidado.
- 3) Questões relacionadas ao CCU
 - Conhecimento, fatores de riscos, prevenção;
 - Descoberta (percepção de sinais e sintomas);
 - Rede de apoio, adesão as medidas preventivas, assistência prestada;
 - Sentimentos, inquietações acerca da doença.